20 PN-ABW-146
95129

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
PROJET SANTE VII' FED

UNITE TRAVAIL PROGRES

RÉUNION DE RÉFLEXION SUR LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTÉ

Dr. Isabelle Grellet
Dr. Dominique Lambert

BEST AVAILABLE DOCUMENT

P L A N

Introduction

- 1 Objectifs

- 2 Etapes

- 3 Coûts à recouvrir dans un centre socio-sanitaire

3.1 - Les coûts d'un CSS
3.2 - La répartition des coûts
3.3 - L'estimation des coûts pris en charge par la population dans un CSS

- 4 Recherche des tarifs adéquats

4.1 - Méthodes de calcul des tarifs
4.2 - Comment diminuer les coûts

- 5 Utilisation des recettes

- 6 Circuit de l'argent

- 7 Suivi et Monitoring.

7.1 - Du système de participation financière
7.2 - De l'utilisation des services et de la qualité des soins
7.3 - Supports de données existantes et supports à développer.

Annexes
1 - Liste des participants
2 - Expérience du Ouaddaï
3 - Expérience du Secadev
4 - Expérience du Lac
5 - Programme de la réunion.
6 - Rapport sur le recouvrement des coûts dans le cadre du Projet Santé VI' FED.
7 - Exemples d'indicateurs de qualité des soins (expérience du LAC).

BEST AVAILABLE DOCUMENT

INTRODUCTION

La participation financière des populations aux soins de santé fait partie des objectifs du ministère de la Santé Publique depuis 1985. Plusieurs expériences différentes sont déjà en cours au Tchad et plusieurs préfectures s'interrogent sur l'intérêt et la manière de démarrer à leur tour.

Cette réunion de réflexion, organisée par les responsables de la préfecture sanitaire du Chari-Baguirmi, le conseiller technique O.M.S. à la préfecture sanitaire du Lac et le projet Santé 7ème FED avait pour objectif principal de mettre en commun les expériences de participation financière de la population aux soins de santé en zone sahélienne, de discuter les différents problèmes rencontrés et de tendre vers une certaine standardisation de la démarche.

Elle se voulait avant tout pragmatique et concrète

Au cours de la réunion, 3 expériences différentes ont été présentées: celle du Lac par le Dr. Tounkara, celle du Ouaddai par les Drs. Allarangar et Sani et celle du Secadev par le Dr. Isabelle Rodriguèz.

A partir de ces expériences ont étés discutés les aspects suivants: Objectifs de la participation financière, Etapes pour la mise en place, Modalités de gestion et rôle des comités de gestion, Coûts à recouvrir, Recherche des tarifs adéquats, Utilisation des recettes, Circuit de l'argent, Suivi et monitoring.

Certains aspects n'ont pas été développés comme par exemple le choix du mode de paiement qui dès le départ était déterminé " Forfait à l'épisode de maladie " (Selon l'arrêté 102 signé conjointement par le Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Finances)

L'autofinancement partiel du deuxième échelon n'a été qu'évoqué rapidement par l'équipe du Ouaddai car à ce sujet on dispose encore de peu d'éléments et les textes sont en cours d'élaboration au ministère de la Santé Publique.

1. OBJECTIFS DE LA PARTICIPATION FINANCIERE AUX SOINS DE SANTE

Les objectifs poursuivis lorsqu'on met en place un système de participation financière de la population aux soins de santé sont très variables selon les décideurs.

Dans les 3 expériences présentées lors de la réunion, ils divergent légèrement non pas sur le fond mais plutôt d'après le poids qui est donné à tel ou tel élément.

Le Secadev se situe d'emblée dans une perspective de développement global où la participation communautaire joue un rôle essentiel.

L'O.M.S. dans le cadre du projet S.S.P. au Lac, vise d'abord la qualité et la continuité des soins ainsi qu'une responsabilisation plus grande de la communauté dans la prise en charge des soins.

Enfin le projet Santé 7ème Fed vise d'abord la qualité des soins.

Il est très important de préciser les objectifs dès le départ car cela a une influence décisive sur le processus: choix du système de paiement, tarification, définition des modalités de gestion etc...

Nous avons distingué 3 grands objectifs qui s'ils paraissent diverger à priori sont en réalité complémentaires et se chevauchent à des degrés divers. Il n'y a pas de hiérarchie dans la présentation de ces objectifs:

1.1 OBJECTIF ECONOMIQUE:

Augmenter les ressources disponibles pour la santé
Recouvrir les coûts des médicaments pour diminuer la dépendance vis à vis de l'aide extérieure.

1.2 OBJECTIF SOCIAL OU DE DÉVELOPPEMENT:

Accroitre l'autonomie des populations par leur participation directe à la gestion et au financement des services de santé périphériques.

Mieux répartir les charges et rationaliser la contribution des familles qui existe déjà.

Appuyer le processus de décentralisation par une amélioration des capacité de gestion au niveau local.

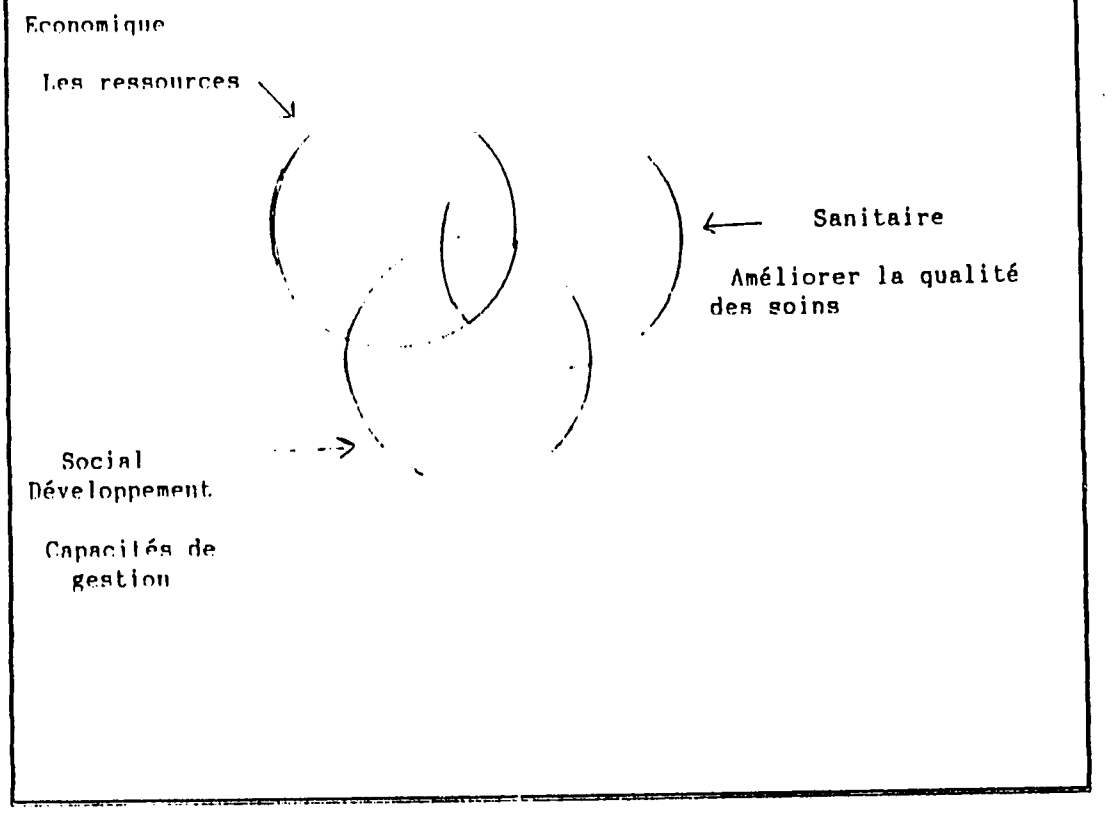
1.3 OBJECTIF DE SANTE:

Améliorer la qualité des soins par une réorganisation des services de santé périphériques, par un mode de paiement à l'épisode qui favorise la continuité des soins et par la participation de la population, conçue comme un instrument permettant d'influencer le fonctionnement des services.

Le schéma suivant illustre le fait que les objectifs se chevauchent. L'élaboration du système de recouvrement des coûts va dépendre de l'importance que l'on donne aux différents aspects.

Ceci est donné à titre indicatif et est loin d'évoquer toutes les possibilités.

Objectifs de la participation
Financière de la population aux soins de santé.



BEST AVAILABLE DOCUMENT

2. ETAPES POUR LA MISE EN PLACE DU SYSTEME

Il est difficile de standardiser les étapes pour la mise en place d'un système de recouvrement des coûts car tout dépend du degré d'avancement, d'organisation et de développement du district ou de la zone dans lesquels on se trouve.

Au début du projet Santé 6ème Fed, en 1988, alors que l'on jetait les bases d'une réflexion sur le recouvrement des coûts au niveau national, une série de préalables à la mise en place d'un tel système avait été énoncée.

Actuellement, après 5 ans, un certain nombre d'instruments indispensables au développement sanitaire, qui n'existaient pas à l'époque, ont été développés et on peut donc considérer que plusieurs conditions préalables sont remplies.

Il s'agit principalement:

De la définition précise du système de santé
Du plan de couverture sanitaire
Du système d'information sanitaire
De l'autorisation de gérer localement les fonds récoltés dans le cadre du recouvrement des coûts.

Ces éléments étant considérés comme acquis nous avons distingué 4 étapes principales avant la mise en oeuvre du système:

1.Choix du lieu où l'on veut mettre en place le système

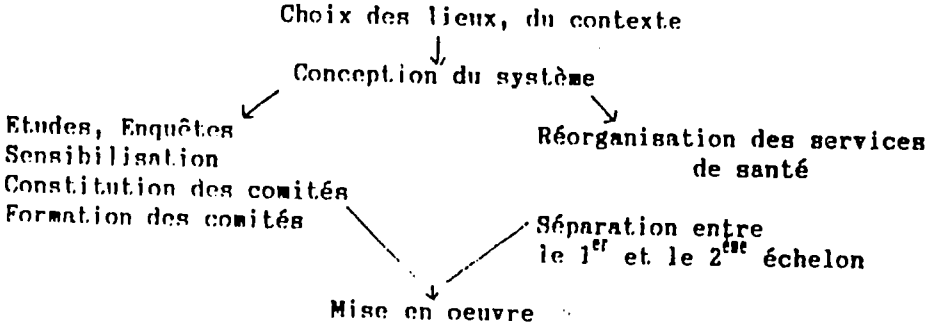
2. Conception du système:
- Système de paiement
- Tarification
- Modalités de gestion
- Approvisionnement et gestion des médicaments
- Système de santé

3. Sensibilisation de la population, constitution des comités de gestion et formation de ceux-ci

4. Réorganisation et rationalisation des services de santé

Ces étapes n'ont pas de chronologie précise et notemment la réorganisation du service de santé peut se faire simultanément à la sensibilisation.

On peut schématiser les étapes de la manière suivante:



2.1 LE CHOIX DES LIEUX:

Plusieurs éléments interviennent dans le choix de l'endroit où l'on veut implanter le système, nous citons ici certains critères qui semblent importants :

- Adéquation avec le découpage sanitaire
- Zone homogène
- Zone accessible à la supervision
- Demande, motivation de la population
- Niveau économique acceptable
- Qualité de service minimum acceptable
- Existence préalable d'organisations communautaires

2.2 LA CONCEPTION DU SYSTÈME:

Dans les expériences présentées, il semble qu'avant de commencer la sensibilisation il faut déjà avoir une idée précise de ce que l'on veut faire et de comment on veut le faire.

Cela peut se négocier avec la population mais la phase de sensibilisation proprement dite ne commencera qu'une fois que l'on aura précisé les messages que l'on veut diffuser.

La question du rôle de la population dans la conception du système a été posée. Tout dépend du degré d'organisation et de participation communautaire qui existe déjà

Dans les régions dont nous parlons la population n'a pas encore réellement pris part à la gestion des services de santé si ce n'est à travers certaines microréalisations. Elle a donc été assez peu impliquée dans la conception du système de recouvrement des coûts jusqu'à présent.

2.3 LA SENSIBILISATION:

Cette étape est fondamentale. Au Ouaddai et dans l'expérience du Secadev, elle a pris beaucoup de temps. Il faut mobiliser à la fois l'administration, les chefs traditionnels, les chefs de quartier et les utilisateurs des services de santé.

Le système ne peut fonctionner que moyennant une information très large

2.4 LA REORGANISATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le contexte où se situent les 3 expériences présentées; la qualité des soins est un objectif prioritaire. La rationalisation des services de santé est donc un préalable indispensable à la mise en place du système.

Elle est encore plus importante si on se trouve en milieu urbain et que la Participation Financière concerne plusieurs structures sanitaires avec un grand nombre de personnel de santé.

3 - COUTS A RECOUVRIR DANS UN CENTRE SOCIO-SANITAIRE (CSS)

3.1 - LES COÛTS D'UN CSS

Les coûts peuvent être regroupés en différentes rubriques selon les auteurs. Pour simplifier et standardiser les calculs et la discussion, nous proposons de classifier les coûts en 2 grandes catégories :

- les coûts fixes :

Ce sont les coûts qui ne varient pas quelle que soit la quantité d'activités développées par une structure et quelle que soit le nombre d'utilisateurs.

- les coûts variables

Ce sont les coûts qui dépendent directement du nombre d'utilisateurs des services proposés.

Pour un Centre Socio-Sanitaire :

- LES COÛTS FIXES SONT :

  - Les salaires du personnel

  - Les investissements :
    + la construction du CSS
    + l'équipement du CSS
    + le matériel roulant

  - L'amortissement :
    + mobilier
    + matériel médical
    + matériel roulant
    + matériel de bureau

  - Le fonctionnement fixe
    + les supports de données et la papeterie fixes quelque soit la fréquentation du CSS
    + le carburant du matériel roulant
    + l'entretien du matériel roulant
    + l'entretien du bâtiment ---> produits d'entretien
      ---> entretien bâtiment proprement dit (porte, vitre...)
    + l'eau et l'énergie électrique (électricité, pétrole...)

BEST AVAILABLE DOCUMENT

- la logistique/les transports entre le CSS et le district : pour l'approvisionnement en médicament/matériel du CSS et la supervision.

Ces coûts sont dits fixes, car ils ne varient que par paliers et non poportionnellement aux activités. Par exemple on passe de 1 à 2 infirmiers quand l'activité de consultation curative dépasse 40 consultations /jour. Tant que l'activité curative reste entre 1 et 40 consultations/jour, il n'y aura qu'un infirmier.

LES COUTS VARIABLES

Ils dépendent de nombreux facteurs tels que :

+ la composition de la liste des médicaments
+ les protocoles thérapeutiques curatifs et préventifs
+ le coût des outils de gestion
+ la fréquentation du CSS, exprimée en nombre de nouveaux cas de consultations totales...

De façon à ce que les coûts variables soient liés directement à la fréquentation du CSS, les 3 premiers facteurs doivent être précisés d'avance. On aura alors le prix par nouveaux cas (ou le prix par consultation totale...) En d'autre terme, les coûts variables sont les coûts propres à la prise en charge du patient. Ce sont les coûts :

- Des médicaments et du matériel médical renouvelable

- Des supports de données du patient :
  + carnets de soin ou de santé
  + fiches opérationnelles de CPN, de suivi des enfants, de tuberculose...
  + souches de paiement

- Des primes
  + à l'infirmier ou à l'ensemble du personnel du CSS.

  En fait ces primes peuvent être :
  + soit forfaitaires, mensuelles ou annuelles, et correspondent alors des coûts fixes
  + soit fonction de la qualité du travail et mesurée indirectement par le nombre de NC, de NI à la CPN, du taux d'achèvement vaccinal... et correspondent alors à des coûts variables.

Nous préférons que la prime soit liée à la qualité du travail, plutôt que fixe. sinon elle risque d'être vue comme un complément de salaire et ne jouera plus son rôle incitatif.

NB : Il faut rajouter LES COÛTS POUR LA REFERENCE DU MALADE entre le CSS est l'hôpital de district.
Ces coûts sont très rarement cités. Ils comprennent une partie de coûts fixes (selon le moyen de transport adopté par la population) et de coûts variables (prix par malade référé).

3.2 - REPARTITION DES COÛTS

Les ressources proviennent généralement de 3 origines :

- l'état
- l'aide extérieure sous forme de dons non remboursables ou de prêts remboursables
- la population.

A titre d'indication, le budget global de la santé au Tchad se répartit comme suit :

	1989	1990	1991
Etat	18%	22%	25%
Aides Extérieures	82%	78%	75%

Source BSPE - Année 1991

En fait cette répartition est faussée. La part de la population n'est pas prise en compte, alors qu'on sait qu'elle paie également.

Actuellement au Tchad, dans les CSS publics

l'état : couvre les rubriques salaires, un peu de fonctionnement fixe (de moins en moins ?), très peu de médicaments/matériel médical renouvelable et la souche de paiement.

l'aide extérieure couvre :

+ les investissements
+ les amortissements'
  Comme ils sont rarement prise en compte dans les coûts de la santé ceci implique que toute reconstruction sera un nouveau projet avec un nouveau financement ;
+ la logistique / les transports
+ une bonne partie du fonctionnement fixe
+ les médicaments / matériel médical
+ les supports de données sauf la souche de paiement.

la population : Elle paie mais on ne sait pas quoi de façon précise. Elle paie son carnet de soins (parfois), le ticket de 100 F (parfois) et quelque fois un peu pour l'entretien (produit entretien, eau, pétrole), et "une prime" à l'infirmier (parfois) mais tout ceci de façon non officielle sauf le ticket de 100 F.

La répartition actuelle des coûts est schématisée dans le tableau suivant :

CTS	Rubriques	Bailleur Principal	Appui éventuel
F	Salaires	Etat	-
I	Investissements	Aide Extérieure	-
X	Amortissements	Aide Extérieure	-
E	Fonctionnement Fixe	Aide Extérieure	Pop/Etat
S	Logistique/Transport	Aide Extérieure	-
V	Médts et Mat. Médical	Aide Extérieure	Etat ?
A	Supports de données	Aide Extérieure	Pop.
R	Primes	-	Pop. ?

Situation actuelle dans les CSS publics

AVEC L'OFFICIALISATION DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DE LA POPULATION aux soins de santé, il est nécessaire de clarifier ce que cette participation va recouvrir et le partage des coûts. La nouvelle répartition des coûts proposée est la suivante :

l'Etat doit absolument continuer à payer les salaires du personnel.

l'aide extérieure
- l'investissement
- la logistique / les transports

Ces 2 postes étant relativement coûteux, ils seront certainement pris en charge pendant encore longtemps par l'aide extérieure.

la population
- le fonctionnement fixe
- l'amortissement
- tous les coûts variables (médicaments et matériel, supports de données et prime) .

BEST AVAILABLE DOCUMENT

- un certain pourcentage de l'investissement selon "le bailleur de fond". Dans ce cas, la population, avec le consentement du bailleur de fond risque de faire le travail à moindre frais, entre autre en utilisant des matériaux locaux de courte durée. La qualité du bâtiment est alors sacrifiée. Il faut donc être vigilant dans le cas de participation communautaire à la construction pour que soit préservée la qualité de la construction.

Comme nous le verrons lors des calculs de tarification, si la population ne peut prendre en charge tous ces coûts, une partie devra être encore prise en charge quelques temps par l'aide extérieure ou par l'état.

La répartition des coûts après mise en place d'une participation financière de la population de santé aux soins de santé devrait se rapprocher progressivement du tableau suivant :

CTS	Rubriques	Bailleur principal	Appui éventuel
F	Salaire	Etat	-
I	Investissement	Aide Extérieure	-
X	Amortissement	Population	-
E	Fonctionnement Fixe	Population	-
S	Logistique/Transport	Aide Extérieure	-
V	Médts et Mat. Médical	Population	-
A	Support de données	Population	-
R	Prime	Population	-

Situation souhaitée de prise en charge des coûts d'un CSS

3.3- ESTIMATION DES COÛTS PRIS EN CHARGE PAR LA POPULATION POUR UN CSS

Il est rappelé que sont exclus :
- les salaires du personnel pris en charge par l'état
- l'investissement et la logistique / les transports pris en charge par l'aide extérieure.

D'après le DOCUMENT DU MSPAS "Modalités du système de recouvrement des coûts des soins de santé" (1992)

Les coûts annuels pris en charge par la population ont été estimés à :

Coûts fixes

- Amortissement 520 000 CFA/an
- Fonctionnement 1 150 000 CFA/an

Coûts variables

- Médts et Mat. médical (moyenne de divers projets) 258 CFA/NC
- Support de données 50 CFA/NC
- Prime 50 CFA/NC

358 CFA/NC

TOTAL : 1 670 000 F + 358 F/ NC

NB - l'amortissement comprend l'amortissement du mobilier, d'une moto, du matériel médical et du matériel de bureau ;
- le fonctionnement fixe comprend des fiches techniques, guides thérapeutiques, les livres de caisse, registre, recette, les fiches de stocks, les rapports d'activités, le carburant, l'entretien de la moto et du bâtiment, la papeterie et la consommation en eau et énergie électrique.

Au OUADDAÏ en 1991, la répartition des coûts dans un dispensaire rural a été calculé d'après les données réelles.

Coûts fixes

Amortissement 152 636 CFA/an
Fonctionnement 213 386 CFA/an

La différence de coûts très importante entre l'estimation du MSPAS et les données du Ouaddaï tient à ;
- l'absence de matériel roulant (amortissement et fonctionnement) au Ouaddaï
- un mobilier et matériel médical de départ beaucoup plus élevé dans l'estimation du MSPAS ;
- une consommation en eau et énergie électrique 10 fois plus importante dans l'estimation, car l'eau et l'énergie électrique ont été calculées sur base de tarif de la STEE (pour dispensaire urbain), ce qui ne correspond pas à la réalité des dispensaires ruraux au OUADDAI.

Coûts variables

- Médicaments et matériel 278 CFA
- Supports de données 15 CFA
- Primes 50 CFA

343 CFA/NC

TOTAL = 366 022 F + 343 F / NC

D'où le coût total pris en charge par la population est donné par la formule suivante

Coût total pris en charge par la population	= coûts fixes	+ (Nbre de NC X coût variable par NC)

Remarque :
Peut-être le calcul du Ouaddaï représente le "minimum du minimum acceptable" pour faire fonctionner un CSS, et l'estimation du MSPAS les besoins réels d'un CSS pour un fonctionnement correct.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

4 - Recherche des tarifs adéquats

Avant de calculer le tarif que va payer la population, il faut avoir choisi le mode de paiement. Nous avons déjà expliqué précédemment pourquoi on a opté pour un mode de paiement forfaitaire par épisode de maladies /risque.

La tarification est un COMPROMIS entre :

- Les coûts totaux à recouvrir ;
- La capacité de la population à payer, celle des bailleurs de fond et de l'état à continuer à payer certains coûts ;
- Les objectifs de la participation financière de la population.

Elle devient un compromis entre les 3 acteurs suivants :

+ Les bailleurs de fond
+ L'état
+ La population.

4.1 Méthodes de calculs des tarifs :

La tarification de l'épisode de maladie/risque peut se faire de plusieurs manières :

- La méthode apparemment la plus simple est de calculer les frais à recouvrir par la population et de les diviser par le nombre de NC attendus : on a le prix par NC

$$\frac{\text{Frais à recouvrir}}{\text{NC attendus}} = \text{prix/NC}$$

Si on estime que ce prix par NC est trop élevé par la population, on diminue les frais à recouvrir par la population (en faisant pendre en charge ceux non couverts par la population par quelqu'un d'autre) jusqu'à obtenir un prix par NC acceptable par la population.
Cette méthode est facile mais ne donne pas une bonne vision d'ensemble pour aider aux décisions.

- Une autre méthode consiste à faire une simulation : calculer les recettes possibles selon différents tarifs et selon différents taux d'utilisation. On obtient alors différentes possibilités et l'on choisira le tarif en fonction des coûts à recouvrir et de la capacité à payer.

NC attendus Diff. tarifs	> recettes	à comparer // coût total

Pour la recherche des tarifs adéquats , nous allons prendre les données de l'estimation des coûts d'un CSS fait par le MSPAS (1992), même si elles sont peut-être un peu "idéales" dans les conditions actuelles.

1ère METHODE

$$\boxed{\frac{\text{Frais à recouvrir}}{\text{NC}} = \text{prix/NC}}$$

Exemple 1 Si nous voulons recouvrir
- l'amortissement estimé à 520 000 F/an
- le fonctionnement fixé à 1 150 000 F/an
- les frais variables pour 3 000 NC annuels à raison de

- médicament et matériel	= 250 F/NC	350 F d
- support de données	= 50 F/NC	frais
- prime	= 50 F/NC	variable/NC

le prix par NC est de : $\frac{520\,000 + 1\,150\,000 + (350\text{ F} \times 3000)}{3\,000} = \underline{906\text{ F/NC}}$

Exemple 2 Si nous ne voulons pas recouvrir l'amortissement et que nous enlevons le moyen roulant du CSS le fonctionnement fixe revient à 880 000F.

le prix par NC est de : $\frac{880\,000 + (350\text{ F} \times 3000\text{ NC})}{3\,000} = \underline{643\text{ F/NC}}$

Exemple 3 Si nous ne voulons pas recouvrir l'amortissement, nous enlevons le moyen roulant du CSS et parmi les frais variables nous acceptons de recouvrir seulement 50% de médicaments/matériel, et 100% des supports de données et des primes.

Rp : frais variables/NC = 125 F + 50 + 50 = 225/NC

le prix par NC est de : $\frac{880\,000 + (225 \times 300)}{3\,000} = \underline{518\text{ F/NC}}$

2ème METHODE

NC attendus Diff. tarifs	> recettes	à comparer // coût total

Exemple 4 Calcul du COÛT TOTAL d'un CSS avec moyen roulant en voulant tout recouvrir comme dans l'exemple 1 sauf l'amortissement à raison de 3 000 NC/an = 250 NC/mois
10 000 NC/an = 834 NC/mois
20 000 NC/an = 1 667 NC/mois

Rp.

	3000 NC/an	10 000 NC/an	20 000 NC/an
Coût total d'un CSS	2 200 000 CFA	4 650 000 CFA	8 150 000 CFA

Calcul des RECETTES ATTENDUES en fonction du nombre de NC attendus et des différents tarifs.

Rp.

NC annuel Tarif/NC	3 000 NC/an (250 NC/mois)	10 000 NC/an (834 NC/mois)	20 000 NC/an (1667 NC/mois)
300 F/NC	900 000 CFA	3 000 000 CFA	6 000 000 CFA
400 F/NC	1 200 000 CFA	4 000 000 CFA	8 000 000 CFA
500 F/NC	1 500 000 CFA	5 000 000 CFA	10 000 000 CFA

BILAN entre recettes et coûts.

Rp.

NC annuel Tarif / NC	3 000 NC/an (250 NC/mois)	10 000 NC/an (834 NC/mois)	20 000 NC/an (1667 NC/mois)
300 F /NC	- 1 300 000	- 1 650 000	- 2 150 000
400 F /NC	- 1 000 000	- 650 000	- 150 000
500 F /NC	- 700 000	+ 350 000	+ 1 850 000

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Nous voyons que seuls
- le dispensaire ayant 20 000 NC/an et un tarif de 400 F/NC
  ou
- le dispensaire ayant 10 000 NC/an et un tarif à 500 F/NC
  peuvent recouvrir tous les frais souhaités.

Les dispensaires avec une faible activité (3 000 NC/an), ce qui est la majorité des dispensaires ruraux de la zone sahélienne, ne peuvent recouvrir les coûts avec un tarif à 500 F/NC.
Dans ce cas il faut refaire les calculs :
- en supprimant une partie du recouvrement du fonctionnement fixe
- en ne recouvrant que 50% du médicaments et matériel médical.
...

Ne pas oublier que normalement on devrait faire les calculs avec un certain pourcentage d'indigents ou de non payants. Par exemple avec 5% d'indigents ou de non payants :

3 000 NC	devient	2850 NC payants
10 000 NC	devient	9500 NC payants
20 000 NC	devient	19000 NC payants

4.2 Comment diminuer les coûts

Dans ce dernier tableau, nous voyons que lorsque le tarif payé par la population est inférieur aux frais variables par NC (tarif à 300 F pour des frais variables à 350 F/NC), le déficit ne fait que s'accentuer avec l'augmentation de la fréquentation du CSS.
A l'inverse dès que le tarif payé par la population est supérieur aux frais variables par NC (tarif à 400 F par des frais variables à 350 F/NC), le déficit diminue avec l'augmentation de l'utilisation du CSS. :

D'où

1 - Le tarif payé par la population devrait être supérieur aux frais variables par nouveau cas.

2 - Puisque le tarif est surtout fonction des frais variables/NC et peu des coûts fixes, pour diminuer les coûts, il faut :

* chercher à diminuer surtout les coûts variables (de façon à ce que le tarif soit acceptable par la population) et non les coûts fixes par :
  - des prix d'achats le plus bas possible
  - la rationalisation de la prescription médicamenteuse.

* augmenter la qualité des soins qui devrait augmenter la fréquentation du CSS.

5 - UTILISATION DES RECETTES

Lors de l'étude de répartition des coûts d'un CSS (paragraphe 3.2), nous avons vu que les recettes générées par la participation financière de la population peuvent être répartis selon 5 rubriques :

- l'amortissement
- le fonctionnement fixe
- le rachat de médicaments et matériel médical
- les supports de données
- les primes au personnel.

La répartition des recettes entre ces 5 rubriques varie d'un programme / projet à un autre en fonction des conditions socio-économiques locales et des objectifs choisis. Mais elle devrait faire l'objet d'un ACCORD PRECIS et ACCEPTE par toutes les parties. Elle doit être décidée en commun, et devra faire l'objet d'un nouvel accord à chaque modification de la répartition. En pratique la répartition des recettes se fait entre 4 rubriques et non 5 (l'amortissement n'est pas prise en compte).
Plusieurs méthodes de répartition des recettes ont été évoquées lors de la présentation des différentes expériences.

- Au OUADDAI (cf. annexe 2), il était prévu au départ la répartition des recettes en pourcentage du tarif par Nouveau Cas.

  + 42 % des recettes pour le rachat des médicaments (pour couvrir 30 % des coûts de médts et matériel consommable)
  + 16 % de prime
  + 20 % pour le fonctionnement fixe minimum. (petit fonctionnement)
  + 10 % pour les supports de données (sauf le carnet de santé à payer)
  + 12 % de provision pour les autres frais fixes (entretien bâtiment, mobylette...)

- Au L A C (cf annexe 3) la répartition des recettes est aussi fixée en pourcentage du tarif par NC soit :

  + 90 % des recettes pour le rachat de médicaments et matériel renouvelable
  + 6 % pour le fonctionnement fixe
  + 4 % pour l'entretien du bâtiment.

- Au SECADEV (cf annexe 5), la répartition des recettes en fonction des coûts à recouvrir n'était pas vraiment prévue, mais les coûts usés par le financement communautaire avaient été fixés arbitrairement par le SECADEV au départ en l'absence d'expérience locale antérieure. Avec le temps on devait voir si ces objectifs devaient être révisés et comment.

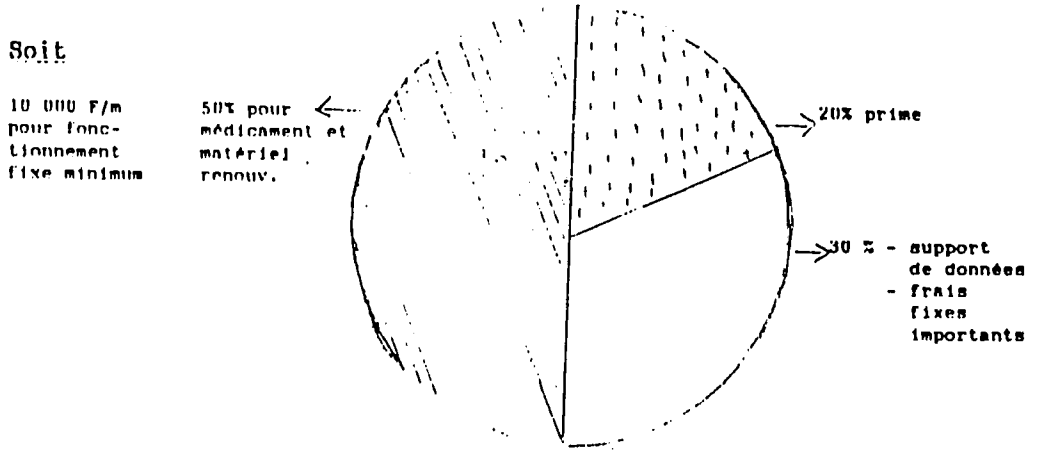
En fait nous recommandons de répartir les recettes en POURCENTAGE DES RECETTES attendues totales AVEC DES PLAFONDS (et non par NC), UNE FOIS LE FONCTIONNEMENT FIXE ENLEVE.

Par exemple le OUADDAI pense modifier la répartition initiale prévue, pour arriver à cette nouvelle répartition.

- 10 000 F/ms pour le fonctionnement fixe minimum
  5 000 F/ms à l'infirmier
  5 000 F/ms au comité de gestion

- Sur l'argent restant
  50 % pour le rachat de médicaments en matériel consommables.
  15 à 20 % pour les primes au personnel avec une prime ne dépassant pas 50 % du salaire de base.
  30 % reste à définir et à répartir entre
  - les supports de données
  - les frais fixes importants.

Soit



Exemple 1 Soit un CSS de la ville d'Abéché qui avec 800 NC/ms a une recette mensuelle d'environ 300 000 F.
La répartition est la suivante :

BEST AVAILABLE DOCUMENT

- 10 000 F pour fonctionnement fixe = reste 290 000 F
- 145 000 F pour les médicaments (50 % du restant)
- 58 000 F pour les primes (20 % du restant) à répartir parmi le personnel ;

  S'il y a 2 infirmiers et 6 manoeuvres (le manoeuvre recevant au maximum la moitié de la prime de l'infirmier)
  soit : 11 600 F / infirmier
  5 800 F / manoeuvre.

Exemple 2 Soit l'autre CSS de la ville d'Abéché qui avec 300 NC/ms a une recette mensuelle d'environ 100 000 F CFA.
La répartition est la suivante :

- 10 000 F pour le fonctionnement fixe minimum = reste 90 000 F
- 45 000 F pour les médicaments (50 % du reste)
- 18 000 F pour les primes à répartir sur l'ensemble du personnel ;

  s'il y a 2 infirmiers et 6 manoeuvres
  soit : 3600 F par infirmier
  1800 F par manoeuvre.

Remarque :

Lorsqu'on parle de prime au personnel, elle doit être suffisamment motivante. De ces 2 exemples on voit l'importance d'affecter le nombre de personnes en fonction de la charge de travail et non de façon arbitraire, car sinon la prime n'aura aucun effet incitateur (exemple 2).

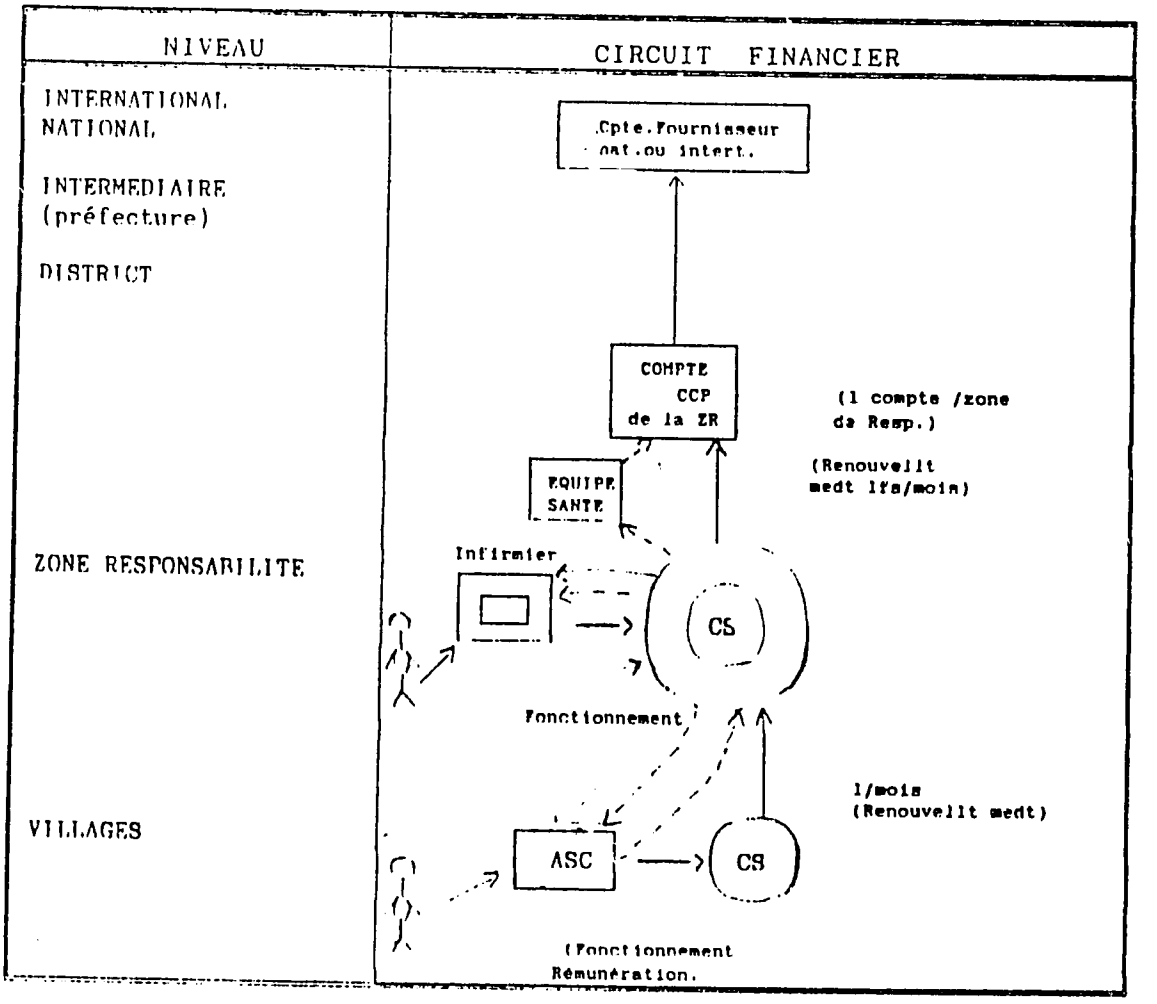
6 - LE CIRCUIT FINANCIER

On entend par circuit financier le cheminement de l'argent entre son point de collecte et sa transformation en l'une des (5 ou 4) rubriques prévues.

6.1 - Visualisation des circuits financiers

Il est important de visualiser correctement ce circuit pour pouvoir préciser les responsabilités de chacun aux différents niveaux.

Circuit financier des recettes dans la participation financière de la population district socio-sanitaire de BOL.



--> circuit théorique de l'argent

--> circuit réel de l'argent

6.2 - Responsabilités dans la gestion du circuit financier

Les circuits financiers tels que décrits dans les expériences du OUADDAI, du LAC et de SECADEV montrent que la gestion financière est assurée par les professionnels de santé et très peu par la collectivité représentée par le comité.

Il faut renforcer les prérogatives d'un comité constitué de représentants effectifs de la collectivité. Cette orientation est fortement encouragée.

Nous retenons 8 points destinés à rendre le circuit financier plus fiable et à impliquer davantage la collectivité.

1 - Dans la mesure du possible, le prescripteur n'est pas percepteur = l'argent est perçu par une personne employée par le comité de gestion et non par un fonctionnaire de la Santé ;
2 - La recette est transférée le plus régulièrement possible au trésorier du comité avec une feuille de comptabilité ;
3 - L'argent destiné au fonctionnement est rétrocédé par le comité au responsable des soins sur base de justificatifs et à concurrence des montants autorisés ;
4 - Le comité de gestion verse l'argent destiné au rachat des médicaments (et à l'amortissement) sur un compte CCP ou bancaire ;
5 - L'argent garde toujours son identité : les comptes CCP ou bancaires sont individualisés par comité de gestion, qui garde la signature sur le compte ;
6 - L'argent sert à racheter régulièrement les médicaments et matériel renouvelable, selon un tarif fixé ;
7 - Le paiement des médicaments et matériel médical se fait par virement bancaire, à la livraison.

6.3 Rachat des médicaments: la liaison des circuits financiers et médicaments

L'argent récolté par la participation financière de la population aux soins de santé ne sert pas souvent dans un premier temps à racheter directement des médicaments, ceux-ci étant fournis par l'aide extérieure.

Il s'établit ainsi 2 circuits, totalement indépendants l'un de l'autre :

BEST AVAILABLE DOCUMENT

- Un circuit d'approvisionnement en médicaments en quantité totalement indépendante des recettes financières ;
- Un circuit financier par lequel l'argent récolté est accumulé et souvent globalisé plusieurs années.

A long terme il apparait une situation malsaine

- l'utilisation de l'argent récolté n'est pas explicite et entraîne des retards de versement et des pertes difficillement contrôlables.
- L'accumulation des sommes parfois très importantes crée des envieux.
- Les médicaments sont toujours perçus comme gratuits ce qui ne favorise pas leur gestion rationnelle.
- Le comité de gestion n'a qu'un rôle fictif jusque là.
- L'argent "gelé" perd sa valeur.

IL Y A TOUT INTÉRÊT À LIER DÈS QUE POSSIBLE L'APPROVISIONNEMENT EN MÉDICAMENTS AUX RECETTES FINANCIÈRES.

Ce lien systématique entraînera la mise en place d'une HABITUDE DE RACHAT, principe élémentaire mais fondamental qui permettra :

- de simplifier au maximum le circuit financier pour permettre sa gestion par les responsables locaux ;

- d'associer dans l'esprit de tous l'argent récolté au rachat de médicaments ;

- de susciter la perspective d'une réelle autonomie financière locale ;

- d'éviter l'accumulation de sommes trop importantes au regard du niveau de vie local ;

- d'éviter l'érosion monétaire par l'inflation.

7. SUIVI ET MONITORING

- Avant d'élaborer des outils de gestion pour le suivi et le monitoring il est utile de se poser la question suivante: De quelle information a t'on besoin pour suivre le système ?

La démarche proposée pendant la réunion était suivante:

1. De quelles informations avons nous besoin pour gérer le service de santé dans le cadre d'un système de participation financière de la population aux soins de santé? Ou, en d'autres mots, quelles sont les grandes questions que nous nous posons lorsque nous mettons en place un tel système?

2. Quel degré de précision, de détail souhaitons nous avoir dans ces informations ?

3. Quelles sont les données à récolter, les indicateurs nécessaires pour répondre à ces questions?

4. Quels sont les support de données à développer pour obtenir ces informations?

Nous avons répertorié 3 Grandes questions:

1. Le système de participation financière fonctionne t'il comme on le souhaite?

2. Offre t'on réellement des soins de qualité?

3. Quelle est la demande? L'utilisation du service? La consommation de médicaments?

Nous les avons développées selon la démarche proposée.

Dans la synthèse nous avons regroupé les deux dernières questions qui sont liées: qualité des soins et utilisation du service.

Enfin nous avons essayé de voir quelles étaient les informations déjà existantes avec leur support de données et celles à développer.

N.B.1. Nous n'avons pas voulu développer le détail des outils de gestion car cela nous semble prématuré et devrait faire l'objet d'une réunion ultérieure.
2. Nous ne développons pas non plus l'aspect gestion des médicaments car cela a déjà fait l'objet d'une autre réunion.

7.1 EST-CE QUE LE SYSTÈME DE PARTICIPATION FINANCIÈRE FONCTIONNE? EST-CE QU'IL EST VIABLE?

Degré de précision de l'information:

- Quelles sont les rentrées ? (Recettes)
- Quelles sont les sorties ? (Dépenses)
- Quel est le résultat global de l'exercice? (Bilan)
- Le bilan est-il exact?
- Le bilan est il adéquat par rapport aux prévisions, aux objectifs?
- Y a t'il des dysfonctionnements? A quel niveau? Pourquoi?
- Est-ce que chacun joue son rôle dans le système?

Illustration de la démarche:

Information souhaitée	Indicateur	Support de données
Qu'est-ce qui rentre?	Argent récolté (Recettes)	Caisse Livre de caisse Relevé de compte Tickets à souche
Qu'est-ce qui sort?	Dépenses	Relevé de comptes Factures Livre de caisse
Bilan?	Différence entre recettes et dépenses .	Livre de caisse Fiche de bilan
Est-ce que le bilan est exact?	Différence entre ce qu'il y a en caisse et ce qui est comptabilisé. Factures Tckets vendus	Livre de caisse Factures Tickets à souche Bilan des tickets vendus Registre de soins
Y at'il des dysfonctionnements et où?	Différence entre recettes réelles et recettes attendues. Différences entre dépenses effectives et factures	Livre de caisse Facture Ticket à souche Bilan des tickets vendus Registre de soins

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Information souhaitée	Indicateurs	Support de donnée
Le résultat observé est-il conforme aux objectifs fixés?		
ENTREES		
-Est ce que tous ceux qui sont censés payer ont effectivement payé?	-Corrélation entre le nombre de tickets vendus et le nombre de nouveaux cas	Registre de soins Carnets à souche
-Est-ce que les rentrées correspondent aux prévisions?	-Utilisation du service/Prévisions Recettes/Prévisions	Simulations Prévisions
SORTIES		
-Les sorties sont elles justifiées? -Correspondent elles aux prévisions? --Excessives? --Insuffisantes?	-Répartition des dépenses par rubrique -Facture des médicaments/Factures prévues	-Budget prévisionnel ou prévision des dépenses -Fiches de bilan -Profils de consommation par nouveau cas -Inventaire des médicaments
Le circuit de l'argent est il correct? Est-ce que chacun joue son rôle comme prévu dans la gestion financière?	Circuit observé/Circuit prévu	Supervision Observation

7.2 QUELLE EST L'UTILISATION DU SERVICE ET QUELLE EST LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS? EST-CE QUE LA QUALITE DES SOINS EST SATISFAISANTE?

Degré de précision de l'information:

Les services sont-ils utilisés? Par qui?
Quelle est la consommation de médicaments?
Les références sont-elles pertinentes?
Les soins sont-ils efficaces?
Les médicaments sont-ils prescrits correctement?

La continuité de la prise en charge est-elle assurée?
La globalité des soins est-elle garantie?
Les malades sont-ils satisfaits?

Nous ne développons pas ici les indicateurs de qualité de soins ni les supports de données nécessaires mais ceux-ci sont joints en annexe à titre d'exemple.

7.3 INFORMATION EXISTANTE ET INFORMATION À DEVELOPPER

Le tableau suivant reprend brièvement l'information existante, celle qui est à développer et quelques observations:

Information et support de données existants	Information et supports de données à développer	Observations
Gestion Financière	Viabilité du	Système
- Utilisation des services: Registre de soins curatifs et préventifs, rapports mensuels d'activités;	- Carnets à souche	
	- Livre de caisse (Entrées et sorties)	
	- Fiches de bilan comptable	-Fiches de bilan comptable pourraient être rajoutées au rapport mensuel d'activité
-Consommation de médicaments: Inventaire des médicaments		
	-Budgets prévisionnels	Prévision des dépenses et des recettes

Information et supports de données existants	Information et supports de données à développer	Observations
Qualité des soins	et utilisation des	services
Utilisation des services et consommation de médicaments Voir tableau précédent.		Rôle fondamental de la supervision
Continuité des soins: -Fiches opérationnelles C.P.N. T.B.C. Lèpre Référence Nourrissons Poids cible	-Fiches opérationnelles à améliorer: C.P.N. Dossier hospitalier -Carnet de santé ou ordonnances	
Efficacité des soins: -Fiches techniques médicaments -	-Guides thérapeutiques -Instructions écrites -Suivi d'évènements sentinelles	

7.4 CONCLUSIONS -

Le suivi et le monitoring du système de participation financière sont nécessaires surtout pour réadapter et ajuster le système en temps voulu. Le suivi sert à prendre des décisions et pas uniquement à accumuler de l'information.

Lorsqu'on a examiné tous les éléments il faut se poser la aussi la question de la pertinence des objectifs.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

RECOUVREMENT DES COUTS

OUADDAI

CONCEPTION DU SYSTEME

JUIN 1992

DERNIER VERSION

I. TARIFICATION, RECETTES ET DEPENSES: LES PRINCIPES

Hypothèses:

- 70% d'adultes;
  30% d'enfants;
  pas d'exemptions à part:
  - 5% d'indigents;
  En zone rurale, une liste d'indigents et de leur micro-famille (sous forme de cahier - voir proposition d'une page en annexe) devra être établie par le Comité de Gestion avant de commencer le système de recouvrement des coûts.
  Les cas non-repris sur la liste devront obtenir l'autorisation d'un des membres permanents du Comité de Gestion (Secrétaire = Infirmier, Président, Vice-Président ou Trésorier) avant de se faire soigner la première fois, et le Comité devra approuver et compléter la liste lors de la prochaine réunion. Cette liste est au dispensaire.
  En zone urbaine, les assistants sociaux seront chargés d'établir une liste de critères devant être approuvés par les Comités de Gestion. C'est sur la base de ces critères que les Comités de Gestion établiront la liste des indigents de la zone de responsabilité, similairement aux chefs de village ruraux. (document proposé en annexe).
  - la gratuité pour les membres du Comité de Gestion et leur micro-famille est proposée comme incitant. Une liste restant au dispensaire doit également être composée (voir proposition en annexe).
  - un tarif préférentiel pour les étudiants (tarif enfant).

NB: LA GRATUITE EST LIMITEE DANS CHAQUE CAS A LA FAMILLE NUCLEAIRE (FEMMES/MARI ET ENFANTS).

Les tarifs sont affichés à l'entrée de chaque dispensaire, en français et en arabe.

1. Premier échelon.

1.1. Dispensaire de zone rurale:

En tenant compte de la capacité à payer, des frais à prendre en charge et de la fréquentation, il est recommandé:

d'adopter les tarifs de 250 F pour un épisode de maladie adulte et de 125 F pour un épisode de maladie enfant (voir simulation); le tarif "adulte" est en vigueur à partir de 6 ans;
pour les maladies chroniques (lèpre, TB, etc), le patient est requis de payer le tarif à sa première consultation; il est exempté au cours des autres consultations.
pour les autres soins:
- accouchement: 500 F dans les dispensaires ruraux; en milieu urbain, les accouchements se font soit au dispensaire, soit à l'hôpital au même tarif.
- préventif (gratuit à partir du moment où l'on possède le carnet de soins).
En supplément, un carnet de soins, pré-imprimé sur la première page avec les informations classiques d'identification sera vendu à 100 FCFA (prix coûtant = 50 FCFA; le restant étant utilisé pour les frais de fonctionnement); ce carnet incluera tous les soins (y compris les préventifs - cachets-).
de ne pas prendre en charge les frais d'investissement;
de ne prendre en charge que les frais de fonctionnement variables (voir simulation), clairement ventilés dans les tarifs; on évite ainsi tout risque de faillite dû à une baisse de fréquentation (pour autant que les montants alloués par poste s'avèrent suffisants); le surplus qui se dégage des recettes constitue une provision pour couvrir les frais fixes tels que l'entretien du bâtiment, de la mobylette, etc, à décider un an après le début du système; on n'évite pas le risque de faillite dû à un possible changement de pathologie (utilisation du dispensaire uniquement pour traitements chers ou multiples);
d'établir une comptabilité par nouveau cas:

DEPENSES	PAR NC ENFANT	PAR NC ADULTE	PAR CARNET
FRAIS FIXES proportions et montants indéterminés; sur base de la provision.	à déterminer	idem	ne comprend pas de frais fixes
FRAIS VARIABLES			
Prime au personnel soignant	20	40	
Médicaments et matériel consommable	52	104	
Imprimés	12	25	
- souches	(5)	(11)	
- outils de gestion	(7)	(14)	
- carnets			50
Petit fonctionnement	25	50	50
TOTAL FRAIS VARIABLES	109	219	100
PRIX DU TICKET/CARNET	125	250	100
PROVISION/NC POUR FRAIS FIXES	16	31	0

Ce procédé didactique familiarisera le Comité de Gestion au concept de budget. Plus d'autonomie peut être envisagée

29

après un an de fonctionnement (gestion sur base des recettes et dépenses de l'année précédente);
d'attribuer une prime au personnel soignant soumise à l'appréciation du médecin superviseur et du Comité de Gestion en fonction des critères suivants:
+ propreté du dispensaire;
+ gestion des médicaments et outils de gestion;
+ qualité des soins (basée sur la supervision);
+ tenue des registres et outils de gestion financiers.
A chaque critère correspond 1 point dont la valeur est de 5 F pour un NC enfant et de 10 F pour un NC adulte.
La prime est attribuée chaque mois, est reportée sur la feuille mensuelle de gestion financière où figurent l'aval du médecin superviseur et l'aval de 3 membres du Comité de Gestion.
En aucun cas la prime ne peut dépasser 50% du salaire de base.
de planifier la supervision pour qu'au moins les 6 premiers mois, la visite mensuelle du médecin superviseur coïncide avec une réunion du Comité de Gestion. Par la suite, cette contrainte peut être relâchée à certains membres du Comité de Gestion (comme le Trésorier), suivant les problèmes rencontrés et les nécessités.

1.2. Dispensaires de zone urbaine:

Pour la tarification, le schéma est le même que dans les dispensaires de zone rurale; mais étant donné une fréquentation plus élevée, on prévoit une provision plus importante dont l'utilisation sera décidée après un an d'utilisation, pour notamment le recouvrement des frais fixes de fonctionnement.

Pour les dispensaires urbains, les taux de référence seront contrôlés via la feuille mensuelle de gestion financière: au-delà de 15% de référence, la totalité du montant des tickets sera renvoyé à la direction préfectorale pour le compte de la consultation de référence. Les infirmiers sont en outre requis d'indiquer les cas référés dans la colonne "observations" de leur registre BSPE. En contrepartie, un registre est tenu au niveau de la consultation du 2ème échelon, tenant note de la provenance des référés.
Les dispensaires ruraux ne tombent pas sous cette réglementation.

2. Consultation de référence

La consultation de référence a lieu tous les matins aux heures et modalités convenues par les médecins de la préfecture.
Tous les consultants sont renregistrés au bureau d'accueil (document 3CR).

La consultation de référence est gratuite pour les patients référés.

Pour les patients non-référés, la consultation s'élèvera à 1000 FCFA pour un enfant, et 2000 FCFA pour un adulte.
Les tarifs seront ajustés à la hausse en fonction de la charge de travail de l'équipe soignante.

Les patients conventionnés ne peuvent bénéficier des services sans apporter une contribution pour les médicaments, les sociétés pour lesquelles ils travaillent payant déjà pour l'acte médical, le tarif demandé correspond au prix coûtant des médicaments: ticket de 250 FCFA.

Les cas arrivant en urgence bénéficieront des premiers soins (donc maximum un jour de traitement) gratuits et/ou de l'hospitalisation (pour l'instant toujours gratuite). En cas de consultations externes, ils devront être orientés par le service de garde vers le niveau sanitaire compétent, et dès le lendemain régulariser leur situation (soit passer par le premier échelon, soit par la consultation de référence, aux tarifs et modalités indiqués plus haut) pour recevoir le traitement complet. En cas d'abus, on pourrait d'office faire payer le prix d'une consultation du premier échelon au service des urgences.
Un registre doit également être tenu aux urgences (registre BSPE).

Etant donné l'impossibilité de prévoir les recettes, aucune proposition n'est faite pour ventiler les dépenses; il faudra attendre 6 mois minimum pour décider de l'utilisation des recettes pour des dépenses de fonctionnement (bics, savon, etc); un an pour des dépenses de fonctionnement plus importantes.

II. LE CIRCUIT DE L'ARGENT

II.1. Dispensaires ruraux et urbains

Le patient se rend au dispensaire et paie le montant requis pour son épisode de maladie[1], et le cas échéant, le carnet de soins. Il reçoit la souche (document 1) qui est agrafée dans le carnet, et le traitement adéquat. Il est couvert pour 7 jours ou plus pour les cas spéciaux (à définir).

C'est l'infirmier qui perçoit l'argent.
Au cas où l'infirmier dispose d'un aide, il perçoit quand même l'argent, établit le diagnostic, et fait passer le patient dans la salle de soins pour recevoir le traitement et éventuellement les soins.

A la fin de la journée, l'infirmier remplit son cahier de caisse (document 2) en fonction des tickets vendus.
Il dispose d'une caisse de fonctionnement de 5000 FCFA par mois pour petites dépenses de fonctionnement. Il tient note de ses dépenses de fonctionnement sur la feuille de dépenses de

[1] liste des maladies à traitement plus long que 7 jours.

fonctionnement (document 3). Au-delà de cette somme, il doit faire part de ses besoins au Comité de Gestion. Chaque mois, cette caisse est remplimentée par le Trésorier pour atteindre le montant de 5,000 FCFA.

Le Trésorier du Comité relève la caisse chaque semaine, au minimum. Il remplit également un cahier de caisse (document 4) contre-signé par l'infirmier.
Les dépenses encourues sur décision du Comité de Gestion et inférieures à 5000 FCFA sont enregistrées sur le document 4A.
Un gros achat (supérieur à 5000 FCFA) est soumis à l'approbation du médecin-superviseur et du Comité de Gestion; il est enregistré également sur le document 4A.
Ces 2 derniers types de dépenses ne pourront commencer avant l'année suivante.

Tous les mois, l'infirmier prépare la feuille mensuelle de gestion financière avec le Trésorier et le médecin-superviseur (document 5); ils la présentent au Comité de Gestion. Cette feuille est remplie en 2 exemplaires: l'une pour le Comité de Gestion, et l'autre pour la Préfecture (médecin-superviseur).
Ce document présente le visa du médecin superviseur et du Comité de Gestion pour l'attribution de la prime.

Tous les mois, le solde de la caisse est porté en banque. Le Trésorier tient une comptabilité pour tous les mouvements bancaires (document 4B) et conserve les extraits de compte.
Le titulaire du compte est le Comité de Gestion; tout retrait doit comporter trois signatures: celles du Président, Vice-Président et Trésorier; le chéquier est détenu par l'infirmier.

Le rôle du Comité de Gestion est essentiellement comptable: s'assurer que les dépenses correspondent bien aux ventilations prévues dans les tarifs et avaliser les sorties pour les frais de fonctionnement. Comme les postes de dépenses sont prévus, le Comité n'a donc pas un rôle de gestionnaire per se, mais de contrôle des comptes.

II.2. Consultation de référence

Chaque patient doit passer par le bureau administratif pour être inscrit dans un registre (document 3CR).
Les référés reçoivent le cachet de l'hôpital sur leur carnet; les non-référés et les conventionnés achètent le cas échéant le carnet et le ticket (document 1).

La personne responsable d'enregistrer ces patients et d'appliquer les tarifs en vigueur (une seule personne désignée et présente tous les matins à l'hôpital ou au bâtiment de la consultation de référence) remplit un cahier de caisse (document 2CR) contre-signé chaque jour par le gestionnaire ou le médecin-chef de l'hôpital. L'argent est remis à la personne ayant contre-signé.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Les dépenses et les recettes sont gérées par le Comité de Gestion de l'hôpital, dont font partie les majors des services, le gestionnaire et le Médecin-Chef de l'hôpital.
Comme pour les dispensaires, l'argent récolté est destiné à:

1. payer les petits frais de fonctionnement;
2. payer les imprimés utilisés;
3. payer pour 30% du coût des médicaments;
4. payer des primes à l'équipe soignante (?);
5. faire des provisions pour subvenir aux frais fixes de fonctionnement.

Lors de la réunion mensuelle du Comité de Gestion de l'hôpital, on procédera à une revue des comptes de la consultation de référence pour le mois écoulé.

La personne responsable d'enregistrer les patients pour la consultation du 2ème échelon aura préparé (à partir du registre de la CR et des registres BSPE des dispensaires, et avec un mois de délai) le nombre de patients référés par dispensaire (document 4CR); ce nombre sera comparé avec le nombre enregistré de nouveaux cas, et le cas échéant, une facture sera envoyée au dispensaire urbain dépassant la limite autorisée de 15% de cas référés. Le dispensaire rural ne tombe pas sous cette règlementation, son taux de référence est indicatif, et le calcul n'a pas besoin d'être fait régulièrement/mensuellement.

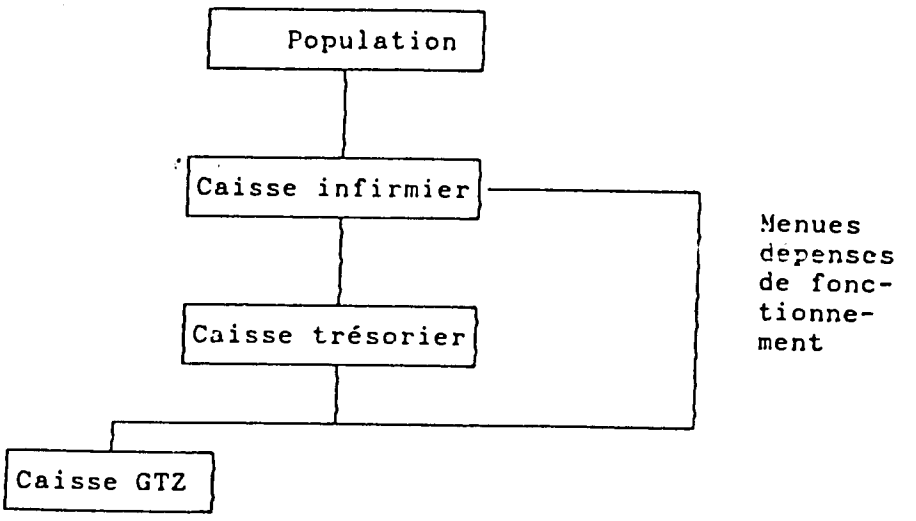
L'argent des consultations et des références sera déposé sur un compte à la poste au nom du Comité de Gestion de l'hôpital (compte à 3 signatures).

Cependant, étant donné l'impossibilité de prévoir les recettes (et donc les dépenses), celles-ci seront bloquées sur un compte pendant 6 mois minimum avant d'en utiliser une partie pour les frais de fonctionnement courant (fixation de plafonds mensuels); le reste constituera une provision qui sera dépensée l'année d'après sur base d'un budget.

III. LE CIRCUIT DES MEDICAMENTS

III.1. Dispensaires ruraux et urbains

L'approvisionnement en dotations semestrielles est garanti par la préfecture sanitaire.
Dès que le système de recouvrement des coûts est commencé, le paiement préalable de la dotation est un prérequis à l'approvisionnement. L'approvisionnement est semestriel, avec une commande d'ajustement autorisée à partir du 5ème mois, avec l'aval du médecin-superviseur. Le formulaire de commande est le même (document 6).
Pour la commande semestrielle, la procédure est identique à celle en usage maintenant -à part peut-être les outils de gestion-.
Pour la commande d'ajustement, c'est au Comité de Gestion de se débrouiller pour se rendre à la préfecture, déposer l'argent et emporter la dotation de dépannage au village.



Les N° de compte CCP n'ayant pas encore été octroyés l'argent est pour le moment déposé dans le coffre de la GTZ.

IX-5-Aux étapes réalisées pour arriver au démarrage du recouvrement de coûts:

IX-5-1-Sensibilisation:

La population paie comme prévu, mais les membres des comités de gestion ne se réunissent pas mensuellement comme attendu.

IX-5-2-Formation:

Le remplissage des outils de gestion se fait avec quelques difficultés pour les membres du comité de gestion.

IX-5-3-Réorganisation des services:

Séparation effective du 1° et 2° échelon

IX-6-Aux outils de gestion

Leur compréhension et leur remplissage s'avèrent difficiles pour les membres des comités de gestion.

IX-7-Aux coûts effectivement couverts

Les menues dépenses sont actuellement couvertes comme prévues. Les autres volets de dépenses ne sont pas encore touchés.

IX-8-Aux indicateurs de suivi:

Ils sont inexistants pour le moment.

X-PROBLEMES RENCONTRES ET SUGGESTIONS

X-1-Problèmes:

VIII-INDICATEURS DE SUIVI: - FINANCIER
- DE QUALITE DE SOINS

Les indicateurs de suivi ne sont pas encore au point.

IX-RESULTATS APRES 3 MOIS D'EXPERIENCE

PAR RAPPORT A :

IX-1-Aux objectifs initiaux:

IX-1-1-couvrir 30% des frais de médicaments après un an de fonctionnement: on n'y est pas encore

IX-1-2-Couvrir 100% des menues dépenses: atteint pour le moment

IX-1-3-Donner des primes au personnel à partir du 6° mois: on n'y est pas encore.

IX-1-4-Prendre en charge entre 85 et 90% des problèmes de santé au niveau du 1° échelon: objectif apparemment atteint.

IX-1-5-Améliorer l'intégration des soins au niveau des centres socio-sanitaires urbains: cela est en étude car il doit être réaliser avant de commencer à donner les primes au personnel.

IX-2-A la situation de l'expérience (population cible,nbre ZR...).

Les résultats sont les mêmes dans les 4 formations sanitaires où se réalisent le système : hôpital, css de: Taïba, islamique et Ahamed El Bédawi.Ces résultats ont été légèrement perturbés par la grève du personnel déclenchée depuis le 08-02-93 par la cellule syndicale d'Abéché, en particuliers à Ahamed El Bédawi

IX-3-Au système de recouvrement des coûts/tarification: curatif-préventif.

Tout le monde paie comme prévu à part les indigents.

IX-4-Au circuit financier réel (schéma)

Le comité de gestion gardera cet argent en banque ou à la poste et 6 mois après, quand l'argent sera suffisant, il commencera à l'utiliser pour acheter les bics, savons, balais, et donnera aussi quelque chose au personnel qui travaille bien comme prime d'encouragement.

Un an après, le comité commencera à utiliser l'argent pour acheter une partie de médicaments, car ceux qui nous les fournissent actuellement gratuitement vont commencer à les réduire. L'achat de ces médicaments et des autres produits sera fait par le comité de gestion.

IV-COMITE DE GESTION

Chaque zone de responsabilité doit avoir son comité de gestion.

IV-1-Composision:

- un président
- un vice-président
- un trésorier
- un secrétaire (l'infirmier)
- 2 représentantes des femmes
- un représentant des jeunes
- un représentant des guérisseurs

Chaque quartier doit élire son représentant et ces personnes vont se retrouver pour élire démocratiquement le noyau (président, vice-président, trésorier , le secrétaire étant d'office l'infirmier).

IV-2-Fonction des membres du comité

IV-2-1-Sensibiliser et informer la population des activités du dispensaire au point de vue financier et sanitaire (participation financière et participation aux activités sanitaires).

IV-2-2-Controler la gestion financière: les recettes et les dépenses

IV-2-3-Controler la gestion des médicaments, l'entretien du bâtiment et du matériel.

Les comités de gestion des zones de responsabilité sans dispensaire vont aider la préfecture socio-sanitaire à accélérer l'ouverture de leur formation sanitaire.

IV-3-Critères pour être élu membre du comité de santé

IV-3-1-Ne pas avoir de fonction administrative dans le secteur public.

IV-3-2-Etre lettré en français, sinon au moins en arabe pour pouvoir faire les opérations et remplir les différents cahiers de comptabilité.

IV-3-3-Etre disponible pour une réunion ordinaire par mois et des rencontres extraordinaires.

IV-3-4-Le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire doivent accepter d'être formé pour leur travail pendant environ une semaine.

IV-3-5-S'engager à ne pas réclamer d'autres avantages autres que les soins gratuits pour soi et les membres de sa famille.

Abéché-02-10-92

Dr. Allarangar Yokouide

Dr. Sani Charles

X-1-1-Le personnel non salarié qui vivait avec la vente des démi-cahiers se voit coupé de sa source de revenu.

X-1-2-Les réunions mensuelles des comités de gestion ne sont pas respectées. Seul le noyau (président, vice-président, trésorier et secrétaire) se retrouve de temps en temps.

X-1-3-Mécontentement du personnel qui doit payer avant d'être soigné.

X-1-4-Cas des prisonniers de la maison d'arrêt qui avait l'habitude de recevoir des médicaments de la préfecture socio-sanitaire.

X-2-Suggestions:

X-2-1-Pour le personnel non salarié, on se propose la rationalisation des services et déplacement du personnel en plus, le restant bénéficiera des primes d'encouragement mensuelles.

X-2-2-Concernant les réunions mensuelles des comité de gestion, on se demande si la formation avec perdiem qui a intéressé le noyau seulement n'a pas démotivé les autres membres.On suggère qu'il faut au préalable créer une cohésion entre les membres des comités de gestion par 4 à 5 rencontres et impliquer tous les membres dans la décision des perdiem à donner.

X-2-3-Pour le personnel, on se propose de faire imprimer des tickets avec tarif préférentiel, la porte d'accès au système sera alors le 1' échelon comme pour tous les autres malades.

X-2-4-Les prisonniers étant en moyenne une trentaine, on se propose , en accord avec le comité de gestion de leur zone de responsabilité , de les faire passer pour des indigents quand ils se présentent avec un mot du régisseur et accompagnés des gardes.

Abéché-03-04-1993

Dr. Allarangar Yokouidé, MCPSSO

Dr. Sani Charles, Conseiller technique

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Annexe 1

PARTICIPANTS

NOMS	FONCTIONS
Dr MANGDAH G. Bartoussia	DGA - MSPAS
Dr Isabelle RODRIGUEZ	Coordinateur Médical SECADEV
Dr BART CALLEWAERT	Conseiller PSS. Biltine
Dr BELYO	Médecin à BOUSSO
Dr BELOMAL	Médecin-Chef du District de BOUSSO
Dr Marie-Thérèse WELLINGER	Médecin-Chef du District de Mongo
Dr Djimadoum NADJINANGAR	Délégué de la Préfecture SS CHB/NDJ
Dr Patrick DAURY	Conseiller Technique PSSCB/NDJ
Dr Brahim HAMIT	Médecin-Chef du District de Oum-Hadjer
Mr KANYANDEKWE Pascal	Biologiste Projet santé 7è FED
Dr Isaline GREINDL	Coordinateur Médical P.S 7è FED
Dr Djibrine MALLA	Délégué Préfecture SS de LAC
Dr ALLARANGAR YOKOUIDE	Délégué Préfecture SS du OUADDAI
Dr SANI CHARLES	Conseiller Technique OUADDAI
Dr Toyoum DOUMNAN	Médecin-Chef du District de Bokoro
Dr Dominique LAMBERT	Responsable Formation PS 7è FED
Mr BORKAM YAMADJI	Responsable Recouvrement de Coûts MSPAS
Dr BABA TOUNKARA	Projet S.S.P. LAC
Dr KABANG BANDE	Coordinateur Médical PADS
Mr MASSING	Chef de Division des ressources du SALAMAT

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
DELEGATION SOCIO-SANITAIRE
DU OUADDAI

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

REUNION DE REFLEXION SUR LA PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE DU 05 AU 08 AVRIL 1993

Annexe 2

PRESENTATION DE L'EXPERIENCE DU OUADDAI

I- LES OBJECTIFS DE LA PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE

I-1- Objectifs généraux

- Améliorer la qualité des soins par un accroissement des ressources.
- Rendre autonome le système de santé par la mise en oeuvre d'une participation financière de la population dans le contexte d'un retrait progressif de l'aide internationale.

I-2- Objectifs spécifiques

- Couvrir 30% des frais des médicaments essentiels après un an de fonctionnement.
- Couvrir 100% des menues dépenses des centres socio-sanitaires.
- Donner des primes d'encouragement au personnel à partir du 6' mois de fonctionnement.
- Prendre en charge entre 85 et 90% des problèmes de santé au niveau du premier échelon.
- Améliorer l'intégration des soins au niveau du personnel dans les centres socio-sanitaires urbains.

II- SITUATION DE L'EXPERIENCE

II-1- Ville d'Abéché

Le recouvrement des coûts se fait dans les centres socio-sanitaires (css) de :

-Taïba
-Islamique
-Ahmed El Bédawi

et à l'hôpital d'Abéché: consultation médicale de référence et maternité.

Les 3 autres zones de responsabilité de la ville (Djatinié, Salamat, Kamina) sont également sensibilisés et appliqueront le système de recouvrement des coûts dès que leur css seront ouverts. Les comités de gestion de ces zones ont bénéficié aussi de la formation à l'utilisation des outils de gestion au même titre que les autres.

II-2- Dispensaires ruraux

La sensibilisation a été faite au niveau de la population ainsi que la constitution des comités de gestion au niveau des 3 css suivants: Abougoudam, Abkhouta et Chokoyane.

III- SYSTEME DE RECOUVREMENT DES COUTS

III-1- Tarification

III-1-1- Soins curatifs

- Centres Socio-Sanitaires

* Carnets imprimés : 100F
* Tarif adulte (5 ans et plus) : 250F
* Tarif enfant (0 à 4 ans) : 125F
* Tarif accouchement : 500F
* Tarif indigent : 0F

- Consultation Médicale de Référence

* Tarif personnel de santé et famille : 250F
* Tarif conventionné : 250F
* Tarif accouchement (maternité) : 500F
* Tarif Consultation Médicale directe:
  Enfant (0 à 4 ans) : 1000F
  Adulte (5 ans et plus) : 2000F

III-1-2- Soins préventifs

Les soins préventifs sont gratuits.

III-2- Méthodologie de la tarification

- Coût d'un nouveau cas

Un nouveau cas dans un dispensaire rural revient à 413F (voir tableau).

Un formulaire de prix indicatif (montrer le coût réel des médicaments et la subvention accordée -70%-) est distribué.

III.2. Consultations de référence

Les quotas n'ont pas encore été établis. Une fois les quotas fixés, l'approvisionnement se fera comme maintenant à l'hôpital, mensuellement.
Comme on peut difficilement estimer les recettes (provenant uniquement des patients non-référés), il est préférable à ce stade de continuer à donner les médicaments gratuitement pendant un an. L'année prochaine, un budget pourra être établi, et la part des médicaments pouvant être prise en charge sera définie.

A.N.
JUIN4.SYS
22.7.92

BEST AVAILABLE DOCUMENT

PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE

SECADEV.AVRIL 1993

Annexe 3

PROPOSITIONS INITIALES (1)

1.-OBJECTIFS DE LA PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTÉ

Le co-financement communautaire est considéré comme un elément parmi d'autres dans un ensemble plus vaste qui est celui de la participation de la communauté à son développement.

1.-Responsabilisation de la communauté face aux problèmes de santé et aux moyens à mettre en oeuvre pour les résoudre,avec mise en place d'un comité de gestion et de santé qui est partenaire de l'équipe de santé dans les décisions à prendre concernant les orientations des activités et dans l'animation;il est aussi chargé de gérer les finances du dispensaire.

2.-Diminution de la dépendance et certaine autonomie financière de fonctionnement,garanties de continuité des activités et facteur de crédibilité vis-à-vis de l'aide extérieure.

3.-Encouragement de la prévention par l'animation communautaire et la non gratuité des soins.

4.-Amélioration de la sante de la population.

2.-SITUATION DE L'EXPERIENCE

Bien que notre expérience remonte à 1986,nous ne retenons que les années 1988 à 1990,car toutes les données ne sont pas suffisamment fiables auparavant,notamment en ce qui concerne la consommation des médicaments.

CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES (voir tableau)

STRUCTURES ECARTEES POUR L'ETUDE

-le dispensaire de Chagwa en raison de données non fiables tant pour la consommation en médicaments que pour l'application de la tarification.

---

(1)Extraits de la mémoire du Dr JEGADEN Maryvonne:"CONTRIBUTION A LA REFLEXION SUR LA MISE EN PLACE D'UN RECOUVREMENT DES COUTS DANS LES STRUCTURES SANITAIRES AU TCHAD.A PROPOS DE L'EXPERIENCE D'UNE ONG,LE SECADEV EN ZONE SAHELIENNE TCHADIENNE.FEVRIER 1991"

-le poste de santé de Chedide en raison de l'irregularite de son fonctionnement et de la non fiabilité de ses donnees.

-le poste de santé de Ouled-Beli ouvert en octobre 1989 dont le comité de gestion a modifie deux fois la tarification en six mois et qui présente un effondrement recent de sa fréquentation ce qui rend délicat l'interprétation des données.

3.-SYSTEME DE RECOUVREMENT/TARIFICATION

3.1.- Modalités de ce co-financement communautaire à l'origine:

-cotisations des membres des groupements et de la population qui veut participer dans le but de constituer une caisse santé qui aidera au démarrage du projet,et aussi de tester une certaine motivation.

Le montant minimum exige est fonction du type de structure a mettre en place:un mois d'indemnité de l'auxiliaire pour les postes de santé et dispensaires.Le montant individuel des cotisations et leur mode de recouvrement sont fixés par les comités.

-paiement des médicaments à la consultation:les prix ont ete fixés au départ un peu arbitrairement à partir des prix coûtants, de manière à ce que le surcoût lié au co-financement soit réparti le plus équitablement possible:les medicaments les moins chers et les plus utilisés étant plus taxés que les traitements coûteux.

Ces deux modalités sont complémentaires et co-existent.

3.2.- Tarification des soins

En 1988:tarification par paiement des medicaments dans toutes les structures.

3.3.- Cotisations

En 1989:cotisations en cours de fonctionnement à Sidjé et Guitté; ce sont des cotisations mensuelles de 50 CFA par chef de famille.

En 1990:cotisation semestrielle à Wallia dès l'ouverture:

500 CFA par famille,300 CFA pour les hommes,200 pour les femmes;les enfants sont couverts par les parents.

3.4.-Subvention programée du SECADEV

Elle a été décidée pour les structures en difficulté:

En 1989:subvention mensuelle à Sidjé et Guité,égale au montant de leurs cotisations.

En 1990:subvention mensuelle pour une frequentation inférieure à 200 NC/mois,mais supérieure à 100 NC/mois (100 CFA par nouveau cas manquant pour atteindre 200 NC); en dessous de 100 NC,pas de majoration de la subvention mais discussion de maintien ou non de la structure.

3.5.-Prix d'achat des médicaments pour les structures

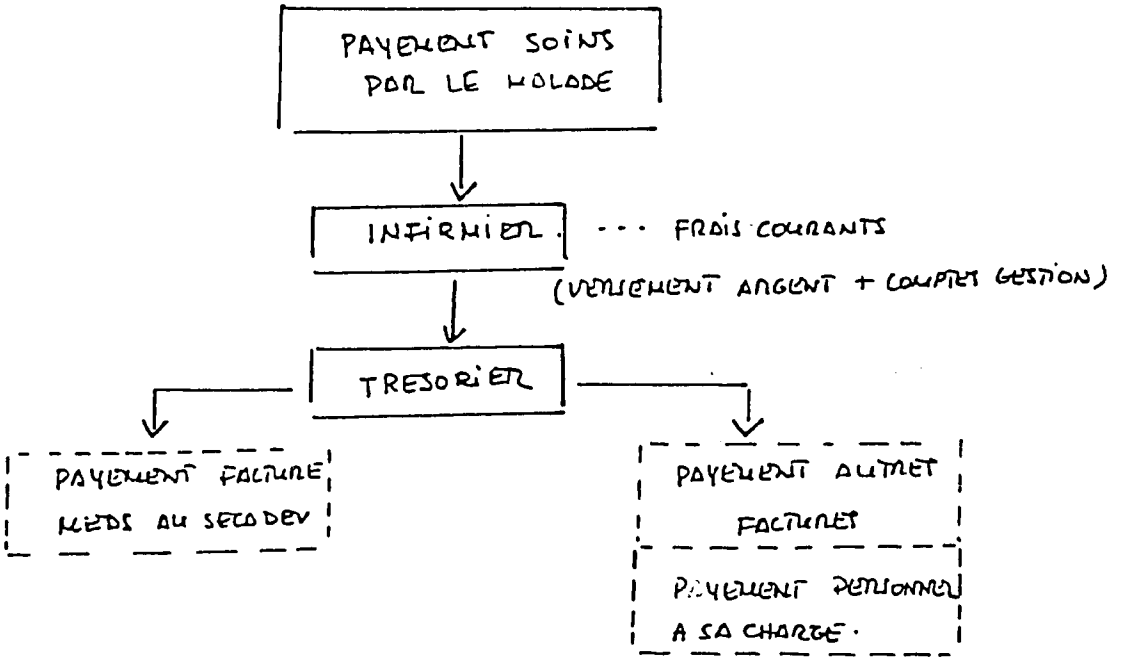
Ils ont été calculés de manière à autofinancer le fonctionnement pour l'approvisionnement des structures.

3.6.-Système de non payants

Dans les structures co-gérées, les comités de gestions ont à gérer eux-mêmes l'attitude vis-à-vis des gens qui ne peuvent pas payer et à décider des mesures à prendre vis-à-vis des vrais indigents s'ils en identifient.

4.-CIRCUIT FINANCIER

La gestion quotidienne est faite par l'équipe de santé.Le comité de gestion garde l'argent (trésorier),contrôle la gestion,et décide des dépenses.Paie la commande des médicaments etablie et proposée par l'infirmier,ainsi que le personnel à sa charge.



3

5.-ETAPES POUR ARRIVER AU DEMARRAGE DU RECOUVREMENT DE COUTS

Le co-financement communautaire de fonctionnement est une des conditions fixées à nos partenaires que sont les groupements pour intervenir dans leurs villages pour des actions sanitaires de type dispensaire,poste de santé ou ASV.

Moyens de cette participation communautaire:

-demande et motivation des gens
-travail d'animation pour chercher ensemble la réponse adaptee
-mise en place d'un comité de santé et de gestion
-elaboration des statuts,réglement intérieur,contrat avec le Secadev,contrats avec le personnel
-participation à la construction des bâtiments(quand il en faut):cotisations,fabrications des briques,main d'oeuvre, transport de matériaux.
-participation financière aux soins pour le recouvrement d'une partie des coûts de fonctionnement:le co-financement communautaire de fonctionnement.

Dans les structures héritees de la mission catholique (Baro et Dadouar) la population payait les soins,mais la mise en place des comités n'a commencée que fin 1992.

Les engagements réciproques des partenaires

-Le Secadev s'engage pour le suivi,la supervision technique,la formation continue du personnel,l'approvisionnement régulier en médicaments,le soutien financier en cas de difficultés sous forme de subventions sous réserve que la communauté par son comité respecte ses engagements,la responsabilité devant le Ministère de la Santé.

-Les groupements et la population par le comité de gestion s'engage pour le soutien effectif de l'équipe de santé dans ses activités,pour la gestion financière de la structure dans les conditions fixées pour le co-financement,avec prise des mesures communautaires pour améliorer la gestion en cas de difficultés.

6.-OUTILS DE GESTION

6.1.-Pour le recueil des activités

Le rapport mensuel d'activité mis en place Par le BSPE.
La vérification de la qualité des rapports est faite lors des visites de supervision sur le terrain avec contrôle du cahier d'enregistrement des malades.

Le cahier d'enregistrement des malades sur lequel sont portées toutes les données necessaires pour le rapport mensuel,mais aussi de façon précise le traitement donné à chaque malade avec le nombre exact de comprimé ou produit injecte,le prix paye par le malade et le montant de la dette éventuelle.

6.2.-Pour la gestion des médicaments

Les fiches de stock du dépôt de N'Djaména,des dépôts de transit des projets,des dispensaires et postes de santé.

Les inventaires faits tous les 6 mois jusqu'en 1989 et tous les quatre mois depuis 1990,aussi bien au niveau des dépôts que des structures.

Le cahier de consommation quotidienne des médicaments,tenu au niveau de chaque structure et comptabilise à partir du cahier d'enregistrement des malades.

Les fiches de commande et de stock mensuelles et quadrimestrielles.

6.3.-Pour la gestion financière

-Le cahier de caisse de la structure tenu par l'infirmier ou l'auxiliaire est vérifié chaque mois par l'infirmier responsable du projet et/ou le gestionnaire du projet:

entrees:participation des malades aux soins
sorties:petit entretien,versement au comité de gestion ou la délégation Secadev.

-Le cahier de gestion du comite:
entrees:
-participation des malades aux soins (données du cahier de caisse)
-cotisations
-subventions du Secadev
sorties:
-petit entretien (données du cahier de caisse)
-travaux,matériel pour l'aménagement
-indemnités du personnel non qualifié
-achat des médicaments et matériel de soins renouvelable

-Cahier des versements

-Feuille de bilan :fait aussi chaque mois avec le responsable, le comité et l'équipe de santé et communiqué au médecin coordinateur du Secadev.

BEST AVAILABLE DOCUMENT

-Folio tenu par l'infirmier responsable du projet et transmis au médecin coordinateur et au gestionnaire du Secadev

-Tableau de bord de la gestion mensuelle de chaque dispensaire,tenu par le medecin coordinateur

-Les comptes de gestion du Secadev.

7.-COUTS A COUVRIR PAR LES RECETTES

7.1.-COUTS VISES PAR LE CO-FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE

Ils ont été fixés arbitrairement par le SECADEV au départ en l'absence d'expérience locale antérieure.Ils concernent:

-les médicaments et matériel renouvelable
-l'entretien courant des locaux
-les dépenses courantes:eau,pétrole,savon,bics...
-les indemnités du personnel non qualifié (auxiliaire de santé,manoeuvre,gardien).Ce personnel non qualifié est normalement engagé par le comité de gestion apres accord du médecin coordinateur du Secadev et il a un statut bénévole.Dans les structures héritées de la mission catholique qui n'ont pas de comité,c'est le Secadev qui établit le contrat d'engagement.

7.2.-COUTS EXCLUS DU CO-FINANCEMENT

7.2.1.-Coûts pris en charge d'emblée par le SECADEV

-les salaires du personnel qualifié et les charges sociales
-les frais de supervision(part du salaire du médecin, infirmier,salaire du chauffeur,frais de logistique)
-les frais liés aux activités préventives en poste fixe et en poste avancé(part de salaire du personnel qualifié, logistique,médicaments de la CPN).
-frais de la coordination locale du projet
-frais de la coordination médicale
-frais de papeterie (cahiers et imprimés divers)
-frais de formation et de documentation

7.2.2.-Coûts pris en charge par le Service Nat.PEV

-les vaccins du programme PEV
-le matériel nécessaire pour les vaccinations
-les imprimés liés à cette activité

7.2.3.-Coûts pris en charge par le Ministère de la Santé

-traitement des lépreux et tuberculeux
-imprimés nécessaires pour le recueil des données et pour les rapports mensuels d'activités.

8.-INDICATEURS DE SUIVI

FINANCIER:

-bilan mensuel de gestion
-évolution sur tableau de bord
-bilan annuel
-consommation des médicaments/100 NC
-coût/NC
-coût en meds/NC
-coût personnel/NC
-coût entretien/NC

et % des coûts couverts

QUALITE DES SOINS:

-fréquentation
-rapports des comités
-supervision

APRES 4 ANNEES D'EXPERIENCE

Quels sont les résultats par rapport :

1.-AUX OBJECTIFS INITIAUX

La décentralisation de la gestion au niveau communautaire crée des relations très différentes entre la population et l'équipe de santé;l'équipe de santé a un véritable interlocuteur au sein de la population et trouve un appui dans les quartiers et dans les villages;les décisions prises sont plus proches de la population même si des progrès sont encore à faire;l'intégration des femmes dans le comité de gestion de Karal a constitué une petite révolution dans cette société musulmane,mais il a fallu deux ans pour que le comite fasse le pas.

La mise en place d'un recouvrement des coûts,l'ajustement des tarifications est mieux accepté par la population si elle participe effectivement à la gestion des fonds qu'elle apporte;et ceci d'autant plus qu'elle aura vécu de la gratuité auparavant.

Le contrôle de la gestion par la population constitue une aide indéniable pour améliorer la gestion des dispensaires et éviter les fuites tant du matériel que des médicaments.

Le comité de Karal a décidé d'investir dans les banques des céréaliers les bénéfices dégagés.

Après une période d'animation en profondeur,on a installé les comités dans les dispensaires de Baro et Dadouar qui fonctionnaient depuis longtemps sans la participation de la communauté.

En 1992,tous les dispensaires ont couvert par leurs recettes les coûts visés par le co-financement communautaire.

Le comité de Wallia a procédé à l'amélioration du bâtiment et celui de Karal a contribué à la nouvelle construction.

Une nouvelle zone,M'Barlet, a été prise en charge en régime de cogestion.La population a contribué à la construction.

Le dispensaire de Ouled-Beli,fermé fin 91 par défaillance du comité,sera rouvert en avril 93.Un nouveau comité a été formé après une période de sensibilisation de la population de la zone de responsabilité.

CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES

PREFECTURE	ZONE DE RESP.	POPULATION	COMITES
GUERA	BARO	12142	1993
	DADOUAR	9821	1993
CHARI B	KARAL	6312	FONCTIONNEL
	SIDJE	4000	FONCTIONNEL
	WALLIA	PAS DELIMITEE	FONCTIONNEL
	M'BARLET	11000	FONCTIONNEL
	OULED-BELI	7842	1993(REOUVERT)
	CHAGOUA		PAS DE COMITE

Les postes de santé de Chedide et de Guitté ont été fermés.

3.-SYSTEME DE RECOUVREMENT/TARIFICATION

3.1.- Evolution dans le temps

En fonction des difficultés rencontrées,la recherche de solutions avec les comités va conduire à des modifications:mise en place de cotisations en cours de fonctionnement,tarification différente pour les cotisants et pour les non cotisants,passage d'un tarif par medicament à un tarif forfaitaire par épisode de maladie, discussion entre un tarif unique et un tarif modulé selon la maladie et selon l'âge...

3.2.-Tarification des soins

1988:Tarification par paiement des medicaments dans toutes les structures.

1989:-Baro et Dadouar:prix de 1988
-Karal,Sidjé et Guitté application des prix cotisant et non cotisant,comme il y a peu de cotisants à Guitté et aucun à Karal,cela revient à une augmentation de tarifs

-Passage à un tarif forfaitaire dans toutes les structures sauf Karal qui reste à une tarification par médicament.
Les tarifs forfaitaires ne sont pas les mêmes en raison d'une part des circonstances locales et d'autre part du comité de gestion.

Tarifs forfaitaires "modules":
selon les médicaments reçus
selon soit comprimés soit injectables
et enfant/adulte

Le tarif forfaitaire unique n'a été essayé que dans une structure à la demande du comité de gestion.En fait au bout de deux mois le comite a introduit le tarif forfaitaire modulé car il a consté une fuite des petits traitements;on obtenait ainsi un effet pervers:encouragement des gens à acheter les produits aux marchands ambulants et traitements tardifs.

1992:-Le comite de Karal decide passer au tarif forfaitaire

La mise en place du tarif forfaitaire dans nos structures s'avère globalement positive bien qu'on ait constaté une augmentation de la consommation de médicaments à Baro et Dadouar.

Les tarifs forfaitaires avaient été établis sur la base d'un tarif moyen 250 CFA par nouveau cas.

En 1993 on a modifié les charges à couvrir,chaque infirmier a établi le budget annuel de son dispensaire et il a calculé des nouveaux tarifs à l'épisode modulé:

Tarif 1: un seul médicament ou traitement du paludisme
pansements simples

Tarif 2: le reste de traitements
sutures,bandages,etc

et pour enfant et adulte.

Tarifs pour les soins préventifs.

Dans certains dispensaires il y a un tarif différent pour les non cotisants.

En accord avec les comités les nouveaux tarifs sont appliqués à Baro,Dadouar,Ouled-Beli et M'Barlet.Pour les autres dispensaires ils sont à l'étude.

3.3.-Cotisations

Elles fonctionnent surtout à Wallia;mais nous devons évaluer l'expérience.

A Sidjé et à Ouled Beli,les cotisations n'ont pas de succès. Elles ont été supprimées dans ce dernier.

Pour les nouveaux dispensaires nous avons décidé, pour le moment,de faire une seule cotisation pour la construction du dispensaire qui est d'une certaine façon un contrat avec le centre.

3.4.-Les subventions programmées sont suspendues

3.5.-Système de non payants

C'est une question qui demeure pour l'instant sans solution véritable.

Seuls les dispensaires de Baro et Dadouar ont eu des dettes,mais celles-ci ne proviennent pas forcement des "indigents".

En fait, le problème n'a jamais été discuté vraiment à Karal, Sidjé,Guitté,comme si la population estimait qu'il y a toujours moyen de trouver l'argent:c'est la mise en jeu des mécanismes d'entraide sociale traditionnelle.

A Wallia le problème a été abordé plusieurs fois et le comité a réfléchi aux moyens à mettre en oeuvre;mais même là ce qui cree le plus de difficultés ce n'est pas la question des indigents mais celle des élèves.

A M'Barlet, le comité a décidé que les indigents seront traités gratuitement,mais ils doivent se présenter avec le chef de village.(Le dispensaire a ouvert il y a un mois)

Nous sommes d'avis de laisser la communauté identifier les personnes qui necessitent une aide pour accéder aux soins et l'aider à trouver des solutions pour y repondre.

4.-CIRCUIT FINANCIER

Nous avons constaté le besoin d'ouvrir un compte en banque (ou autre) au nom du comité,mais il n'est pas toujours facile pour les dispensaires de brousse.

5.-ETAPES REALISEES POUR ARRIVER AU DEMARRAGE

Importance:

-d'une bonne sensibilisation et d'un comité compètent et représentatif.

-d'une bonne définition des responsabilités(statut,règlement intérieur,contrats)

-d'associer la gestion de l'argent à une participation effective aux décisions portant aussi bien sur les questions financières que sur les orientations des activités de santé

6.-OUTILS DE GESTION

Modifications:1993

-planification annuelle détaillée des activités (objectifs,stratégies,calcul charge de travail,etc) faite par l'infirmier
-budget previsionnel annuel (fait par l'infirmier)
-modifications de la feuille de bilan (en cours)
-introduction des tikets-quittance (en expérience à M'Barlet)
-ouverture d'un compte en banque ou autre au nom du comité
-nouveaux statuts et contrats pour les comités

7.-COUTS EFFECTIVEMENT COUVERTS PAR LES RECETTES

Tableaux en annexe
Pour plus d'information voir Mémoire du Dr Jegaden

En 1992 tous les dispensaires ont couvert les charges visées,et le dispensaire de Dadouar a remboursé les dettes.
L'information détaillée n'est pas encore disponible

En 1993 nous avons modifié les charges visées par le co-financement communautaire:

1.-médicaments et matériel renouvelable
2.-dépenses courantes de fonctionnement
3.-entretien des bâtiments avec les matériaux locaux
4.-indemnités du personnel non qualifié

+ en 93:

5.-papeterie et renouvellement des fournitures de bureau
6.-petit matériel (en dehors du équipement initial)
7.-fonctionnement (carburant) du deux roues servant aux activités

Nous avons aussi supprimé les véhicules (Karal et Bokoro) et doté les infirmiers de motos.

8.-INDICATEURS DE SUIVI

En 1993 on aura un gestionnaire à temps plein à la cellule santé pour épauler le medecin coordinateur et améliorer la recherche.

9.-PROBLEMES

-La fréquentation faible
'solution:selon les causes

Attention aux dispensaires sans personnel qual [illegible] ne sont pas prêts à payer pour rien...

-L'augmentation de la consommation des medicaments avec le passage au tarif forfaitaire(en absence du comité de gestion)
'suggestions:-stratégies diag/trait
-comité de gestion
-supervision

-Excès de tarifs(pour souci de justice et.acceptabilité)=contrôle très difficile.
'Suggestions:-sensibilisation sur la solidarité
-calculs "justes" à partir du budget
-Tarif 1 et 2 et pour adulte/enfant

-Les dettes et les indigents
'suggestions:-impliquer le comité

-Le désintéressement et le gaspillage de la part du personnel de santé
'suggestions:-comités de gestion
-formation
-supervision

-Les mauvaises saisons:sécheresse,crickets,salaires impayés au fonctionnaires...

-Les gens sont prêts à payer pour leur santé, mais nous ignorons toujours ce qu'ils peuvent payer et ce qu'ils sont prêts à payer.
'suggestion:-comités représentatifs + assemblée générale

-La représentativité du comité de gestion:décisions...
'suggestions:-contrôle par le comité de santé et l'assemblée
-suivi,supervision

-La capacité technique du comité de gestion (surtout en brousse)
'suggestion:-formation à la gestion et à l'animation

-Liberté de décision du comité qui comporte un risque
'suggestion:-fixer les bornes pour garantir la qualité des soins et le rôle de la structure de santé
-relations de partenariat véritable entre le comite de gestion et l'organisme d'appui

-La perte de confiance de la part de la population si les ruptures de stock sont fréquentes ou les médicaments trop chers.

CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES RETENUES 1988

	BARO	DADOUAR	KARAL	SIDJE	GUITTE	WALLIA
Préfecture	Guéra	Guéra	Chari-Baguirmi	Chari-Baguirmi	Chari-Baguirmi	Chari-Baguirmi
niveau de la structure	D1	D2 puis D1	D1	D2	D2	D2
distance à une structure D1	-	30 km	-	35 km	12 km	5 km
distance au centre de référence	60 km	30 km	100 km	100 km	100 km	15 km
population de 0 à 10 km	8 247	11 852	3 839	3 477	3 724	1800 (*)
date de création	vers 1957	vers 1950	1984/85	1985	1986	19/1/90
origine	mission catho.	[illegible] catho.	SECADEV + population	population SECADEV	population SECADEV	population SECADEV
comité de gestion	non	non	oui	oui	oui	oui
année de la mise en place de la participation financière aux soins	1987	1987	1986	1986	1986	19/1/90
PERSONNEL : I.D.E.	1	non	1	non	non	non
Inf.Breveté	non	1	1	non	non	non
auxiliaire	1	1	non	1	1	1
manoeuvre	1	1	1	non	non	non
gardien	non	non	1	non	non	1
Possibilité d'héberger les malades au dispensaire	oui	oui	non	non	non	non

(*) Wallia centre seulement

COMPTES DE GESTION

Dispensaire de _____

Du _____ au _____

ENTREES DU MOIS

Consultations curatives	=
Laboratoire	=
Hospitalisés	=
Pansements	=
Consultations préventives	=
Carnets	=
Remboursements malades	=
Cotisation	=
Subvention SECADEV	=
Autres	=
TOTAL ENTREES	=

SORTIES DU MOIS

Aide-infirmier	=
Manoeuvre	=
Gardien	=
Remboursements impayés salaire	=
Matrones	=
Fournitures (bio, cahier, savon..)	=
Entretien (eau, gaz, ...)	=
Entretien deux roues	=
Commande médicaments	=
Rbt impayés médicaments	=
Autres	=
TOTAL SORTIES	

DEFAVORABLE DOCUMENT

SITUATION DU MOIS PRECEDENT

Solde caisse =

Impayés salaires =

Impayés médicaments =

SITUATION DU MOIS ACTUEL

Solde caisse =

Impayés salaires =

Impayés médicaments =

Dettes des malades =

ÍBELLE	ENTREES	SORTIES	SOLDE	CONS	PSS	HSP	RBIS	DIVERS		ENTRETIEN	INDEMNITE	PETIT MATERIEL	2 ROUES	PAYEMENT MOIS	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Report			0												
insultations	66220		66220	66220											
pansements	6465		72685		6465										
Hospitalisations	5500		78185			5500									
enlèvements	1610		79795				1610								
urnets	450		80245					450							
dentité Rosalie		10000	70245								10.000				
uniteus		1550	68695									1550			
u		400	68295							400					
ypements medicaux		68295	0											68295	
Consultations	61115		61115	61115											
ansements	5125		66240		5125										
hospitalisations	4750		70990			4750									
enlèvements	365		71355				365								
urnets	50		71405					50							
dentité Rosalie		10000	61405								10.000				
uniteus		1850	59555									1850			
u		350	59205							350					
ures		3000	56205								3000				
ypements malts		56205	0											56205	

BEST AVAILABLE DOCUMENT

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
PREFECTURE SOCIO-SANITAIRE
OUADDAI

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

SENSIBILISATION DES QUARTIERS D'ABECHE EN VUE DE L'ELECTION DES MEMBRES DES COMITES DE SANTE

I-LES ZONES DE RESPONSABILITE DE LA VILLE D'ABECHE

La ville d'Abéché est divisée en 6 zones de responsabilité comprenant chacune plusieurs quartiers:

-Dispensaire islamique: Bornou, Zéribé Haoussa, Djelaba Facher, Djelaba Kébé, Tizano, Kotoko, Zéribé Lobc Dabanair Ouaddaï, Dabanaïr Arabe, Hilélé, Zéribé Abbas, Agat Chawaye.

-Dispensaire Ahmed El Bédawi: Hardal Habaïb Dougouri (Kinine, Ouled Souleimane), Ahmed El Bedawi, Zabadia, Agad Rachid 1,2,3, Warnaniye, Kabartou, Momiye, Agat Chawaye.

-Dispensaire Taïba: Amsoudourié 1, Amsoudourié 2, Taïba, Bendjedid nord, Kamina 1, Kanembou, Kamina 3.

-Zone du centre social: Djarmaye, Djatinié 1, Chigal Fakara, Zongo, Mosquée (Imamié).

-Zone Salamat: Agat Mahmit, Agat Birich, Sarah, Adja Torodona, Salamat 1, Salamat 2, Djinéné Fog Djimtata 1, Djimtata 2, Djimtata 3, Baguirmi Djinéné Trouk.

Zone Kamina: Haï Al Matar, Kamina 2, Kamina Chalang, Bendjedid Sud, Ferriqué Chatié.

Cette division permet de repartir le travail entre les infirmiers, et l'argent payé par les malades entre les différents dispensaires, c'est à cause de cela qu'on demande à chaque personne malade de se faire soigner dans le dispensaire de sa zone de responsabilité, l'argent qu'il paie servira à mieux faire fonctionner son dispensaire; c'est seulement ceux qui n'ont pas de dispensaire dans leur zone qui ont la possibilité pour le moment d'aller se faire traiter dans le dispensaire le plus proche.

Quand l'infirmier n'arrive pas à soigner le cas, il va décider lui même sans pression du malade de l'envoyer à l'hôpital (ancien dispensaire) pour être consulter par le médecin.

II-SITUATION ACTUELLE DES DISPENSAIRES

Pour ouvrir un dispensaire, il faut construire le bâtiment, former et payer le personnel, acheter les tables, les bancs, les chaises, le tensiomètre, le thermomètre, les médicaments, les bics, les balais, les cahiers, l'eau, ect...

La construction est faite par l'état, ou l'aide extérieure, ou la population elle même

Les médicaments sont fournis par l'aide extérieure et vont bientôt être réduits.

Le personnel est payé par l'état mais d'une façon irrégulière.

Les meubles et les instruments de travail sont fournis par l'état ou l'aide extérieure.

Le savon, les bics, les cahiers, les balais, ect... ne sont fournis par personne.

*

En face de cette situation, l'état a décidé de faire payer les soins par la population, et l'argent reçu sera géré par les représentants de la population elle-même (comité de gestion) pour payer ce qui manque (menues dépenses de fonctionnement, prime au personnel, imprimés...), cela permettra aux dispensaires de mieux fonctionner.

III-RECOUVREMENT DES COUTS

Dès que le système sera mis en place, on demandera au malade de payer les tarifs suivants:

Tarif dispensaire:

-Carnet: 100 Frs
-Ticket Adulte:250 Frs
-Ticket enfant: 125 Frs
-Ticket élève: 125 Frs
-Ticket accouchement: 500 Frs
-Indigent et leur famille: gratuit
-Membres des comités de gestion et leur famille: gratuit

Tarif Hôpital

-Ticket consultation directe adulte: 2000 Frs
-Ticket consultation directe enfant: 1000 Frs
-Ticket conventionné: 250 Frs
-Ticket personnel de santé: 250 Frs
-Ticket accouchement maternité: 500 Frs.

On paie la même somme, quelque soit la maladie et on est soigné pendant 7 jours, sauf les tuberculeux, les lépreux, et autres cas chroniques à préciser par les médecins.

V- ETAPES POUR ARRIVER AU DEMARRAGE DU RECOUVREMENT DES COUTS

V-1- Sensibilisation

-Une mission de prise de contact et de recueil d'informations pour une étude de faisabilité sur la mise en place d'un système de recouvrement des coûts de la santé a eu lieu à Abéché du 08 au 13 Octobre 1988 par Florence PASNIK.

-En juillet 1991, le recouvrement a fait l'objet d'un débat au cours d'une réunion du conseil préfectoral de santé.

-La vraie sensibilisation a débuté au début de 1992 avec l'arrivée de Mlle Anne Nicolay, assistante technique pour le volet recouvrement des coûts Abéché.

-Le 13 février 1992, au cours d'une réunion du comité de direction de la préfecture du Ouaddaï, Mlle Anne Nicolay a présenté le programme du recouvrement des coûts suivi de discussions.

- En Mars 1992, prise de contact avec les autorités suivi d'un conseil de santé préfectoral consacré essentiellement au recouvrement des coûts, auquel ont assisté le Dr. Isaline Greindl, coordonnatrice médicale du VI' FED, Mr. Patrice Pillet, conseiller à la délégation CEE et Mr. Borkam Yamadjibaye, homologue pour le recouvrement des coûts (rc).

-Après avoir consacré le mois de mai à la sensibilisation et à la mise en place des comités de gestion, avec l'équipe préfectorale de santé, en milieu rural: Abougoudam, Abkhouta et Chokoyane, elle est revenue à Abéché pour continuer la sensibilisation.

-Le 11 Juillet 1992, le délégué socio-sanitaire et Mlle Anne Nicolay ont eu une rencontre avec les chefs de quartiers à la mairie d'Abéché (voir annexe 2).

-Après le départ de Mlle Anne Nicolay en fin Juillet le délégué socio-sanitaire et son conseiller ont pris en mains les activités de sensibilisation.

- Le 05 octobre, réunion avec les chefs de quartiers, le Sultan et le Maire pour leur communiquer le calendrier de sensibilisation dans les quartiers (voir annexe 3).

-Du 05 au 20 octobre, sensibilisation par quartier (voir annexe 4).

-Le 22 octobre, un conseil préfectoral de santé servant pour la sensibilisation de ses membres a eu lieu en présence du Dr. Isaline Greindl.

-Une réunion de sensibilisation au rc du personnel hospitalier a eu lieu le 07 janvier 1993 dans la salle de réunion de l'hôpital.

-Dans la semaine du 04 au 10 janvier une sensibilisation de toute la ville par des affiches, des notes circulaires, des communiqués radio, des crieurs publics a permis de préciser la date du démarrage effectif du recouvrement des coûts, du circuit des malades et des tarifs.

V-2-Formation

-Du 30 octobre au 04 novembre, a eu lieu dans la salle de réunion de la PSS la formation des 6 comités de gestion correspondant aux 6 zones de responsabilité de la ville d'Abéché (voir annexes 5, 6, 7, 8).

-Au niveau de l'hôpital, 2 réunions de 2 heures chacune ont permis de former le comité de gestion de l'hôpital (voir annexe 9).

V-3-Réorganisation des services.

Au niveau de l'hôpital, on a procédé, en Juillet, à la séparation physique du 1' et du 2' échelon et à l'organisation de la consultation de référence.

Au niveau des css urbains, il est prévu pour le mois d'avril, avant de commencer à donner les primes au personnel, de faire une étude de charge de travail, de définition des postes et le redéploiement du personnel.

VI-OUTILS DE GESTION

VI-1-Centres socio-sanitaires

VI-1-1-Carnet

VI-1-2-Tickets (document 1).
-Ticket enfant
-Ticket adulte
-Ticket indigent
-Ticket accouchement

VI-1-3-Cahier de caisse du dispensaire (document 2).

VI-1-4-Cahier de menues dépenses du dispensaire (doc 3)

VI-1-5-Cahier de caisse du trésorier (doc. 4).

VI-1-6-Cahier de dépenses de fonctionnement sur la caisse du comité de gestion (doc. 4A).

VI-1-7-Cahier de banque du comité de gestion (doc. 4B).

VI-1-8-Feuille mensuelle de gestion financière (docu. 5

VI-1-9-Commande de médicaments (doc. 6).

VI-2-Consultation de référence et maternité

VI-2-1-Carnet

VI-2-2-Ticket accouchement maternité

VI-2-3-Ticket consultation directe enfant

VI-2-4-Ticket consultation directe adulte

VI-2-5-Ticket conventionné

VI-2-6-Cahier de caisse de la consultation de référence (Doc. 2CR)

VI-2-7-Registre de consultation 2° échelon (doc. 3CR)

VI-2-8-Cas référés par mois dans les dispensaires urbains (doc. 4 CR)

VII-COUTS A COUVRIR PAR LES RECETTES (ET AUTRES COUTS A COUVRIR PAR QUI)

Voir tableau ci-dessous:

RUBRIQUES DE DEPENSES	AUTOFINAN-CEMENT	AUTRES
FRAIS FIXES		
-Investissement de départ	0 %	100% Etat, ONG, FED
-Amortissement	0 %	100% idem
-Entretien: bâtiment, moyen roulant, mobilier,matériel médical	A déterminer sur base de provision	A déterminer sur base de provision
-Salaire du personnel	0 %	100% (état)
-Perdiem superviseur	0 %	100% (FED)
FRAIS VARIABLES		
-Petit fonctionnement	100 %	0 %
-Prime personnel	100 %	0 %
-Imprimés	100 %	0 %
-Médicaments	30 %	70 % (FED)

CRITERES POUR LE CHOIX DES INDIGENTS DANS LES ZONES DE RESPONSABILITE SOCIO-SANITAIRES DANS LE CADRE DU RECOUVREMENT DES COUTS ELAPORES PAR LE CENTRE SOCIAL

1-Personne âgée sans soutien

2-Veuve sans soutien

3-Orphelin sans soutien

4-Handicapé physique ou mental sans soutien

5-Famille totalement démunie

NB: 1-Etre sans soutien veut dire: ne pas avoir de ressources propres et ne pas avoir de parents qui puissent prendre soins de soi.

2-Etre démuni veut dire: être incapable de subvenir à ses besoins élémentaires (alimentaires, vestimentaires, de logement, ect...).

MEDICAMENTS	278 Frs
SOUCHE	10 Frs
FONCTIONNEMENT dont: Outils de gestion (10 Frs) Provision matériel et bâtiment (51 Frs) Entretien (9 Frs)	70 Frs
CARNET DE SOINS	5 Frs
PRIME	50 Frs
TOTAL PAR NOUVEAU CAS	413 Frs

- Modulation du coût

Le prix forfaitaire dépend de la capacité à payer de la population.

La priorité est donnée aux frais de fonctionnement,du carnet de soins,à la souche et au prime de l'infirmier,c'est-à-dire un montant de 135F.Suivant la capacité à payer de la population,une proportion de frais de médicaments sera recouvrée.

En choisissant que le montant forfaitaire d'un épisode de maladie s'avérant être possible pour la population est de 210F,on aura:

Frais de fonctionnement : 135F
Médicaments : 75F (= 30 %)

Total : 210F

Le poste de médicaments bénéficiera alors d'une subvention de 70 % (195F continueront à être pris en charge par le FED).

- Modulation du tarif

Il y a 3 tarifs :
* Plein tarif pour les adultes : 250F
* Demi-tarif pour les enfants : 125F
* Gratuité pour les indigents.

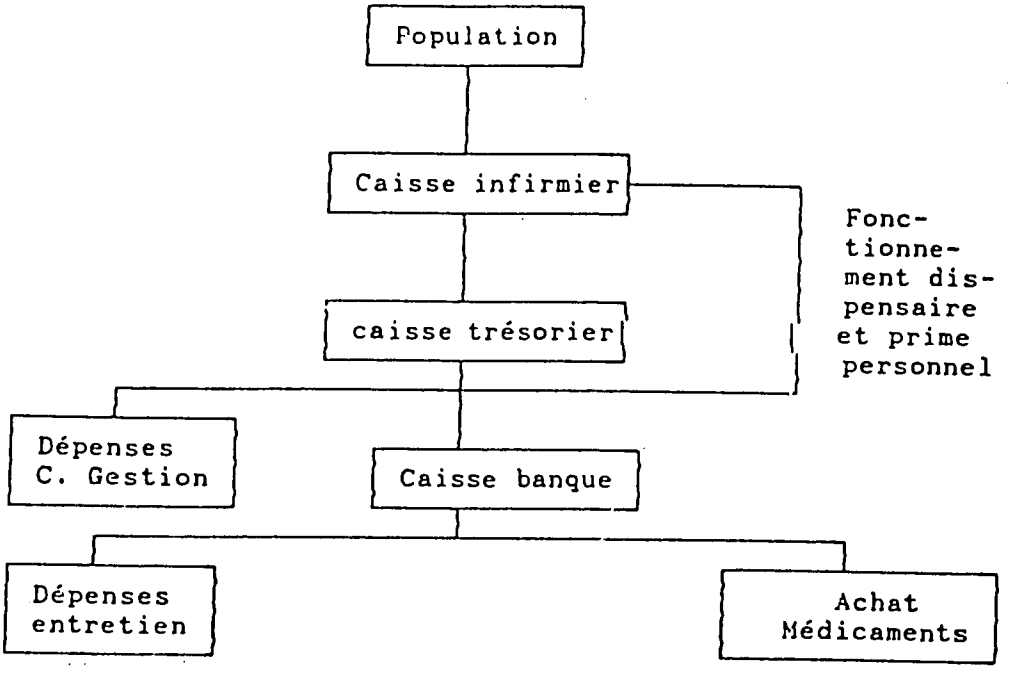
Les enfants représentent 30 % des patients et les indigents: 5 % .

Le tarif des accouchements a été fixé par un arrêté ministériel (MSPAS).

III-3- Système de non payants

Nous avons prévu 5 % d'indigents.Leur recensement a été fait par les comités de gestion en association avec les chefs de quartiers à partir des critères élaborés par le Centre Social (voir annexe 1) .

IV- CIRCUIT FINANCIER (SCHEMA)



- Commentaire du circuit financier

La population paie à l'infirmier pour les soins reçus.
L'infirmier verse cet argent une fois par semaine dans la caisse du trésorier.
Le trésorier :

- L'infirmier doit disposer au début de chaque mois de 5000F pour les menues dépenses du CSS.Le trésorier lui donne la somme nécessaire pour compléter le solde du mois précédent pour atteindre les 5000F.

Le trésorier met à la disposition du comité de gestion une somme de 5000F en cas de nécessité pour les dépenses d'entretien. Au cas où cette dépense dépasse 5000F,il faut au préalable l'accord du médecin superviseur.

Il verse toutes les semaines ou toutes les 2 semaines l'argent à la banque.

Au niveau de la caisse banque,le retrait doit se faire en présence du Président,du vice-président et du trésorier pour l'achat des médicaments et pour les dépenses d'entretien plus importantes.

LA PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE

Annexe 4

L'EXPERIENCE DU DISTRICT SOCIO-SANITAIRE DE BOL

(Présentée par Dr B. TOUNKARA, V.N.U, LAC)

1 - OBJECTIFS

- Assurer la continuité des soins
- Améliorer la qualité des soins
- Responsabiliser la communauté dans la prise en charge des soins.

2 - SITUATION DE L'EXPERIENCE

- Lieu = district socio-sanitaire de Bol
- Nombre de zones de responsabilités = 2 (2 CSS et 10 villages où travaillent des Agents de Santé Communautaires)
- Population cible = ≃ 15.500 (≃ moitié instable)

3 - SYSTEME DE RECOUVREMENT / TARIFICATION

Le type de tarification est le recouvrement par épisode maladie / risque.

---> Les tarifs

	Curatif		Préventif	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
1° échelon	400 F	200 F	400 F CPN+accht	-
N° ASV-AV	200 F	100 F	400 F CPN+accht	-

---> Comment est-on arrivé à ces tarifs ?

- Au niveau du Centre Socio-Sanitaire

* Les coûts des soins de santé et leur répartition entre les différentes parties = Etat - Aide extérieure - population
* Estimation des coûts à couvrir par la population =

	coût/NC	Coût/mois	Observation
Médicaments et consommables	310 F	93.000 F	(300 NC/mois)
Fonctionnement	20 F	6.000 F	
Entretien bâtiment (forfait)	9 F	2.700 F	
	339 F	101.700 F	

(310F = coût/NC dans la zone PS 6è FED en 1990).

Donc le coût à couvrir par nouveau cas est de 339 FCFA.

Quel tarif les enfants doivent payer s'ils doivent payer la moitié du tarif des adultes (t) ?

$$\frac{\quad}{2}$$

(Les consultations enfants sont estimés à 30 % de la consultation totale

Donc on a $339 = (0,30 \times t) + \frac{(0,70 \times t)}{2}$

$339 = 0,85\ t$

t = tarif par nouveau cas adulte = 3,98 x 100 = 400 F

t = tarif par nouveau cas enfant = 400 F / 2 = 200 F

Donc

- Tarif par nouveau cas adulte = 400 F
- Tarif par nouveau cas enfant = 200 F
- Tarif pour suivi grossesse et accouchement = 400 F

- Au niveau Villages où travaillent un ASV et une AV

En se basant sur le calcul du coût en médicament d'un nouveau cas qui varie de 50 à 75 FCFA pour la plupart des traitements, les tarifs suivants ont été retenus :

- Tarif par nouveau cas adulte = 200 F
- Tarif par nouveau cas enfant = 100 F
- Tarif pour suivi de la grossesse et l'accouchement = 400 F

--> Les non payants :

- Les tuberculeux et les lépreux
- L'agent de santé et sa famille nucléaire
- La vaccination

4 - COÛTS A COUVRIR = OBJECTIFS DE RECOUVREMENT

- Le coût de médicaments
- Le coût de fonctionnement du CSS et de l'ASC
- Le coût de rémunération des ASC
- Le coût d'entretien du bâtiment.

NB : Les coûts de supervision de l'équipe de district et de formation, sont prises en charge par le projet ; les salaires des infirmiers, par l'état.

PROJET SANTE DE : _____

VISA DU MEDECIN COORD.LE : _____

FICHE DE SYNTHESE DE CONSOMMATION _____ DE MEDICAMENTS

DENOMINATION		Stock	Entrées	C S	Péremptions	Stock	Rupture/stock	C S /100 H C	Observations
1.- PRODUITS ORAUX :									
Acetyl Salycilique Acid 500 mg	1 000								
Aluminium Hydroxide 500 mg	1 000								
Aminophylline 100 mg	1 000								
Ampicilline 500 mg	1 000								
Ampicilline sirop 125 mg	100 ml								
Charbon 125 mg	1 000								
Chloramphénicol 250 mg	1 000								
Chloramphénicol sirop 125 mg	1 L								
Chloroquine 100 mg	1 000								
Chlorphéniramine 4 mg	1 000								
Chlorpromazine 25 mg	1 000								
Cotrimoxazol (bactrim) 80/400 mg	1 000								
Cotrimoxazol 80 / 400 mg	500								
Cotrimoxazol 20 / 100 mg	1 000								
Cotrimoxazol sirop 40 / 200 mg	100 ml								
Dapsone 100 mg	1 000								
Diazepam 5 mg	1 000								
Diethyl carbamazine 50 mg	1 000								
Ferrous sulfate 200 mg	5 000								
Ferrous sulfate/Folic acid 200/0,25 mg	1 000								

PROJET SANTE DE :

BORDEREAU DE COMMANDE, LIVRAISON ET FACTURE

COMMANDE FAITE LE : _____

LIVRAISON FAITE LE : _____

FACTURE FAITE LE : _____

VISA DU MEDECIN COORD.LE : _____

DENOMINATION	CONDITIONNEMENT	INVENTAIRE	CONSOMMATION	QUANTITE COMDEE	QUANTIT LIVREE	QUANTIT. RECUE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL	REMARQUES
1.- PRODUITS ORAUX :									
Acetyl Salycilique Acid 500 mg	1 000								
Aluminium Hydroxide 500 mg	1 000								
Aminophylline 100 mg	1 000								
Ampicilline 500 mg	1 000								
Ampicilline sirop 125 mg	100 ml								
Charbon 125 mg	1 000								
Chloramphénicol 250 mg	1 000								
Chloramphénicol sirop 125 mg	1 L								
Chloroquine 100 mg	1 000								
Chlorphéniramine 4 mg	1 000								
Chlorpromazine 25 mg	1 000								
Cotrimoxazol (bactrim) 80/400 mg	1 000								
Cotrimoxazol 80/400 mg	500								
Cotrimoxazol 20/100 mg	1 000								
Cotrimoxazol sirop 40/200 mg	100 ml								
Dapsone 100 mg	1 000								
Diazepam 5 mg	1 000								
Diethyl carbamazine 50 mg	1 000								
Ferrous sulfate 200 mg	5 000								
Ferrous sulfate/Folic acid 200/0,25 mg	1 000								

EXEMPLE TARIFS 93. DISPENSAIRE OULED-BEZ

TARIFS 1993

TARIF 1 :	Enfant	125 FCFA
	Adulte	250 FCFA.
TARIF 2 :	Enfant	250 FCFA
	Adulte	500 FCFA.

ACCOUCHEMENT ..... 500 FCFA

CIRCONCISION ..... 1000 FCFA

C.P.N. ..... 100 FCFA

CONS. PREV. ENFANTS ..... 100 FCFA

CARNET ..... 50 FCFA

TARIFS FORFAITAIRES PRATIQUES EN 1990 (1er quadrimestre)

1°) A BARO et DADOUAR (GUERA)

Pas de cotisants, tarif identique pour les enfants et les adultes.

Tarif I = 100 CFA	traitement simple : un médicament, moins de cinq jours.
Tarif II = 150 CFA	autres traitements pour 5 jours
Tarif III= 250 CFA	traitement necessitant des injections ou/et traitement Ampicilline. pour 5 jours
Pansements = 50 CFA	petits pansements
100 CFA	gros pansements pour 5 jours
Hospitalisé= 500 CFA	une semaine

2°) A SIDJE et WALLIA (CHARI-BAGUIRMI)

Existence de cotisants et tarif différent pour les adultes et les enfants. Les enfants de moins de 5 ans paient demi-tarif. Les tarifs sont établis pour cinq jours de traitement.

COTISANTS SIDJE et WALLIA	TARIFS (explicitations)	NON COTISANTS SIDJE	NON COTISANTS WALLIA
	TARIF I		
100	traitement simple un seul médicament sauf suivants	150	200
	TARIF II		
200	deux médicaments ou/ Dysenterie bilharziose antibiotique	300	400
	TARIF III.		
300	traitement triple ou Ampicilline	500	600
+ 100 par inject. à II ou III	en cas d'injection	+ 150 à II ou III	+ 200 à II ou III
100	Pansements (pour 5 jours)	150	200

72

PRECISIONS CONCERNANT LES TARIFS

1993

1.-SOINS CURATIFS

L'épisode de maladie concerne le traitement pendant un maximum de 5-7 jours, sauf traitement de l'anémie (voir instructions)

TARIF 1

Ne comprend qu'un seul médicament parmi la liste suivante:

- -aspirine
- -chloroquine
- -paracetamol
- -hioscine
- -mébendazole
- -indométazine
- -ORS
- -Tetracycline pommade ophtalmique

Une seule exception sera faite pour le traitement du paludisme:la chloroquine et l'aspirine OU la chloroquine et le paracetamol (femme enceinte et autres cas justifiés) pourront être donnés ensemble avec le tarif 1.

TARIF 2: TOUS LES AUTRES TRAITEMENTS

2.- LES PANSEMENTS:

TARIF 1
- -anti-gâle
- -goudron
- -violet
- -petite plaie à désinfecter

TARIF 2
- -suture
- -méchage,incision
- -brûlure
- -pommade antibiotique
- -bandage

3.-AUTRES SOINS:

-Accouchement:inclus le méthergin
-Circoncision:intervention et soins

-CPN:consultations pour toute la grossesse + carte,carnet et le traitement fer,ac folique si nécessaire,pas d'autres traitements en cas de maladie

-Consultation préventive enfant:consultations jusqu'a 4 ans + carte et carnet,pas le traitement en cas de maladie

-Carnet:en plus du tarif des soins
-Hébergement:en plus du tarif des soins
-Urgences traitées en dehors du dispensaire:en plus du tarif

T.4.1. TOTAL DES CHARGES CONSOMMEES EN 1988 ET 1989

REPARTIES SANS TENIR COMPTE DES OBJECTIFS DE FINANCEMENT

(valeurs exprimées en francs CFA)

		Médicaments et Matériel renouvelable	Salaires et indemnités	Entretien travaux, fct.	Total
BARO	1988	699 401	1 691 702	442 478	2 833 581
	1989	547 202	1 794 510	85 923	2 427 635
	1988+1989	1 246 603	3 486 212	528 401	5 261 216
	en %	(23,5 %)	(66,5 %)	(10 %)	(100 %)
	en CFA/NC	121	337	51	509
DADOUAR	1988	416 822	915 966	75 403	1 408 191
	1989	572 391	1 038 519	166 238	1 874 328
	1988+1989	989 213	1 954 485	338 821	3 282 519
	en %	(30 %)	(59,5 %)	(10,5 %)	(100 %)
	en CFA/NC	101	201	35	337
KARAL	1988	371 283	1 164 378	498 284	2 033 937
	1989	312 600	1 612 760	63 021	1 987 881
	1988+1989	683 883	2 777 138	561 305	4 021 818
	en %	(17%)	(69 %)	(14 %)	(100 %)
	en CFA/NC	78	317	64	459
SIDJE	1988	297 782	451 586	46 614	796 082
	1989	224 120	487 198	13 975	725 293
	1988+1989	521 902	938 784	60 589	1 521 375
	en %	(34,5 %)	(61,5 %)	(6 %)	(100 %)
	en CFA/NC	142	255	16	413
GUITTE	1988	256 626	531 791	52 339	840 756
	1989	183 311	499 618	13 685	696 614
	1988+1989	439 937	1 031 409	66 024	1 537 370
	en %	(28,5 %)	(67 %)	(4,5 %)	(100 %)
	en CFA/NC	161	376	24	561

T.4.2. REPARTITION DES CHARGES VISEES PAR LE CO-FINANCEMENT
EN POURCENTAGE DU TOTAL DES CHARGES VISEES
PAR LE CO-FINANCEMENT ET
EN POURCENTAGE DU TOTAL DES CHARGES CONSOMMEES

		Médicaments et Matériel renouv.		Indemnités pers. non qualifié		Entretien...		
		A / D	A / D+E	B / D	B /D+E	C / D	C /D+E	D / D+E
BARO	1988	58,5 %	24,5 %	38 %	16 %	3,5 %	1,5 %	42 %
	1989	48 %	22,5 %	46 %	21,5 %	5,5 %	2,5 %	46,5 %
	1990	51,5 %	-	48 %	-	1,5 %	-	-
DADOUAR	1988	58,5 %	29,5 %	32,5 %	16,5 %	9 %	4,5 %	50,5 %
	1989	58 %	30,5 %	27,5 %	14,5 %	14,5 %	7,5 %	52,5 %
	1990	62,5 %	-	34,5 %	-	3 %	-	-
KARAL	1988	69,5 %	17 %	26,5 %	6,5 %	4 %	1 %	24,5 %
	1989	51,5 %	15 %	46 %	13,5 %	2,5 %	1 %	29,5 %
	1990	49 %	-	48 %	-	3 %	-	-
SIDJE	1988	48 %	36 %	51,5 %	38,5 %	0,5 %	0,5 %	75 %
	1989	41,5 %	30 %	56,5 %	41,5 %	2 %	1,5 %	73 %
	1990	36 %	-	63 %	-	1 %	-	-
GUITTE	1988	38,5 %	29,5 %	60 %	46 %	1,5 %	1 %	76,5 %
	1989	36 %	26 %	62 %	45 %	2 %	1,5 %	72,5 %
WALLIA	1990	49,5 %	-	39,5 %	-	11 %	-	-

N.B.: D = Total des charges visées par le co-financement

D+E = Total des charges consommées

A = Médicaments et matériel renouvelable

B = Indemnités du personnel non qualifié

C = Entretien, dépenses courantes...

T.4.3. TABLEAU COMPARATIF ENTRE LES CHARGES VISEES PAR LE COFINANCEMENT COMMUNAUTAIRE ET LA PARTICIPATION DE LA POPULATION PAR ANNEE ET PAR STRUCTURE, (exprimées en C.F.A. par nouveau cas)

STRUCTURES	BARO			DADOUAR			KARAL			SIDJE			GUITTE		WALLIA
Années	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1988	1989	1990	1988	1989	1990
Nb. nouveaux cas/mois	469	392	352	334	478	450	384	394	412	172	134	142	165	63	405
CHARGES CONSOMMEES VISEES PAR LE COFINT.															
A. médicaments et matériel renouvel.	124	116	162	104	100	140	86	64	35	139	136	97	125	239	88
B. indemnités person. non qualifié	81	111	153	57	47	77	33	57	53	148	186	170	195	410	70
C. entretien/dépenses courantes	7	13	5	16	25	7	5	3	3	2	6	2	5	13	20
D. TOTAL A + B + C	213	241	320	177	172	224	123	124	111	288	328	269	325	662	178
PARTICIPATION															
F + G. participation soins + carnets	110	102	144	89	85	133	125	154	111	245	239	205	202	439	126
I. PARTICIPATION TOTALE	110	102	144	89	85	133	125	154	111	245	260	212	215	490	176
I - D =	- 113	-139	-176	-88	-87	-91	+ 2	+30	0	-45	-68	-57	-110	-132	-2
I - (A + C)	- 21	- 27	- 23	-32	-40	-14	+32	+87	+53	+104	+118	+113	+85	+238	+68

T.4.4. COUVERTURE DES CHARGES PAR LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

en pourcentage des charges visées par le co-financement

et en pourcentage du total des charges consommées

		Participation Totale / Charges visées = I / D	Participation hors cotisat. / Charges visées = I-H / D	Participation Totale / Total charges consommées I / D+E
BARO	1988	51,5 %	51,5 %	22 %
	1989	42,5 %	42,5 %	19,5 %
	1990	45 %	45 %	-
DADOUAR	1988	50,5 %	50,5 %	25,5 %
	1989	49,5 %	49,5 %	26 %
	1990	59,5 %	59,5 %	-
KARAL	1988	101,5 %	101,5 %	25 %
	1989	124 %	124 %	36,5 %
	1990	99,5 %	99,5 %	-
SIDJE	1988	85 %	85 %	63,5 %
	1989	79,5 %	73 %	58 %
	1990	78,5 %	76 %	-
GUITTE (fermé en 1990)	1988	66 %	62 %	50,5 %
	1989	74 %	66,5 %	53,5 %
WALLIA (ouvert en 1990)	1990	99 %	70,5 %	

6 - ETAPES

1) - Construction avec participation de la population des 2 centres socio-sanitaires
2) - Sensibilisation portant sur les comités de santé (critères de choix des membres et rôle) et le caractère limité dans le temps des appuis extérieurs.
3) - Mise en place des comités
4) - Sensibilisation sur la participation financière de la population aux soins de santé (recueil des points de vue)
5) - Conception du système par l'équipe de santé.
6) - Discussion du document avec la population, suivie de révision;
7) - Explications sur comment utiliser les outils de gestion du personnel impliqué.
8) - Démarrage.

7 - OUTILS DE GESTION

- Ticket
- Fiche de état de versement
- Situation de versement au compte CCP
- Fiche de suivi des recettes
- Registre
- Carnet de reçu.
- Chéquier
- Outils de supervision
- Compte-Rendu de réunion.

8 - INDICATEURS DE SUIVI

---> financier

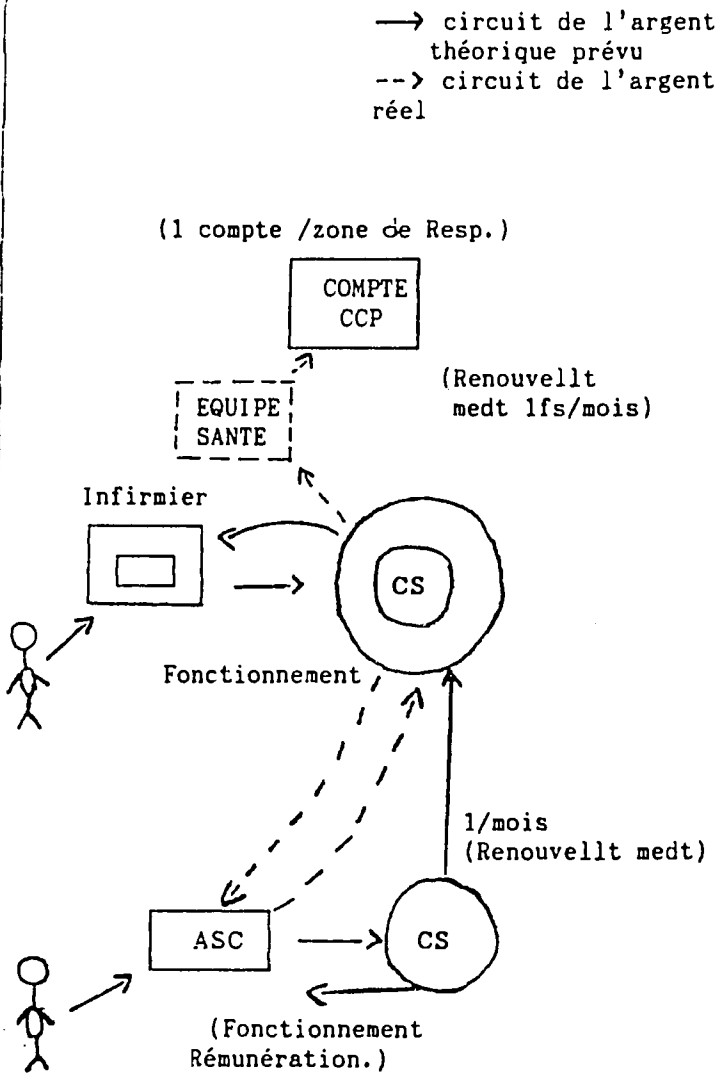
* Relevé de compte CCP de la zone de Resp.
* Taux de couverture des coûts à couvrir
* Evolution dans le temps des recettes.

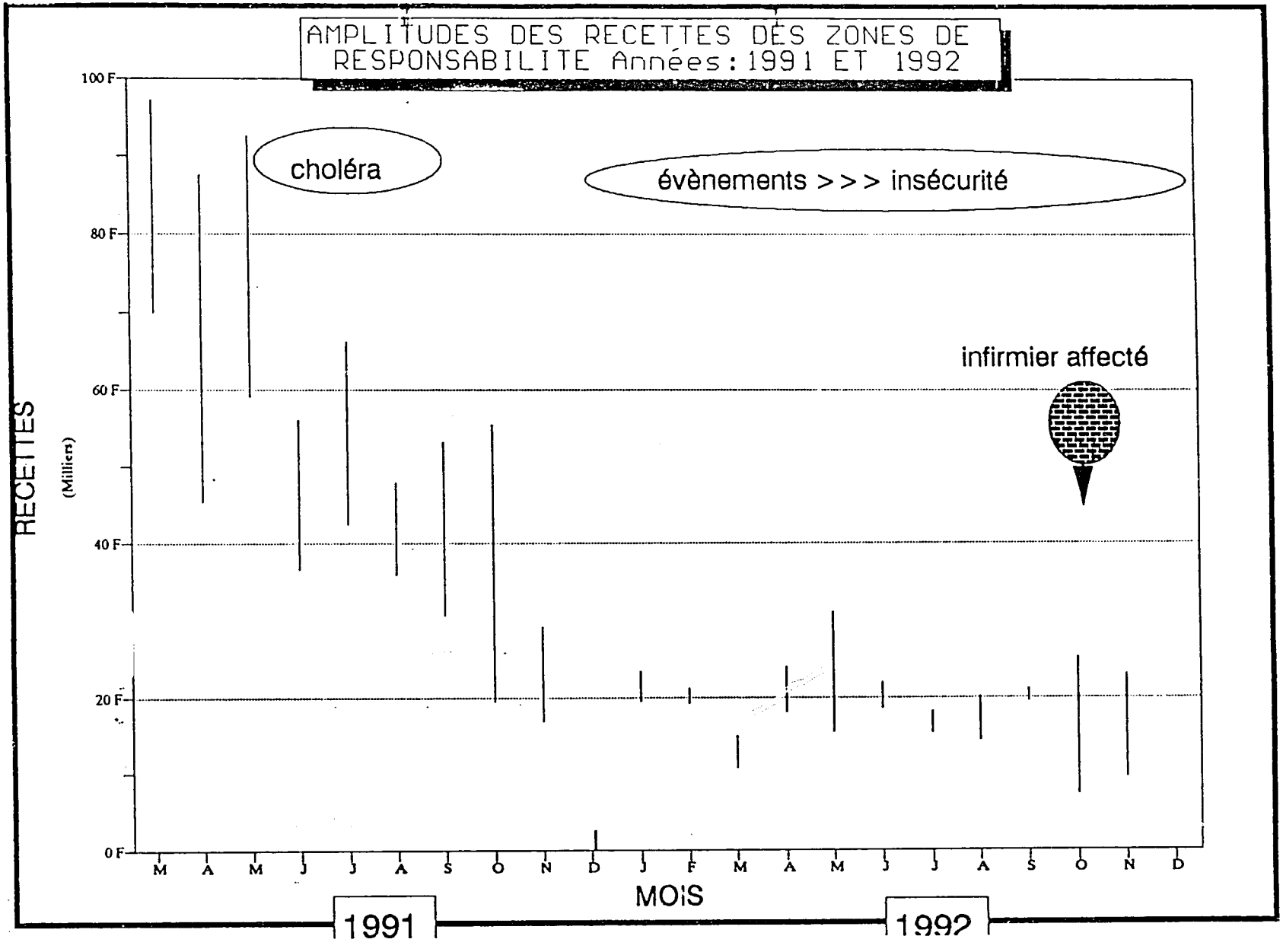
---> qualité des soins

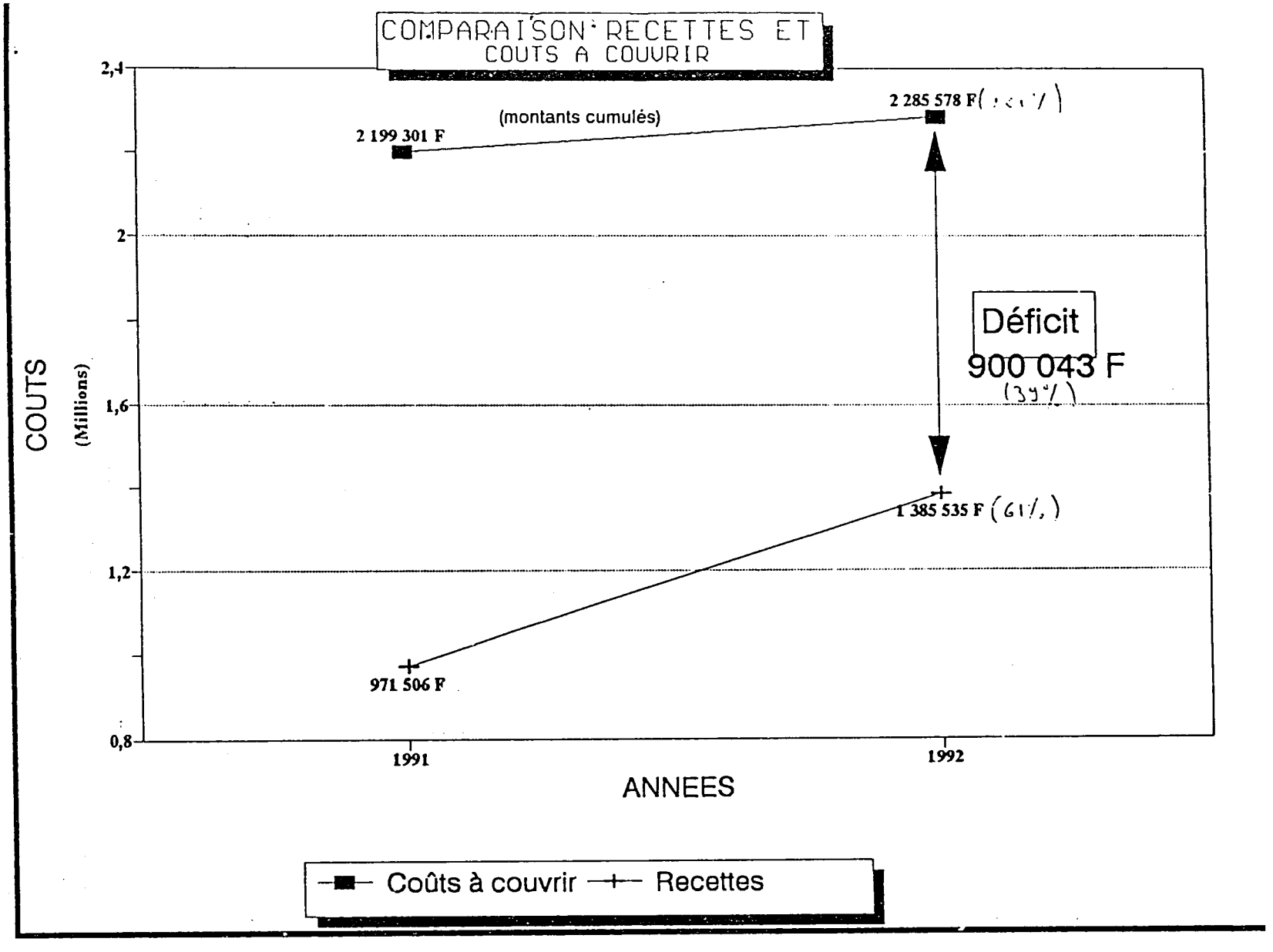
* Les indicateurs de qualité de soins ont été élaborés aussi que les procédés de récolte et d'analyse.
* Consommation en médicaments comparés à celle faite à partir des souches de tickets.

9 - RESULTATS

5 - CIRCUIT FINANCIER

Niveau	Circuit
INTERNATIONAL NATIONAL INTERMEDIAIRE (préfecture) DISTRICT Zone Responsabilité Villages	


AMPLITUDES DES RECETTES DES ZONES DE RESPONSABILITE Années: 1991 ET 1992
RECETTES
(Millier)
100 F
80 F
60 F
40 F
20 F
0 F
choléra
évènements >>> insécurité
infirmier affecté
M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D
MOIS
1991
1992


COMPARAISON RECETTES ET
COUTS A COUVRIR
COUTS
(Millions)
2,4
2
1,6
1,2
0,8
(montants cumulés)
2 199 301 F
2 285 578 F
Déficit
900 043 F
(39%)
1 385 535 F (61%)
971 506 F
1991
1992
ANNEES
Coûts à couvrir
Recettes

10 - PROBLEMES

- Equité dans l'application du recouvrement dans le district.
- Diminution du taux de fréquentation car tarifs reçus comme étant inaccessibles.
- Fuite des médicaments
- Personnel peu motivé
- Retards de versement
- Existence d'autres circuits d'approvisionnement en médicaments (marché <--> Nigéria <-- autres projets)
- Déviation cas simple vers autres circuits de soins (marché)
- L'insécurité.

REPUBLIQUE DU TCHAD

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

SECRETARIAT D'ETAT

DIRECTION GENERALE

PROJET SANTE VIIè FED

REUNION DE REFEXION SUR LA PARTICIPATION FINANCIERE DE LA POPULATION AUX SOINS DE SANTE

(5 au 8 avril 1993)

Annexe 5

I - OBJECTIFS

- Mettre en commun les expériences de participation financière de la Population aux soins de santé en zones sahéliennes
- Discuter des différents problèmes et tendre vers une certaine standardisation des expériences

II - PRESENTATION DE CHAQUE EXPERIENCE

- Lac
- Ouaddaï
- Secadev (Guera et CHB rural)

Propositions initiales

1- Objectif(s) de la participation financière de la population aux soins de santé
2- Situation de l'expérience (population civile - nbre de ZR)
3- Système de recouvrement/tarification ----> curatif
----> préventif
+ Comment êtes-vous arrivé à ces tarifs
+ Système des non payants
4- Circuit financier avec schéma
5- Etapes pour arriver au démarrage du recouvrement de coûts
+ Sensibilisation/formation de la population
+ (Ré) organisation des services de santé
6- Outils de gestion
7- Coûts à couvrir par les recettes (et autres coûts à couvrir par qui ?)
8- Indicateurs de suivi ----> financier
----> de qualité des soins

Après x mois ou années d'expérience

Quels sont les résultats par rapport :

1- Aux objectifs initiaux
2- A la situation de l'expérience (population cible-nbre ZR...)
3- Au système de recouvrement/tarification ----> curatif
   ----> préventif
   (inclus les non-payants)
4- Au circuit financier réel avec schéma
5- Aux étapes réalisées pour arriver au démarrage du recouvrement des coûts
6- Aux outils de gestion
7- Aux coûts effectivement couverts par les recettes
8- Aux indicateurs de suivi ----> financier
   ----> de la qualité des soins
9- Quels sont les principaux problèmes rencontrés et suggestions.

IV Programme

jour et heure	Thèmes	Responsable
Lundi 5/8		
8h - 8h15	Introduction	Isaline
8h15 - 9h15	Présentation expérience LAC et réponses aux questions d'éclaircissements	Tounkara
9h - 10h15	Présentation expérience OUADDAÏ et réponses aux questions d'eclaircissements	Allarangar et Charles
10h15 - 10h45	Pause	
10h45 - 11h45	Présentation expérience SECADEV et réponses aux questions d'éclaicissements	Isabelle
Mardi 6/8		
8h - 10h30	Objectifs et Etapes pour la mise en place de la planification financière	Isaline
10h30 - 11h	Pause	
11h - 12h	Frais à recouvrir	Dominique
Mercredi 7/8		
8h - 10h	Exercice de tarification et utilisation des fonds	Dominique
10h 10h30	Pause	
10h30 -12h	Gestion et circuit de l'argent	Tounkara
Jeudi 8/8		
8h - 10h	Suivi et monitoring	Isaline/ Tounkara/ Dominique
10h - 10h30	Pause	
10h30 - 11h30	Participation financière au 2° échelon	Allarangar et Charles
11h30 - 12h	Conclusion	

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE
PROJET SANTE VIIe FED

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

Annexe 6

RAPPORT SUR LE RECOUVREMENT DES COUTS
DANS LE CADRE DU PROJET SANTE VIème FED

Ce rapport est produit dans le cadre du contrat d'assistance technique A.E.D.E.S. Il n'engage ni la responsabilite du Ministère de la Sante Publique et des Affaires Sociales ni celle de la Delegation de la Commission des Communautes Europeennes.

OCTOBRE 1992

86

INTRODUCTION.

La participation des populations aux soins de santé fait partie des objectifs du ministère de la santé publique et des affaires sociales depuis 1985. Elle s'inscrivait dès le départ dans les perspectives du projet santé VIème Fed.

Après une première phase d'appui à la conception du système, le projet est entré dans une phase opérationnelle de mise en oeuvre au niveau d'une préfecture.

A ce stade il est utile de s'interroger sur ce qui a déjà été réalisé, sur les principaux problèmes rencontrés et d'examiner quelles sont les solutions à envisager et les perspectives à court et à long terme.

Ce rapport est donc un bilan de la situation actuelle, il rappelle l'historique du projet dans ce domaine; rappelle les objectifs et les stratégies proposés et formule des recommandations pour la poursuite du programme.

La mise en oeuvre d'un système de recouvrement des coûts doit s'inscrire dans une démarche de recherche opérationnelle. Seule l'expérience du terrain, les nécessaires ajustements, les évaluations périodiques permettront de tirer des conclusions et d'amener à une généralisation du système.

Dans la démarche en cours il est nécessaire de rester modeste et de garder l'esprit critique.

Les enjeux sont importants et le processus est long et difficile c'est pourquoi il est important de se situer dans un esprit de recherche c'est à dire d'être prêt à identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent; à rechercher les solutions adéquates et à introduire les changements nécessaires en cours de travail.

Les questions suivantes doivent être posées:

- Le financement communautaire des soins de santé au premier échelon accroit il réellement l'autonomie des populations?

- Permet il une répartition plus équitable des charges?

- La qualité des soins est elle améliorée par la mise en oeuvre du nouveau système qui suppose une rationalisation du service?

- Le système est il viable? Rationnel? Gérable?

HISTORIQUE.

L'appui du projet santé VI' Fed au ministère de la santé publique et des affaires sociales pour l'étude et la mise en place d'un système de recouvrement des coûts, s'est déroulé en deux étapes:

1. Pendant une première période de deux ans, un conseiller technique a été mis à disposition du M.S.P.A.S. afin de l'aider à concevoir le système. Il s'agissait d'un appui essentiellement conceptuel qui a permis de définir les grandes lignes du système; ceci à travers l'étude des projets déjà existants, la création d'un comité national de conception d'un système de recouvrement des coûts au Tchad et la concertation entre les différents intervenants ainsi que les responsables nationaux.

Au cours de cette première étape un large consensus s'est dégagé pour un certain nombre de principes essentiels qui ont étés entérinés par l'arrêté n°102 signé le 23 Octobre 1990, conjointement par le Ministre de la Santé Publique et par le Ministre des finances.

Parmi les principes adoptés officiellement on relève:

-Adoption d'un tarif forfaitaire par épisode

-Participation des populations à la gestion

-Possibilité pour les établissements de santé de gérer eux-même les ressources financières reccueillies dans le cadre du recouvrement des coûts.

-Annulation des autres systèmes de perception de taxes au niveau des formations sanitaires.

D'autre principes ont étés retenus mais ne sont pas spécifiés dans l'arrêté:

-Utilisation des recettes en priorité pour les médicaments et pour le fonctionnement.

-Les ressources générées doivent venir en complément et non en substitution du budget national.

L'adoption de l'arrêté 102 a constitué une étape essentielle dans le processus de mise en route du système car même si il n'est pas complet il permet de passer à la phase opérationnelle et d'expérimenter localement le système.

2. La deuxième étape a consisté en une étape opérationnelle de mise en place effective du recouvrement des coûts dans une préfecture.

A cet effet, une assistance technique a été apportée à l'équipe socio-sanitaire de la préfecture du Ouaddai pour une durée de 6 mois et un appui a été apporté au responsable national afin d'assurer la coordination entre les opérations sur le terrain et le niveau central.

L'assistance technique au Ouaddai a permis d'aider l'équipe de santé à définir les principales modalités du système, d'élaborer les outils de gestion, les modules de formation pour les comités de gestion ainsi que pour la consultation de référence.

Le district d'Abéché a été retenu en raison de la présence sur place d'une équipe de santé bien structurée et surtout en raison de la volonté politique manifestée tant par les autorités administratives que par les responsables sanitaires.

Après le départ de l'assistance technique, l'équipe de santé du Ouaddai a décidé de prendre en charge la poursuite du programme et de commencer par mettre en place le système en ville.

Dans un deuxième temps, le système sera mis en place dans 3 dispensaires d'Abéché rural et puis finalement il pourra être étendu à tout le district d'Abéché et au reste de la préfecture.

OBJECTIFS GENERAUX DU SYSTEME

Dans le contexte du projet santé VIème Fed, les principaux objectifs visés à travers la mise en place d'un système de recouvrement des coûts sont d'abord:

- D'améliorer la qualité des soins par une réorganisation des services de santé périphériques: le mode de paiement à l'épisode étant choisi pour favoriser la continuité des soins et la participation de la population étant conçue comme un instrument permettant d'influencer le fonctionnement des services

- D'accroître l'autonomie des populations par une participation directe à la gestion et au financement des services de santé périphériques

- De mieux répartir les charges et de rationaliser la contribution des familles qui existe déjà.

Les hypothèses qui sous-tendent la démarche sont les suivantes:

- La mise en place d'un système de recouvrement des coûts induit la possibilité d'une rétro-action des utilisateurs sur le service de santé. La participation financière de la population aux soins de santé lui donne un droit de regard sur la qualité des soins, sur la gestion du système et l'utilisation des fonds récoltés. -

A travers les comités de gestion, la population ou ses représentants prend part aux décisions et à la gestion des formations sanitaires périphériques (Services de premier échelon et hôpital de district)

- Le choix d'un système de paiement à l'épisode suppose une rationalisation du service, une réorganisation complète qui vise à la continuité, la globalité et l'efficacité des soins.

Le financement des salaires reste donc à charge de l'état et l'imputation des autres frais fixes est à déterminer selon les recettes générées.

Les frais d'investissement continuent à être financés par l'état ou par les bailleurs de fond ou même par la population mais ne sont en aucun cas couverts par les recettes perçues à travers le paiement des soins de santé.

Mode de paiement:

Un mode de paiement forfaitaire "à l'épisode" est proposé:

Toute personne qui se présente dans un service de santé de 1er échelon doit payer un tarif forfaitaire qui lui donne accès aux soins. Ce tarif modulé selon l'âge donne droit à une prise en charge globale pendant 7 jours, c'est à dire: la consultation de l'infirmier, les examens complémentaires si nécessaires, les médicaments, les soins et la consultation de référence si l'infirmier le juge utile.

Tarification:

Il est proposé une tarification modulée selon l'age:

- Enfants de 0 à 4 ans: 125 fr.

- Enfants et adultes de 5 ans et plus: 250 fr.

- Soins gratuits pour les membres du comité de gestion et leur famille (Nucléaire) ainsi que pour les indigents qui seront définis selon une liste établie par le comité de gestion.

- Tarif enfant sera également appliqué aux élèves.

- Accouchements: 500 fr.CFA

- Consultations préventives gratuites.

- Pour les maladies chroniques: lèpre, tuberculose, paiement de la première consultation et ensuite prise en charge gratuite.

Les tarifs sont affichés partout afin d'éviter toute confusion.

En dehors des tarifs affichés, aucune contribution supplémentaire ne pourra être demandée.

Organisation du service de santé:

Mettre en place un système de recouvrement des coûts va de pair avec une organisation rationnelle du service de santé :

Tout d'abord il est nécessaire de bien distinguer les activités de 1er échelon des activités de 2ème échelon et d'éviter les chevauchements. Ceci pour permettre à chaque échelon du système de jouer pleinement son rôle, l'un de service polyvalent privilégiant la continuité, la globalité, l'intégration des soins et le contact avec la population; l'autre de service spécialisé complémentaire au premier.

L'hôpital doit être complètement déchargé des tâches primaires et la consultation de référence doit être assurée par des médecins ou du personnel spécialisé.

Les services de 1er échelon sont tenus par des infirmiers polyvalents et assurent le premier contact avec les patients. Ce sont eux qui jugent de la nécessité d'un recours au 2ème échelon.

L'accès direct à L'hôpital doit être limité aux références et aux urgences.

D'autre part, afin de permettre une gestion claire du système il est indispensable de définir clairement les responsabilités de chacun.

En principe il y a un seul infirmier responsable par service de 1er échelon et c'est lui qui assume la responsabilité du dispensaire et de l'ensemble des activités. Il peut déléguer un certain nombre de tâches.

Si la consultation doit être dédoublée pour des raisons de charge de travail, plusieurs infirmiers peuvent travailler dans le dispensaire mais toujours sous l'autorité du responsable.

C'est lui qui perçoit l'argent des consultations et doit en rendre compte au comité de gestion.

La gestion des médicaments est confiée à cet infirmier.

L'approvisionnement semestriel en médicaments est assuré par la préfecture sanitaire. Après un certain délai de mise en oeuvre du système recouvrement des coûts (6 mois à 1 an) il y aura un paiement préalable de la dotation.

Il y a donc une pharmacie générale pour le dispensaire qui est approvisionnée régulièrement par la pharmacie préfectorale (Tous les 3 mois ou tous les 6 mois) et ensuite chaque prescripteur a une armoire de médicaments approvisionnée à rythme fixe (Tous les mois) à partir de la pharmacie du dispensaire et sur base du profil de consommation établit par 100 nouveaux cas.

On évite ainsi de recréer une pharmacie de détail.

Gestion de l'argent: circuit de l'argent et comités de gestion

L'infirmier perçoit l'argent à chaque consultation et remplit son cahier de caisse à la fin de la journée en fonction du nombre de tickets vendus. Chaque semaine le trésorier du comité de gestion relève la caisse.

C'est le comité de gestion qui gère l'argent et décide de son utilisation. Chaque mois un versement est effectué à la banque ou au compte postal.

Le rôle du comité de gestion est d'abord comptable mais une fois qu'il y aura accumulation de recettes il aura un rôle de gestion puisqu'il aura à décider de l'utilisation de la marge bénéficiaire.

L'argent récolté sera utilisé en priorité pour financer les frais de fonctionnement variables c'est à dire l'achat de médicaments, le petit fonctionnement du dispensaire, les primes d'encouragement au personnel de santé.

Il est proposé pendant les 6 premiers mois de bloquer l'argent. Les dotations en médicaments de la première année seront donc fournies gratuitement et permettront de constituer un fond de réserve.

ETAPES DE LA MISE EN OEUVRE AU NIVEAU DU DISTRICT D'ABéCHé

Choix des lieux

Dans un premier temps le système sera mis en place à Abéché ville. Il est important de situer le système dans une zone homogène. En effet si l'on ne met pas le système en place simultanément dans les dispensaires proches les uns des autres il risque d'y avoir désertion des dispensaires "payants" pour les dispensaires " gratuits".

D'autre part en milieu urbain il est plus aisé de mobiliser les ressources financière étant donné qu'il existe une activité économique plus intense.

La réorganisation des dispensaires urbains et de la consultation de référence a été le préalable indispensable à la mise en place du système.

Il est envisagé d'implanter le système dans le district d'Abéché là où les dispensaires fonctionnent bien et sont accessibles à la supervision dans un second temps.

Réorganisation des services

Une nouvelle organisation des services de santé d'Abéché a été mise sur pied:

Afin de distinguer clairement les activités de 1er échelon et de 2ème échelon, toutes les activités de premier échelon ont été clairement séparées de L'hôpital.

Une consultation de référence a été organisée au niveau de l'ancien dispensaire de L'hôpital. Chaque médecin y consulte à tour de rôle.

Les activités de premier échelon se font dans 3 dispensaires de la ville qui ont étés renforcés avec des infirmiers d'état. Il reste encore 3 zones de responsabilité non couvertes mais déjà un bâtiment a été proposé par le Sultan pour couvrir une 4ème zone de responsabilité.

L'accès direct au médecin est pénalisé par une tarification plus élevée.

Sensibilisation

Dans un premier temps plusieurs réunions ont eu lieu avec Toutes les autorités, avec le conseil de santé préfectoral, avec le personnel de santé et avec la population pour préparer le terrain; expliquer le nouveau système, évaluer la capacité de payer de la population, recueillir des informations sur les habitudes de santé et enfin déterminer les grandes lignes du système.

Ensuite a commencé une période de sensibilisation, quartier par quartier et village par village pour expliquer le concept et choisir les membres des comités de gestion.

Les principales recommandations q' e l'on peut faire au stade actuel sont les suivantes:

Se situer dans une démarche de recherche opérationnelle:

C'est à dire être prêt à identifier les problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent et à rechercher avec l'ensemble des partenaires les solutions adéquates.

Cependant il faudra accepter une période "test" de quelques mois avant de tirer des conclusions et d'amener des changements.

Se situer dans un contexte global de "Système de santé" où la qualité du service de santé importe autant que la viabilité du système de recouvrement des coûts.

Pour cela, le rôle de la direction préfectorale est essentiel et la qualité des services doit rester une préoccupation permanente. Il est indispensable de maintenir un rythme de supervision régulier.

Accepter de tester le système dans le district d'Abéché avant de l'étendre aux autre districts et aux autres préfectures

Après une première étape de définition des grands principes d'un système de recouvrement des coûts au niveau national, le projet est passé à une phase opérationnelle de mise en place du système dans un district . Actuellement il importe de tirer les enseignements de cette expérience du terrain.

La généralisation du système n'est pas une priorité au stade actuel et si les expériences divergent au niveau national leur confrontation permettra de dégager certains principes de base et de distinguer ce qui est reproductible et standardisable de ce qui ne l'est pas.

L'essentiel pour l'instant est de tester le système afin d'en expérimenter en toute objectivité la faisabilité, la viabilité et la réplicabilité.

Dr. Isaline Greindl

La nouvelle équipe par contre a pris les choses en main et grâce à une nouvelle répartition des tâches elle s'est engagée pleinement dans le processus.

Difficulté de susciter une véritable dynamique de participation communautaire dans un milieu où il existe peu d'organisation de solidarité.

La constitution des comités de gestion n'est pas une initiative spontanée de la population: elle a été suggérée par l'équipe de santé préfectorale. Le rôle de ces comités de gestion devrait devenir de plus en plus important bien qu'il soit au départ purement comptable.

Dans une société où la participation communautaire est peu développée, il est Important de se donner le temps et d'établir un contact suivi avec les comités de gestion.

D'autre part, la participation communautaire sera d'autant plus spontanée que le service offert est de qualité et acceptable par la population. Cela suppose que: le personnel est compétent, accueillant, motivé ; cela suppose une supervision régulière par le personnel cadre du district et cela suppose que les infrastructures et les équipements nécessaires sont en place et en bon état.

Enfin les personnes seront disposées à participer réellement si:

- " Elles sont bien informées des enjeux "

- " Leurs aspirations et leurs initiatives sont prises en considération."

- " Les ressources sont utilisées préférentiellement au niveau local."

- " La possibilité leur est accordée de contrôler la bonne gestion des ressources qu'ils ont eux-mêmes mobilisées"*

Instabilité du contexte général social et politique et absence de régularité dans le paiement des salaires.

Dans ce contexte il est peut être plus difficile de rendre la population autonome pour ses soins de santé mais d'autre part la participation demandée n'est pas très élevée et le nouveau système devrait permettre une répartition plus équitable des charges en réduisant les participations qui sont souvent demandées et en permettant aux utilisateurs des services de santé de décider de l'utilisation des fonds récoltés.

* "Le recouvrement des coûts des médicaments" Expression de la participation et de l'équité communautaire? Drs Brédo et Debeugny.

Composition des comités de gestion

Le comité de gestion se compose de représentants de chaque quartiers ou villages de la zone de responsabilité, choisis par la population. Le noyau du comité comprend 4 personnes dont un président, un vice-président, un trésorier et un secrétaire, (l'infirmier). Ces personnes doivent être lettrées en Français ou en arabe.

Les comités ont été constitués après les réunions de quartier.

Formation des comités de gestion

Une formation de 6 jours est prévue pour les 4 personnes responsables du comité. Un module de formation a été préparé, basé sur des exercice pratiques de mise en situation.

Le suivi et la formation continue des comités de gestion seront assurés par l'équipe de santé préfectorale.

Mise en oeuvre

La mise en oeuvre devrait commencer dès la formation des comités de gestion terminée, c'est à dire mi-Novembre 1992. pour la ville d'Abéché et début 93 pour Abéché rural.

Actuellement tout est prêt pour démarrer et la formation des comités de gestion est en cours..

Suivi et monitoring

Le suivi sera assuré par l'équipe de santé préfectorale, appuyée si nécessaire par le responsable national recouvrement des coûts et par le projet santé VIIème Fed.

Le monitoring régulier, à travers la vérification des registres, la rencontre des comités de santé et les supervisions devrait permettre d'identifier à temps les problèmes et de discuter les ajustements nécessaires.

Le conseil de santé préfectoral devrait aussi évaluer régulièrement l'état d'avancement du projet et aider à la solution des problèmes.

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

Au stade actuel il est malaisé de donner déjà des appréciations sur l'état d'avancement du projet.

Cependant certains problèmes rencontrés pendant la phase préparatoire méritent d'être soulignés:

Manque d'appui de la direction préfectorale:

La mise en place du système de recouvrement des coûts s'inscrit, comme nous l'avons vu, dans le cadre plus large du système de santé de district. La participation de l'équipe de santé préfectorale à l'ensemble du processus: conception du système, sensibilisation, formation et suivi est indispensable. Cet appui a fait défaut au départ étant donné le changement complet de l'équipe à cette époque et la charge de travail déjà assumée par les médecins.

- Dans le contexte du VIème Fed, les gens ont étés habitués à un approvisionnement gratuit en médicaments. Cependant ils paient déjà pour leurs soins: achat de carnets (Demi cahiers), tickets de soin, contributions diverses pour les injections ou pour certains actes médicaux.

Le nouveau système ne devrait pas augmenter sensiblement la participation des gens mais plutôt rationaliser son utilisation

En effet, le nouveau système permet d'officialiser tous les tarifs et laisse moins de possibilité de tarification anarchique. De plus il donne à la population un droit de regard sur la gestion à travers le comité de gestion.

- Le nouveau système supprime la cotisation au trésor: tous les fonds récoltés restent au niveau local et sont gérés par le comité de santé ce qui devrait accroître l'autonomie de la population en ce qui concerne l'utilisation de l'argent.

- La responsabilisation des populations vis à vis de leur santé ne doit en aucun cas avoir pour corollaire un désengagement du M.S.P.A.S. .

- Le système n'est valable que s'il est accompagné de mesures d'amélioration de la gestion et de réorganisation sinon il représente une charge en plus pour les familles.

CONCEPTION DU SYSTEME

* Nous ne rappelons que les grands principes adoptés car la conception du système est détaillée dans le document annexe "Conception du système" préparé par l'équipe de santé du Ouaddai.

Le système de recouvrement des coûts s'inscrit dans un système plus large qui est le système de santé basé sur le district sanitaire avec son système de référence et de contre-référence.

Il ne peut donc être envisagé de manière isolée: il vient en complément et en renfort des actions de structuration des districts et en support à la qualité des soins.

Les principes suivants ont étés retenus:

Mode de financement:

Il est proposé un autofinancement partiel du fonctionnement du service de premier échelon et de la consultation de référence: L'argent récolté doit servir en priorité à financer les frais variables c'est à dire:

- les médicaments et le matériel consommable
- Les outils de gestion
- Le petit fonctionnement
- Les primes au personnel soignant

EXEMPLES D'INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS

Annexe 7

Objectif ou hypothèse	Indicateur	Source d'information	Echantillonnage	Plan pour la collecte des données	Plan pour l'analyse des données	Fourniture et équipement (support)	Observations
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock d'un médicament pendant une période de 6 mois	Analyse des fiches d'inventaire de médicaments		Obtenir les fiches d'inventaire de médicaments	Compter le nombre de jour sans rupture de stock d'un médicament divisé par le nombre de jour de la période		
Accessibilité	Pourcentage de population cible située à 5 Km	- Information sur le découpage - Information comité de santé		Obtenir les informations	1-Population cumulée dans les rayons considérés divisée par la population totale. 2-Multiplier le chiffre trouvé par le % de disponibilité		
Utilisation	Pourcentage de la population cible ayant eu au moins un contact avec le service de santé pour consultation curative pendant une période	Analyser les fiches de suivi des ménages et individuelles		- Obtenir la liste des ménages et individuelle	1-Compter le nombre de personnes ayant eu un contact avec le service de santé 2-Diviser le chiffre trouvé par la population cible, multiplier par 100	BEST AVAILABLE DOCUMENT	
Couverture adéquate	Pourcentage de premier contact ayant reçu le traitement pendant une période	Analyser les fiches de suivi de ménages et individuelles et les souches de		- Obtenir la liste des premiers contacts - Obtenir les souches de tickets	Diviser le nombre de personne ayant eu un contact avec le service de santé et ayant reçu un traitement par le		

EEMPLES D'INDICATEURS DE QUALITE DES SOINS

Annexe 7

Objectif ou hypothèse	Indicateur	Source d'information	Echantiollonnage	Plan pour la collecte des données	Plan pour l'analyse des données	Fourniture et équipement (support)	Observations
		pensaire			nombre total d'enfants de 1 à 4ans en milieu d'année		
4.1.7 Le taux de morbidité diagnostiquée spécifique aux maladies courantes	Nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'une maladie durant une période donnée	Analyser les rapports ASV et les rapports du dispensaire	Préciser l'échantillonnage en fonction de la qualité des rapports ASV	Obtenir les rapports Déterminer la population exposée	Diviser le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'une maladie donnée durant une période donnée par la population exposée		La morbidité no diagnostiquée r peut être déter miner que par enquête
4.2 SURVEILLER PERIODIQUEMENT LE BON DEROULEMENT DES ACTIVITES (tous les 6 mois)							
4.2.1 Consultation curative							
- Population cible	Population totale de la zone de responsabilité	Information sur le découpage en zone de responsabilité		Obtenir les documents sur le découpage	Population de la zone de responsabilité divisée par 2		

BEST AVAILABLE DOCUMENT

Objectif ou hypothèse	Indicateur	Source d'information	Plan pour collecte des données	Plan pour l'analyse des données	Fourniture et équipement (support)	Observations
		ticket		nombre de premier contact x 100		
. Couverture effective	Pourcentage de premier contact ayant reçu le traitement conforme aux instructions (arbre décision) pendant une période	Analyser les souches des tickets des premiers contacts	Idem	Diviser le nombre de premier contact ayant reçu un traitement conforme aux instructions par le nombre de premier contact ayant reçu un traitement x100		
1.2.2 Vaccination des enfants						
Population cible	Nombre d'enfants de moins d'un an pendant une période (6 mois)	Analyser information issue du découpage	Obtenir les documents du découpage en zone de responsabilité	Population de la zone de responsabilité x taux de natalité divisé par 2		
Disponibilité	Pourcentage de temps sans rupture de stock de vaccin du PEV	Analyser les fiches de stock de vaccins	Obtenir les fiches de stock de vaccin	Compter le nombre de jours sans rupture de stock de vaccins divisé par le nombre total de jour de la période x 100		
Accessibilité	Pourcentage de la population cible vivant à 2km d'un centre fixe de vaccination ou d'une stratégie avancée	Analyser les informations du découpage et les informations connées par le comité de santé	Obtenir les informations	1-Population cible cumulée vivant dans les rayons considérés divisée par la population cible totale; 2-Multiplier le chiffre trouvé par le pourcentage de disponibilité		

BEST AVAILABLE DOCUMENT