

PN ABCW-442-  
955-65



**Health  
Financing  
and  
Sustainability  
Project**

**Note technique 25F**

**COMPTES RENDUS DES  
RAPPORTS SUR L'ASSISTANCE TECHNIQUE :**

**FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE ET  
SYSTEMES DE RECOUVREMENT DES COUTS  
EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE  
(1986-1993)**

**Soumis à :**

**Mission de l'USAID en République centrafricaine  
et  
Office de la santé,  
Bureau de recherche et de développement  
Agence des Etats-Unis pour le développement international**

**Keith McInnes  
Abt Associates Inc.  
Septembre 1993**

**Health Financing and Sustainability Projet (HFS)  
(Projet de financement et de pérennisation des soins de santé)**

**Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre  
4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 U.S.A.  
Tél : (301) 913-0500 Fax : (301) 652-3916**

**Management Sciences for Health, Sous-traitant  
The Urban Institute, Sous-traitant**

**AID Contrat No DPE-5974-Z-00-9026-00**

## REMERCIEMENTS

Ce document a bénéficié des commentaires et de la coopération des auteurs dont les rapports sont résumés ici. En outre, le Mme Charlotte Leighton a aidé à organiser et à développer le document, et fourni de nombreux commentaires utiles pendant sa rédaction. Evelyne Laurin a contribué à la production finale en passant en revue les constatations et recommandations. Les erreurs et omissions sont la seule responsabilité de l'auteur.

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX . . . . .	iv
1.0 INTRODUCTION . . . . .	6
2.0 RESUME DES CONSTATATIONS . . . . .	9
3.0 RESUME DES RECOMMANDATIONS . . . . .	19
4.0 EVALUATIONS . . . . .	28
4.1 Rapport intérimaire sur les analyses du financement des soins de santé et le recouvrement des coûts . . . . .	29
4.2 Rapport d'évaluation pour la République centrafricaine (Setzer et Weaver, novembre 1990) . . . . .	31
4.3 Rapport de mission préliminaire : République centrafricaine, 24 avril-1er mai 1993 (Makinen, avril 1993) . . . . .	35
5.0 EXAMEN DES PROGRAMMES DE RECOUVREMENT DES COUTS . . . . .	40
5.1 Etude de faisabilité sur la mise en oeuvre d'un Système de contribution des ménages au financement des soins de santé . . . . .	41
5.2 Compte rendu de l'Atelier sur le financement des soins de santé en République centrafricaine . . . . .	45
5.3 Système actuel de recouvrement des coûts des soins de santé en République centrafricaine, HFS Note technique No 15 . . . . .	49
6.0 ANALYSE DE LA CAPACITE ET DE LA VOLONTE DE PAYER LES SERVICES SANITAIRES . . . . .	54
6.1 Le recouvrement des coûts en République centrafricaine : Résultats de deux enquêtes préliminaires et de certains interviews . . . . .	55
6.2 Volonté de payer la survie des enfants : résultats de l'Enquête nationale en République centrafricaine, Rapport technique . . . . .	58
7.0 ANALYSE DES COUTS ET PRIX DES SERVICES DE SOINS DE SANTE . . . . .	65
7.1 Rapport de mission : République centrafricaine . . . . .	66
7.2 Etude préliminaire du financement de l'hôpital communautaire et proposition de tarifs provisoires, Note technique . . . . .	70

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1.1	RAPPORT DES PROJETS HFS ET REACH SUR LES PROGRAMMES DE RECOUVREMENT DES COÛTS EN RCA . . . . .	7
TABLEAU 1.2	CHRONOLOGIE DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ, RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, 1974-1993 . . . . .	8
TABLEAU 2.1	CONSTATATIONS TIRÉES DES RAPPORTS DES PROJETS HFS ET REACH ET DE LA CES SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ EN RCA (1986-1993) . . . . .	10
TABLEAU 3.1	RECOMMANDATIONS DES RAPPORTS DE HFS, REACH ET DE LA CES SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ EN RCA (1986-1993) . . . . .	20
TABLEAU 4.1	ÉVOLUTION DU BUDGET DE L'ÉTAT ET DU BUDGET DE LA SANTÉ EN RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, 1984-1990 . . . . .	33
TABLEAU 5.1	TAUX MOYEN DE RECOUVREMENT DES COÛTS (ET AMPLITUDE) DANS LES FORMATIONS SANITAIRES COUVERTES PAR L'ENQUÊTE . . . . .	51
TABLEAU 6.1	DÉPENSES MOYENNES DÉCLARÉES DES UTILISATEURS DE QUATRE FORMATIONS SANITAIRES DE LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE . . . . .	57
TABLEAU 6.2	VOLONTÉ DE PAYER LES AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ : POURCENTAGE DES PERSONNES INTERROGÉES ET MONTANT MEDIANQU'ELLES SONT PRÊTES À PAYER . . . . .	60
TABLEAU 6.3	EXEMPLES DE LA VOLONTÉ DE PAYER DES AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ . . . . .	61
TABLEAU 6.4	UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ ET DÉPENSES TOTALES PENDANT LE MOIS PRÉCÉDANT L'INTERVIEW . . . . .	62
TABLEAU 6.5	CAPACITÉ DE PAYER LES SOINS DE SANTÉ BASÉE SUR LES MESURES DE L'ÉVALUATION CONTINGENTE DE LA VOLONTÉ DE PAYER . . . . .	63
TABLEAU 6.6	CAPACITÉ DE PAYER LES SOINS DE SANTÉ BASÉE SUR LES DÉPENSES ACTUELLES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ . . . . .	64
TABLEAU 7.1	TARIFS SUGGÉRÉS DES MÉDICAMENTS, EXAMENS DE LABORATOIRE ENTRETIEN ET CONSULTATIONS DANS LES FORMATIONS MÉDICALES PUBLIQUES . . . . .	67

TABLEAU 7.2	COÛTS MOYENS DES MÉDICAMENTS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES ET PRIX RECOMMANDÉS POUR LES PROBLÈMES MÉDICAUX COURANTS . . . . .	67
TABLEAU 7.3	COÛTS MOYENS DES FOURNITURES CONSOMMABLES POUR LES EXAMENS DE LABORATOIRE . . . . .	68
TABLEAU 7.4	CALCUL DES COÛTS D'ENTRETIEN DES FORMATIONS SANITAIRES PAR PERSONNE . . . . .	69
TABLEAU 7.5	TARIFS PROPOSÉS DES CONSULTATIONS, BASÉS SUR UNE APPROXIMATION DU TEMPS DE TRAVAIL DU PRESTATAIRE POUR TRAITER LA MALADIE . . . . .	69
TABLEAU 7.6	COMPARAISON DES TARIFS ÉTABLIS DANS LE DÉCRET 91.065 AVEC CEUX DES FORMATIONS SANITAIRES TENUES PAR DES MISSIONNAIRES . . . . .	71
TABLEAU 7.7	COMPARAISON DES TARIFS ÉTABLIS DANS LE DÉCRET 91.065 ET LES COÛTS MOYENS DES SOINS . . . . .	72

## 1.0 INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, le Gouvernement et le Ministère de la santé de la République centrafricaine mettent en oeuvre des réformes dans le domaine du financement des services de santé. Comme leur premier objectif est d'améliorer la qualité et la couverture des services de santé, les décideurs ont essayé de mobiliser davantage de ressources pour le secteur sanitaire. Le Ministère de la santé et les représentants des bailleurs de fonds considèrent que les dépenses actuelles de santé sont insuffisantes pour fournir des soins satisfaisants à la population. Le rapport de 1988 fait état que les crédits totaux du gouvernement et des bailleurs de fonds affectés à la santé se montaient à environ 2.400 francs CFA par tête et par an. Les pénuries de médicaments et de fournitures de base sont faits courants dans les zones urbaines aussi bien que les zones rurales, ce qui entrave la fourniture des services de santé de qualité.

En 1986, le Projet CCCD (Lutte contre les maladies infantiles contagieuses) s'est adressé au Projet REACH (Ressources pour la santé des enfants), financé par l'USAID, lui demandant son assistance pour examiner la participation de la population au financement de ses programmes et d'autres activités du Ministère de la santé. Le Programme REACH a détaché un consultant à court terme et depuis, de nombreux consultants de REACH et plus tard du Projet HFS (Financement et pérennisation des services de santé) se sont rendus en République centrafricaine. Les consultants et leurs homologues du Ministère ont mené plus de 10 études et analyses sur les divers aspects du financement des soins de santé, axées particulièrement sur la mise au point d'un programme de recouvrement des coûts qui exigerait que la population paie une portion du coût des services de santé publics qu'elle utilise.

Ce document résume dix rapports des Projets REACH et HFS rédigés par des spécialistes du financement de la santé. Ils recouvrent de vastes évaluations du secteur sanitaire, des descriptions des programmes et des expériences en matière de recouvrement des coûts actuellement en cours, et les résultats d'une enquête à l'échelon du pays sur la volonté de payer. Le Tableau 1 donne la liste des titres et auteurs des dix rapports par type de rapport et en ordre chronologique. Pour replacer ces rapports dans leur contexte, le Tableau 1.2 fournit une chronologie des événements et des études ayant eu lieu entre 1976 et 1993.

Le reste de ce rapport comporte six sections. Les Sections 2 et 3 résument les conclusions et recommandations, respectivement, des dix rapports qui sont regroupés par sujet et en ordre chronologique. Les autres sections organisent les rapports en quatre catégories : Evaluations (Section 4), Examens des programmes de recouvrement des coûts (Section 5), Analyses de la capacité et de la volonté de payer les services de santé (Section 6) et Analyses des coûts et prix des services de santé (Section 7).

**TABLEAU 1.1**  
**RAPPORT DES PROJETS HFS ET REACH SUR LES PROGRAMMES**  
**DE RECOUVREMENT DES COÛTS EN RCA**  
 (disposé par types de rapport et en ordre chronologique)

<p><b>EVALUATIONS</b></p> <p>Rapport intérimaire sur les analyses du financement des soins de santé et du recouvrement des coûts (Leighton, mars 1990)</p> <p>Rapport d'évaluation pour la République centrafricaine (Setzer et Weaver, novembre 1990)</p> <p>Projet de rapport de mission, République centrafricaine, 24 avril-1er mai 1993 (Makinen, avril 1993)</p>
<p><b>EXAMENS DES PROGRAMMES DE RECOUVREMENT DES COÛTS</b></p> <p>Etude de faisabilité pour la mise en oeuvre d'un système de contribution des ménages au financement des soins de santé (Pasnik, septembre 1986)</p> <p>Compte rendu de l'Atelier sur le financement des soins de santé en République centrafricaine (Makinen, Graybill et Percy, avril 1989)</p> <p>Système actuel de recouvrement des coûts des soins de santé en République centrafricaine, HFS, Note technique No 15 (CES, février 1992)</p>
<p><b>ANALYSES DE LA CAPACITE ET DE LA VOLONTE DE PAYER LES SERVICES DE SANTE</b></p> <p>Recouvrement des coûts en République centrafricaine : Résultats de deux enquêtes préliminaires et de certains interviews (Levin et Weaver, octobre 1987)</p> <p>Volonté de payer la survie des enfants : Résultats de l'Enquête nationale en République centrafricaine, Rapport technique (Weaver et al., avril 1993)</p>
<p><b>ANALYSES DES COÛTS ET DES PRIX DES SERVICES DE SANTE</b></p> <p>Rapport de mission : République centrafricaine (Barker, février 1992)</p> <p>Etude préliminaire du financement de l'hôpital communautaire et proposition de tarifs provisoires, Note technique (Weaver et Ngueretia, septembre 1992)</p>

**TABLEAU 1.2**  
**CHRONOLOGIE DU FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ, RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE,**  
**1974-1993**

<b>ANNEE</b>	<b>EVENEMENTS</b>	<b>DOCUMENTS</b>
1974	Introduction du système de carte de santé.	
1986	Etude de faisabilité du recouvrement des coûts pour les services de CCCD.	(Pasnik 1986)
1987	Etude préliminaire sur la volonté de payer.	(Levin et Weaver 1987)
1988	Plans d'une table ronde/séminaire sur le recouvrement des coûts	(Leighton 1988)
1989	Adoption d'une législation sur le financement des soins de santé accordant une autonomie financière partielle aux formations sanitaires publiques.	(Loi No 89.003)
1989	Atelier sur la planification du recouvrement des coûts.	(Makinen et al. 1989)
1990	Elaboration des termes de référence du Conseiller à long terme de la Cellule d'économie de la santé du Ministère.	(Leighton 1990)
1990	Evaluation du système de santé de la RCA et de son financement.	(Setzer et Weaver 1990)
1991	Instauration du paiement des services dans les formations sanitaires publiques.	(Décret No 91.065)
1991-92	Installation du Conseiller à long terme (Weaver) de la Cellule d'économie de la santé : examen du système de recouvrement des coûts existants, études sur le coût des services et sur la volonté de payer.	(Barker 1992) (Weaver et Ngueretia 1992) (Weaver et al. 1993) (CES 1992)
1993	Evaluation des préparatifs de la mise en oeuvre du recouvrement des coûts et planification de la nouvelle phase d'assistance technique de HFS.	(Makinen 1993)

## **2.0 RESUME DES CONSTATATIONS**

**TABEAU 2.1**  
**CONSTATATIONS TIREES DES RAPPORTS DES PROJETS HFS ET REACH ET DE LA CES**  
**SUR LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE EN RCA (1986-1993)**

STATUT	CONSTATATIONS	RAPPORT
	<p align="center"><b>Globales/générales</b></p> <p>La collaboration entre le Ministère de la santé et le Ministère des finances pour l'élaboration des budgets sanitaires n'est pas assez étroite.</p> <p>Les possibilités de participation communautaire au financement des soins de santé comprennent : consultations, médicaments, hospitalisation, procédures de diagnostic, soins curatifs, soins préventifs, paiements préalables et paiements par un tiers.</p> <p>Le seul programme de financement social du pays est l'Office de la sécurité sociale de la République centrafricaine qui, parmi ses nombreuses prestations, couvre un certain nombre de dépenses de santé (50 % des coûts des soins de maternité ainsi que les salaires et les soins médicaux des travailleurs affiliés).</p> <p>Le recouvrement des coûts existe depuis plusieurs années dans les formations sanitaires privées et dans certaines formations sanitaires publiques. La méthode de paiement la plus courante est le paiement à l'acte, suivi par le paiement par épisode, le paiement par visite et enfin le paiement préalable pour une année de services.</p> <p>La Banque africaine de développement souhaite que le Ministère élabore des politiques de recouvrement des coûts avant de commencer son projet d'approvisionnement en produits pharmaceutiques en janvier 1994.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p> <p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p> <p>(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(CES 1992)</p> <p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

	<p style="text-align: center;"><b>Tests pilotes de recouvrement des coûts</b></p> <p>Les décideurs acceptent bien l'idée des programmes de recouvrement des coûts en République centrafricaine, comme le montre l'expansion du programme pilote de recouvrement des coûts de la Maternité Castors à quatre autres maternités publiques de Bangui.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Législation concernant le financement des soins de santé</b></p> <p>La RCA a adopté une loi de financement des soins de santé progressive (mars 1989) qui permet aux formations sanitaires publiques de garder et d'utiliser les recettes provenant du recouvrement des coûts pour leurs dépenses de fonctionnement.</p> <p>Un projet de loi d'avril 1990 établit des tarifs pour certains niveaux de formations sanitaires publiques. Ce projet propose des tarifs fixes par journée d'hospitalisation et des tarifs pour les consultations externes.</p> <p>Une série d'ordres et de décrets d'application est nécessaire pour mettre les nouvelles lois en vigueur (une fois qu'elles ont été signées).</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(Setzer et Weaver 1990)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

<b>Ressources du secteur de la santé/recettes provenant des paiements</b>	
<p>Si chaque patient du CNHUB payait 1.000 francs CFA par jour (les tarifs officiels vont de 0 à 5.000 francs CFA par jour), les recettes annuelles se monteraient à 231 millions de francs CFA. Les recettes effectives de 1985 n'ont été que de 26 millions de francs CFA.</p>	<p>(Pasnik 1986)</p>
<p>Les initiatives de recouvrement des coûts de l'Hôpital Yaloke (hôpital privé) fournissent suffisamment de recettes pour payer les salaires et tous les médicaments, l'entretien et les coûts des fournitures. Les recettes provenant du recouvrement des coûts à la Maternité Castors (publique) paient l'entretien, les fournitures et certains médicaments. Le gouvernement paie le reste des dépenses de fonctionnement.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p>
<p>Le financement total de l'Etat et des bailleurs de fonds en 1988 pour le secteur de la santé (à l'exception des dépenses privées) a été de 3, 731 milliards de francs CFA (11,8 millions de dollars), soit approximativement 1.382 francs CFA (4,39 dollars) par tête.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p>
<p>Les ressources totales affectées au secteur de la santé en République centrafricaine sont insuffisantes.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p>
<p>De 1984 à 1988, le Ministère de la santé a bénéficié de dépenses de santé en hausse ainsi que d'une part croissante des dépenses totales du gouvernement. Depuis 1988, le total des dépenses publiques pour la santé s'est réduit de façon sensible passant de 3,5 milliards de francs CFA en 1988 à 2,9 milliards en 1990.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>L'assistance étrangère au secteur de la santé s'est élevée à 10 millions de dollars en moyenne entre 1984 et 1988.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>La majorité des dépenses du Ministère de la santé sont consacrées au personnel : 72 % en 1988. Pour les dépenses de fonctionnement hors salaires de 1988, 72 % ont été consacrées aux soins curatifs. Quatre-vingt-dix pour cent des dépenses de soins curatifs ont été faites à Bangui.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>Sur les 26 formations sanitaires étudiées (quatre privées et 22 publiques), le pourcentage moyen des dépenses de fonctionnement récupérées grâce aux paiements variait de 94 % (maternités urbaines publiques) à 5 % (hôpitaux préfectoraux publics).</p>	<p>(CES 1992)</p>
<p>En prenant comme hypothèse des niveaux d'activité semblables à ceux du CNHUB, les recettes de l'Hôpital communautaire sont estimées à 237,9 millions de francs CFA. Ceci représente 34 % des coûts de fonctionnement, ou 84 % des dépenses de fonctionnement hors salaire.</p>	<p>(Weaver et Ngueretia, 1992)</p>

**TABEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

<b>Capacité et volonté de payer</b>	
<p>Le salaire de la majorité de la population est très faible, ce qui implique que les tarifs doivent être soit très bas, soit suivre une échelle mobile.</p>	<p>(Pasnik 1986)</p>
<p>Des discussions de groupe ont montré que les gens veulent bien payer 100 à 500 francs CFA par épisode de maladie, jusqu'à 1.000 francs CFA pour une hospitalisation ou un accouchement, et 500-1.000 francs CFA pour une carte de santé familiale leur permettant d'obtenir les médicaments prescrits gratuitement.</p>	<p>(Pasnik 1986)</p>
<p>Les dépenses moyennes d'hospitalisation à Yaloke (10.848 francs CFA) représentent 12 % du revenu annuel par tête; les achats moyens de médicaments après consultation à Mamadou M'Baiki (2.687 francs CFA) représentent 3 % du revenu annuel par tête.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p>
<p>Les résultats préliminaires de l'enquête ont constaté que 75 % des personnes interrogées étaient prêtes à payer les soins de santé dans les formations sanitaires publiques; 75 % ont également répondu qu'elles étaient prêtes à payer les médicaments dans les formations sanitaires publiques (en supposant que l'approvisionnement soit suffisant).</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p>
<p>La réussite des pharmacies villageoises est une autre indication que la population est prête à payer les services sanitaires et les médicaments.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p>
<p>Les réponses aux questionnaires de l'enquête indiquent qu'une majorité de la population est prête à payer des améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques : 64 % sont prêts à payer les sept améliorations de la qualité; 74 % sont prêts à payer cinq des sept améliorations proposées.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>
<p>Les ruraux interrogés ont exprimé une plus forte volonté de payer des améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques que les citadins. Pourtant, les dépenses enregistrées pour les soins de santé étaient plus élevées dans les agglomérations urbaines que dans les zones rurales.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>
<p>La médiane de la volonté de payer de la population des Régions sanitaires IV et V en ce qui concerne l'amélioration de la qualité est inférieure à celle de la Région I.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

<b>Capacité et volonté de payer (suite)</b>	
<p>La médiane des dépenses totales de soins de santé (paiement de la formation sanitaire, pharmacie et transport) pour les soins modernes (publics et privés) était de 1.085 francs CFA.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>
<p>Le coût estimé de l'amélioration de la qualité la plus chère (médicaments pour les infections respiratoires aiguës) était inférieur à 2,4 % de la consommation moyenne des ménages. Le montant que les personnes interrogées ont dit qu'elles étaient prêtes à payer allait de 4,4 % à 9,0 % de la consommation médiane des ménages.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>
<p>Les dépenses des ménages pour les améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques seront inférieures à la médiane des dépenses mensuelles actuelles pour les soins de santé modernes.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p>
<p>Les tarifs des centres de santé et des hôpitaux proposés dans les documents établis par l'administration semblent être à la portée de la grande majorité de la population.</p>	<p>(Makinen 1993)</p>
<p>Le document sur le tarif des hôpitaux publics est difficile à comprendre, particulièrement en ce qui concerne le système de "lettre clé".</p>	<p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

	<p align="center"><b>Coût des services/maîtrise des coûts</b></p>	
	<p>Les dépenses ordinaires de fonctionnement des nouveaux hôpitaux ont un effet négatif sur le renforcement des services de santé ruraux.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et ai. 1989)</p>
	<p>Le coût moyen des médicaments pour traiter les maladies courantes va de 5 francs CFA pour le paludisme à 1.018 francs CFA pour traiter les infections respiratoires aiguës.</p>	<p>(Barker 1992)</p>
	<p>Un paiement de 200 francs CFA pour les examens de laboratoire couvrira le coût des fournitures consommables des examens de laboratoire permettant de déceler les parasites intestinaux, le paludisme et les maladies sexuellement transmises. Ce coût est inférieur au prix des examens similaires réalisés dans les formations sanitaires privées.</p>	<p>(Barker 1992)</p>
	<p>Le coût d'entretien des bâtiments d'une formation sanitaire publique moyenne est de 25 à 50 francs CFA par utilisateur.</p>	<p>(Barker 1992)</p>
	<p>Le Ministère de la santé s'intéresse à l'analyse des options de maîtrise des coûts semblables aux systèmes intégrés aux Etats-Unis et à d'autres systèmes de prix qui découragent la surutilisation des séjours hospitaliers.</p>	<p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

	Prix	
	<p>La plupart des services de santé publics sont en principe gratuits, en réalité, pourtant, les patients paient tout ou une partie du coût de leurs soins (pots-de-vin, médicaments dans les pharmacies privées, etc.).</p>	(Pasnik 1986)
	<p>Les hôpitaux publics et les centres de santé maternelle et infantile ne sont pas gratuits. L'hôpital national répartit les patients en cinq catégories payant des tarifs allant de zéro à 5.000 francs CFA par jour.</p>	(Pasnik 1986)
	<p>La population dépense entre 150.000 et 600.000 dollars par an pour acheter des médicaments dans les pharmacies privées et les dépôts.</p>	(Pasnik 1986)
	<p>Il est difficile d'expliquer et de mettre en oeuvre un système de tarifs pour les services préventifs.</p>	(Pasnik 1986)
	<p>Une enquête préliminaire des utilisateurs de quatre formations sanitaires a révélé que les dépenses moyennes vont de 10.848 francs CFA pour l'hospitalisation à l'Hôpital Yaloke à 493 francs CFA pour une consultation (y compris les médicaments) au Foyer Charité.</p>	(Levin et Weaver 1987)
	<p>Le Centre médical Ippy Mid-Mission fournit un exemple de la structure des prix dans les formations sanitaires privées. La marge bénéficiaire sur les médicaments est de 63 % : 39 % pour les transports, 20 % pour la manutention et les 4 % restants pour l'assurance, les taxes et les commissions.</p>	(CES 1992)
	<p>Les tarifs établis dans le Décret 91.065 sont à peu près comparables aux tarifs de la catégorie la plus élevée de revenu dans les installations tenues par les missionnaires. Le décret ne prévoit qu'une catégorie de tarif, alors que les missions en ont deux ou trois (basées sur le niveau de revenu des patients).</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)
	<p>Les tarifs établis par le Décret 91.065 diffèrent substantiellement du coût des soins dans le cas des radiographies (le tarif est plus du double du coût) et les séjours hospitaliers (le tarif est inférieur à la moitié du coût).</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

	<b>Stimulants/qualité</b>	
	<p>Il semble que les patients choisissent les formations privées pour la qualité des soins (installations plus propres et meilleur équipement) alors qu'ils choisissent les formations publiques en raison de la proximité de leur domicile.</p> <p>Le système de ristournes données aux prestataires de soins de santé décrit dans les documents du gouvernement risque d'encourager une surutilisation des procédures médicales, car il est basé sur le nombre de procédures réalisées.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p> <p>(Makinen 1993)</p>
	<b>Secteur privé</b>	
	<p>Le secteur sanitaire privé comprend les formations tenues par des missionnaires, les formations à but lucratif et les dispensaires des entreprises privées. Les données du Ministère pour 1988 indiquent que les formations sanitaires privées ne comptent que pour 3,5 % des admissions à l'hôpital et des consultations externes.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>
	<b>Préparation, mise en oeuvre et administration du recouvrement des coûts</b>	
	<p>Il faut au moins trois personnes à plein temps, ayant reçu une formation spéciale en financement des soins de santé, pour constituer une cellule de financement de la santé au sein du Ministère.</p> <p>Sur les nombreuses études et activités à réaliser pour préparer le recouvrement des coûts, huit ont déjà été réalisées par le Ministère et les bailleurs de fonds; six restent à réaliser.</p> <p>Le rôle de la CES est d'analyser, de planifier et de formuler les recommandations, mais non pas de mettre le programme de recouvrement des coûts en oeuvre.</p>	<p>(Leighton 1990)</p> <p>(Makinen 1993)</p> <p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 2.1 – CONSTATATIONS (suite)**

<b>Systèmes de gestion et réforme</b>	
<p>Il existe une pénurie permanente dans de nombreuses formations sanitaires rurales; les formations urbaines souffrent également de ruptures de stock.</p>	<p>(Pasnik 1986)</p>
<p>La situation du financement des soins de santé en République centrafricaine se caractérise par un manque de données financières pour prendre les décisions. Le résultat en est une faible capacité de programmation et de planification financière.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p>
<p>Le personnel de santé local n'a guère d'expérience de la gestion.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>

### **3.0 RESUME DES RECOMMANDATIONS**

**TABLEAU 3.1**  
**RECOMMANDATIONS DES RAPPORTS DE HFS, REACH ET DE LA CES SUR LE FINANCEMENT**  
**DES SOINS DE SANTE EN RCA (1986-1993)**

STATUT	RECOMMANDATIONS	RAPPORT
	<p align="center"><b>Globales/générales</b></p> <p>Evaluer la totalité du système de santé et la capacité de gestion financière à chaque niveau du système de santé publique.</p> <p>Recueillir les données financières de base sur le système de santé auprès des ministères et des organisations donatrices.</p> <p>Envisager la construction d'une aile pour les consultations externes au CNHUB afin de faciliter la collecte des paiements pour les services externes.</p>	<p>(Leighton 1990)</p> <p>(Leighton 1990)</p> <p>(Pasnik 1986)</p>
	<p align="center"><b>Diffusion</b></p> <p>Organiser un atelier/séminaire pour présenter les options de recouvrement des coûts pour les formations sanitaires publiques (réalisé en 1989).</p> <p>Elargir le programme du séminaire (proposé pour l'automne 1993) afin de diffuser les résultats d'analyses récentes, ce qui permettra aux décideurs de faire les choix politiques nécessaires.</p>	<p>(Levin et Weaver 1987)</p> <p>(Makinen 1993)</p>
	<p align="center"><b>Tests pilotes de recouvrement des coûts</b></p> <p>Réaliser un test pilote de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques.</p> <p>Commencer les essais au Dispensaire Castors ou au Dispensaire Boy Rabe; établir un fonds renouvelable pour la chloroquine et les ORS dans le cadre du Programme CCCD; une fois que ce fonds aura atteint son régime de croisière, établir un autre fonds renouvelable et un fonds pour les coûts de fonctionnement pour tous les traitements et médicaments; faire payer un tarif forfaitaire de 100 francs CFA, comprenant la consultation, les examens de diagnostic et les médicaments.</p> <p>Créer un comité de gestion des tests pilotes au sein du Ministère.</p>	<p>(Pasnik 1986)(Levin et Weaver 1987)</p> <p>(Pasnik 1986)</p> <p>(Pasnik 1986)(Levin et Weaver 1987)</p>

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

	<p align="center"><b>Législation concernant le financement des soins de santé</b></p> <p>Examiner les lois et règlements concernant le financement des soins de santé.</p>	(Leighton 1990)
	<p align="center"><b>Ressources du secteur sanitaire/recettes provenant des paiements</b></p> <p>Réaliser une étude des recettes du secteur sanitaire provenant des paiements (recettes actuelles des formations sanitaires; collecte des recettes au cours des trois à quatre dernières années; estimations de l'écart entre les recettes touchées par le gouvernement et les recettes potentielles, étant donné les tarifs et l'utilisation).</p> <p>Mener une étude pour estimer les ressources disponibles pour le système de santé provenant du gouvernement, du secteur privé, des communautés, des recettes des ventes de médicaments et de l'assistance étrangère.</p> <p>Mener une étude comparant les coûts des services de santé prévus avec les ressources disponibles.</p> <p>Le Ministère doit chercher des sources de financement additionnelles de façon à ce que les prix soient raisonnables.</p>	<p>(Leighton 1990)</p> <p>(Leighton 1990)(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(Leighton 1990)</p> <p>(CES 1992)</p>
	<p align="center"><b>Capacité et volonté de payer</b></p> <p>Mener des études socio-économiques pour déterminer les revenus des ménages (et la capacité de payer les services de santé).</p> <p>Mener une étude de la demande (revenus des ménages et dépenses de santé), une étude de marketing (volonté de payer les soins de santé) et une étude socio-économique avec des groupes cibles (Banque mondiale — prévue).</p> <p>Mener des analyses venant compléter les données de l'enquête nationale afin de : 1) calculer les dépenses moyennes et médianes des ménages par mois, par zones rurales et zones urbaines et par région sanitaire; et 2) calculer la capacité de payer selon le revenu mensuel des ménages, par quintile de revenu et par région sanitaire.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)(Leighton 1990)</p> <p>(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

<b>Coût des services/maitrise des coûts</b>	
	<p>Mener une étude des coûts des services de santé prioritaires; pour les hôpitaux, cette étude doit s'appuyer sur les travaux précédents de HFS/CES réalisés par Weaver et Ngueretia, 1992.</p> <p>Ajouter une étude de contrôle des coûts aux activités prioritaires de la CES.</p>
	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)(Leighton 1990)(Setzer et Weaver 1990)</p> <p>(Makinen 1993)</p>

**TABEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

	<p><b>Prix</b></p>	
	<p>Les cartes familiales de santé peuvent être vendues de 525 francs CFA (1,50 dollar) à 5.250 francs CFA (15 dollars) selon le revenu du ménage; il faut faire payer pour chaque consultation externe un ticket modérateur de 100 à 500 francs CFA (d'après les informations sur le revenu figurant sur la carte sanitaire).</p>	(Pasnik 1986)
	<p>La population doit participer à la détermination des tarifs.</p>	(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)
	<p>Etant donné les coûts estimés du traitement de ces maladies courantes, on recommande les prix suivants (qui comprennent consultation, médicaments, tests diagnostiques et entretien des bâtiments) : 800 francs CFA pour les parasites et les maladies sexuellement transmises; 250 francs CFA pour la diarrhée et le paludisme (plus 250 francs CFA pour le diagnostic du paludisme si un test est nécessaire); et 1.200 francs CFA pour les infections respiratoires aiguës).</p>	(Barker 1992)
	<p>Il faut envisager de subventionner le coût de certains médicaments en en vendant d'autres plus chers; ainsi, le prix du traitement contre les parasites pourrait subventionner le prix du traitement des MST.</p>	(Barker 1992)
	<p>Les prix doivent être en chiffres ronds pour faciliter l'administration.</p>	(Barker 1992)
	<p>Le Ministère doit envisager d'établir deux autres catégories de tarifs hospitaliers, "non salariés", à moitié prix, pour les paysans et autres travailleurs du secteur informel et "assistés sociaux", gratuit pour ceux qui sont incapables de payer quoi que ce soit.</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)
	<p>Envisager de faire payer les procédures et examens aux patients hospitalisés; ceci accroîtra les recettes et découragera les hospitalisations inutiles lorsque les patients souhaitent économiser le prix des examens lors des consultations externes.</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)
	<p>Envisager d'établir un tarif maximum par hospitalisation à l'Hôpital communautaire.</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)
	<p>Instaurer une surcharge pour les patients venus sans avoir été envoyés par une autre formation sanitaire.</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)
	<p>Etablir une norme uniforme pour la "lettre clé" des procédures médicales et chirurgicales.</p>	(Weaver et Ngueretia 1992)

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

	<p style="text-align: center;"><b>Prix (suite)</b></p> <p>Il peut être possible de faire payer des prix plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines.</p> <p>La fixation des prix dans les centres de santé et les hôpitaux exige des études supplémentaires. Il faut tenir compte des coûts ainsi que d'autres objectifs dans la stratégie d'établissement des prix. La capacité de payer doit aussi être un critère de cette décision.</p> <p>En plus d'un tarif forfaitaire d'hospitalisation, il faut envisager de faire payer un tarif journalier pour éviter d'encourager les patients à rester trop longtemps à l'hôpital.</p>	<p>(Weaver et al. 1993)</p> <p>(Makinen 1993)</p> <p>(Makinen 1993)</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Politiques d'exonération</b></p> <p>Il faut mettre au point des critères d'exonération pour certaines catégories de la population.</p> <p>Le programme de recouvrement des coûts doit tenir compte du fait que 25 à 30 % de la population devra probablement être subventionnée; dans les Régions sanitaires IV et V, il faudra probablement subventionner un plus grand pourcentage de la population que dans les autres régions.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)(CES 1992)(Makinen 1993)</p> <p>(Weaver et al. 1993)</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Stimulants/qualité</b></p> <p>Mener une étude analysant les avantages et inconvénients du système actuel de "ristournes" pour les médecins et autre personnel de santé.</p> <p>Avant de mettre en oeuvre un système de recouvrement des coûts, il faut doter les formations sanitaires de suffisamment de fournitures pour améliorer la qualité des soins et accroître la couverture.</p> <p>Il faut inclure dans le système de recouvrement des coûts des stimulants bénéficiant au personnel qui doivent être liés à l'amélioration de la santé plutôt qu'au nombre de procédures réalisées.</p>	<p>(Leighton 1990)</p> <p>(CES 1992)</p> <p>(Makinen 1993)</p>

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

	<p><b>Secteur privé</b></p> <p>Mener une analyse du secteur privé (avantages et inconvénients des soins dans le secteur privé; couverture et méthodes de financement; stimulants pour l'utilisation appropriée des soins; barrières entravant l'expansion).</p>	<p>(Leighton 1990)</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Préparation, mise en oeuvre et administration du recouvrement des coûts</b></p> <p>Les familles doivent contribuer aux services de soins curatifs par des paiements préalables et des paiements à l'acte.</p> <p>Critères d'évaluation recommandés pour les systèmes de recouvrement des coûts : équité, accès aux services de santé, ressources suffisantes pour améliorer la qualité, faisabilité administrative, efficacité.</p> <p>Pour se préparer à réaliser les analyses, le Ministère de la santé doit renforcer la DEPS : nommer un responsable du financement des soins de santé; lui donner du personnel; former le personnel du financement des soins de santé (cours de brève durée); et engager un consultant qui travaillera avec la DEPS aux questions de financement de la santé.</p> <p>Pour préparer la mise en oeuvre du système de recouvrement des coûts, il est recommandé de réaliser 12 études sur divers aspects du financement des soins de santé en RCA : sept à court terme et cinq à long terme.</p> <p>Mener une étude des systèmes de paiement des soins médicaux existants (avantages et inconvénients, montants payés par les patients, stimulants pour utiliser le niveau de soins approprié, etc.).</p> <p>Il faut adopter deux options de paiement en RCA : paiement à l'acte et paiement par épisode.</p> <p>Pour préparer la mise en oeuvre du recouvrement des coûts, il faut mener des campagnes de formation, d'éducation et de communication.</p>	<p>(Pasnik 1986)</p> <p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p> <p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)(Leighton 1990)</p> <p>(Leighton 1990)</p> <p>(Leighton 1990)</p> <p>(CES 1992)</p> <p>(CES 1992)</p>

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

<b>Systèmes de gestion et réforme</b>	
<p>Avant la mise en oeuvre d'un système de recouvrement des coûts, le Ministère doit envisager : le besoin de systèmes de comptabilité et d'information financière; la capacité de gestion au niveau de la formation sanitaire; et la création de comités de gestion communautaire.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)(Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>Mener des analyses du degré de décentralisation du système de santé, du rôle des comités de gestion communautaire et des systèmes administratifs nécessaires.</p>	<p>(Plénière du séminaire : Makinen et al. 1989)</p>
<p>Mener une analyse du financement et de la gestion communautaires (évaluer la performance des pharmacies villageoises et des services de soins de santé primaires villageois; identifier des méthodes de financement communautaire efficaces qui seront appliquées à d'autres régions du pays).</p>	<p>(Leighton 1990) (Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>Mener une étude de la disponibilité des produits pharmaceutiques dans les formations sanitaires publiques et privées (systèmes d'approvisionnement et de distribution).</p>	<p>(Leighton 1990)</p>
<p>Mener une étude de la gestion financière des hôpitaux (systèmes actuels, lacunes et besoins de formation).</p>	<p>(Leighton 1990)</p>
<p>Avant la mise en oeuvre du recouvrement des coûts, mettre au point des systèmes de suivi et d'évaluation pour chercher à déterminer son impact.</p>	<p>(Setzer et Weaver 1990)</p>
<p>Il faut réorganiser les systèmes de comptabilité et de gestion pour accroître la transparence et éliminer les abus.</p>	<p>(CES 1992)</p>
<p>Il faut tenir les comptes des produits pharmaceutiques séparément des autres comptes de recettes en raison de l'importance des médicaments pour traiter les maladies et de l'idée qu'ils donnent de la qualité.</p>	<p>(Barker 1992)</p>
<p>Mener une étude de l'enregistrement des patients et des paiements à l'Hôpital communautaire.</p>	<p>(Weaver et Ngueretia 1992)</p>
<p>Engager une société privée pour fournir les services de restauration de l'Hôpital communautaire.</p>	<p>(Weaver et Ngueretia 1992)</p>

**TABLEAU 3.1 – RECOMMANDATIONS (suite)**

	<b>Formation</b>	
	<b>Mettre au point un plan de formation à l'intention du personnel responsable du financement de la santé au Ministère une fois qu'il aura été nommé.</b>	<b>(Leighton 1990)</b>
	<b>Inclure la formation en gestion dans la mise en oeuvre du recouvrement des coûts pour améliorer l'efficacité des opérations des formations sanitaires.</b>	<b>(CES 1992)</b>

#### 4.0 EVALUATIONS

- ▲ Rapport intérimaire sur les analyses du financement des soins de santé et le recouvrement des coûts (Leighton, mars 1990)
- ▲ Rapport d'évaluation pour la République centrafricaine (Setzer et Weaver, 1990)
- ▲ Rapport de mission préliminaire, République centrafricaine, 24 avril-1er mai 1993 (Makinen, avril 1993)

#### **4.1 Rapport intérimaire sur les analyses du financement des soins de santé et le recouvrement des coûts (Leighton, mars 1990)**

##### **Résumé**

Charlotte Leighton s'est rendue en République centrafricaine pour le Projet REACH afin d'identifier les études à réaliser pour fournir davantage d'informations sur le recouvrement des coûts en République centrafricaine; pour mettre au point un plan de travail pour la réalisation de ces études; et pour identifier les besoins de formation des membres de la Cellule de financement du Ministère de la santé. Elle a inventorié sept études à court terme et cinq à long terme. Ces études examinent toutes sortes de questions de recouvrement des coûts et de financement des soins de santé, depuis la législation jusqu'au secteur privé, aux recettes, coûts et dépenses des ménages. Elle a préparé un plan de travail à court terme ainsi qu'un plan de collecte des données de base sur le financement des soins de santé.

##### **Introduction**

Charlotte Leighton, consultante du Projet REACH, s'est rendue à Bangui pour un suivi des recommandations faites au cours de l'Atelier sur le financement de la santé en 1989. Le Ministère a organisé une réunion de planification avec Mme Leighton et lui a demandé : a) d'identifier les questions spécifiques liées au financement des soins de santé en République centrafricaine qui devront être réalisées à court et à long termes; b) de mettre au point un plan de travail pour ces études; et c) d'évaluer les besoins de formation du personnel du Ministère responsable des questions de financement des soins de santé.

##### **Etudes de base à mener à court terme**

1. **Systemes existants de paiement des soins de santé.** Analyse des avantages et inconvénients des systemes actuels; montants estimés payés par les patients pour différents types de soins; évaluation des stimulants encourageant l'utilisation du niveau approprié du systeme de santé; évaluation des barèmes de tarifs actuels pour déterminer si les crédits sont affectés de façon équitable et efficace et s'ils sont bien gérés.
2. **Examen de la législation et de la réglementation afférentes au financement des soins de santé.** Examen de la nouvelle législation relative au financement des soins de santé pour savoir quels décrets seront nécessaires pour la mettre en application; examen des parties de la législation concernant les tarifs et les méthodes de paiement pour déterminer les règles qui doivent être modifiées; évaluation de la législation concernant les stimulants et les mesures de dissuasion relatives à l'expansion des soins de santé privés.
3. **Secteur privé.** Analyse des avantages et inconvénients des soins de santé donnés par le secteur privé (entreprises, missions relevant d'églises et praticiens privés); collecte d'informations sur la couverture et les méthodes de financement; analyse des stimulants et

mesures de dissuasion encourageant une bonne utilisation des services; évaluation des possibilités d'expansion du secteur privé et des barrières l'entravant.

4. **Financement et gestion communautaires.** Analyse des avantages et inconvénients des pharmacies villageoises et des services de santé primaires au niveau des villages; identification des méthodes de financement et de gestion communautaires les plus efficaces afin de les appliquer dans d'autres parties du pays.
5. **Recettes provenant des paiements.** Estimation des recettes actuelles des formations sanitaires; collecte des données de base sur les recettes obtenues au cours des trois ou quatre dernières années pour les différents services de soins de santé; estimation de l'écart entre les recettes remises au gouvernement (Ministère de la santé et Ministère des finances) et les recettes potentielles, compte tenu des structures actuelles de tarif et des taux d'utilisation des formations sanitaires.
6. **Système de "ristournes" pour les prestataires.** Analyse des avantages et inconvénients du système actuel de ristournes accordées aux médecins et autre personnel sanitaire.
7. **Etudes et activités complémentaires.** a) Disponibilité de produits pharmaceutiques (approvisionnement et systèmes de distribution), et b) gestion financière des hôpitaux (systèmes actuels, lacunes et besoins de formation).

#### **Etudes à mener à long terme**

1. Estimation des coûts de la prestation de services et de la satisfaction des besoins prioritaires.
2. Estimation des crédits disponibles pour les soins de santé fournis par l'Etat, le secteur privé, les communautés, les recettes des ventes de médicaments et l'aide étrangère.
3. Comparaison des coûts des services de santé souhaités ou prévus avec les ressources disponibles. Evaluation du rôle de chaque partenaire financier.
4. Enquête auprès des ménages pour déterminer les revenus et dépenses en insistant particulièrement sur les dépenses de soins de santé.
5. Evaluation du système de santé tout entier et de la capacité de gérer le financement à chaque niveau du système de santé public.

#### **Plan de travail – Court terme (Mars à mai 1990)**

1. Collecte des données financières de base (Ministère du Plan, Ministère des finances, organisations internationales, etc.).

2. Utilisation de l'assistance technique à court terme – le Ministère de la santé a demandé à une équipe de consultants à court terme (Projet REACH – USAID).
  - ▲ D'examiner les données recueillies par le Ministère de la santé (*voir Point 1, ci-dessus*).
  - ▲ De travailler avec le personnel du Ministère de la santé désigné à la réalisation immédiate des deux enquêtes de base susmentionnées.
  - ▲ D'établir un plan de travail détaillé pour réaliser les autres études à court terme avant la fin de 1990.
3. Utilisation de l'assistance technique à long terme. Le Ministère de la santé a demandé à l'USAID de lui fournir un conseiller en financement de la santé à long terme.
4. Nomination du personnel du Ministère de la santé responsable des questions de financement des soins de santé : le Ministère doit nommer trois personnes qui travailleront à plein temps à la section des affaires financières (SAF) de la Direction des affaires administratives et financières (DAAF); ces personnes formeraient le groupe noyau du Ministère chargé des questions de financement des soins de santé.
5. Former le personnel du Ministère de la santé : une fois que le personnel à plein temps aura été nommé, on pourra mettre au point un plan de formation.

#### 4.2 Rapport d'évaluation pour la République centrafricaine (Setzer et Weaver, novembre 1990)

##### Résumé

Des consultants ont mené une évaluation générale des activités de financement des soins de santé en République centrafricaine et établi un plan de travail préliminaire pour un conseiller à long terme qui sera placé au Ministère de la santé. Les activités couvertes sont les suivantes : législation, secteur privé, dépenses de santé de l'Etat, affectation des ressources, décentralisation et financement social.

##### Introduction

Deux consultants de HFS, Setzer et Weaver, se sont rendus en République centrafricaine pour évaluer le système de soins de santé de ce pays, en s'attachant particulièrement à la situation du financement des soins de santé. En suivant les directives d'HFS relatives aux évaluations, ils ont établi un tableau récapitulatif du financement des soins de santé ainsi qu'un plan de travail pour sa réforme.

## Constatations

1. **Evaluation des lois et politiques concernant différentes options de prestation et de financement.**
  - ▲ La République centrafricaine a adopté une loi de financement progressif des soins de santé en mars 1989 : cette loi permet aux formations sanitaires de garder et d'utiliser leurs recettes pour leurs dépenses de fonctionnement.
  - ▲ Un Projet de loi d'avril 1990 établit les tarifs pour certains types de formations sanitaires; propose des tarifs fixes pour les hospitalisations (ces tarifs concernent les journées d'hospitalisation) et les tarifs des consultations externes.
  - ▲ Le Ministère de la santé doit publier une série d'ordonnances et de décrets d'application (une fois que les lois auront été signées).
2. **Secteur des soins de santé privés.** Il est constitué des formations sanitaires tenues par des missionnaires, des formations à but lucratif et des dispensaires des entreprises privées. Les données du Ministère (1988) indiquent que la vaste majorité des consultations ont lieu dans des formations sanitaires publiques. Les formations sanitaires privées ne représentent que 3,5 % des admissions à l'hôpital et des consultations externes.
3. **Tendances des dépenses publiques pour les services de santé.** Le Ministère de la santé a bénéficié d'une augmentation des dépenses et d'une part croissante des dépenses totales du gouvernement pour les années 1984-1988. Depuis 1988, les dépenses globales ont diminué de façon sensible : passant de 3,5 milliards de francs CFA en 1988 à 2,9 milliards en 1990. L'aide bilatérale et multilatérale du secteur de la santé s'est établie en moyenne à 10 millions de dollars par an pour les années 1984-1988 (*voir Tableau 4.1 ci-dessous*).

**TABEAU 4.1**  
**EVOLUTION DU BUDGET DE L'ETAT ET DU BUDGET DE**  
**LA SANTE EN REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE, 1984-1990**  
(en millions de francs CFA)

ANNEE	BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	BUDGET DE L'ETAT	BUDGET DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ EN % DU BUDGET DE L'ETAT
1984	2.371	34.106	7,0
1985	2.539	33.332	7,6
1986	3.113	35.829	8,7
1987	3.240	36.200	9,0
1988	3.454	37.288	9,3
1989	2.926	28.202	10,4
1990	2.899	27.774	10,4

4. **Evolution de l'affectation des ressources.** La majorité des crédits affectés au Ministère de la santé sont consacrés au personnel : 72 % en 1988, en baisse par rapport aux 77 % de 1984. Sur les dépenses de fonctionnement hors salaire de 1988, 72 % étaient affectés aux soins curatifs. Les dépenses de soins curatifs sont concentrées à Bangui (90 %).
5. **Degré de décentralisation.** Le Ministère s'est quelque peu engagé à décentraliser comme le montrent les micro-plans et les plans de rétention des paiements et de gestion locales. Le personnel sanitaire au niveau local n'a cependant guère d'expérience de la gestion.
6. **Envergure du financement social et autre assurance de santé.** Le seul programme de financement social est l'Office central de la sécurité sociale qui couvre un nombre limité de dépenses de santé, dont 50 % des soins de maternité et des soins médicaux ainsi que les médicaments et le salaire des travailleurs handicapés.
7. **Lacunes des connaissances.**
  - ▲ Législation concernant le recouvrement des coûts.
  - ▲ Mesure de la prestation privée des soins de santé.
  - ▲ Dépenses des ménages pour la santé.
  - ▲ Secteur pharmaceutique.

- ▲ Estimations des coûts de la prestation de divers types de services aux patients hospitalisés et en consultation externe.

### **Recommandations (plan de travail préliminaire)**

1. **Identification des besoins de collecte des données, d'analyse et de recherche.** Les consultants ont établi un plan de travail préliminaire basé sur l'atelier de 1989.
2. **Rôle des partenaires du financement des soins de santé (gouvernement, communauté, bailleurs de fonds et secteur privé).**
  - ▲ Estimations du coût des priorités sanitaires identifiées dans les plans régionaux et les "microplans".
  - ▲ Estimations de la capacité des partenaires de répondre aux besoins de santé. On dispose de données officielles pour les budgets annuels; les données communautaires font l'objet d'études plus approfondies; il faut consulter les bailleurs de fonds pour déterminer quels montants ils sont prêts à fournir; et réaliser une autre étude sur le secteur privé.
3. **Système de participation communautaire (Méthodes de recouvrement des coûts).**
  - ▲ **Etudes socio-économiques pour aider le Ministère de la santé à prendre des décisions sur la capacité de la communauté de répondre aux besoins de santé.**
    - △ **Etude de la demande :** montre la relation du volume de soins demandés par rapport à leur prix et au revenu des ménages.
    - △ **Etude de marketing :** répond aux questions sur le type de services que la population aimerait avoir et combien elle souhaite payer.
    - △ **Etude socio-économique :** la Banque mondiale a proposé cette étude portant sur des groupes cibles dans le cadre de son Programme sur les dimensions sociales de l'ajustement.
  - ▲ **Coût des services.** Fournit des renseignements sur le coût de la prestation des services de santé et le coût de services de meilleure qualité.
4. **Gestion et mise en oeuvre du système de recouvrement des coûts.** Nécessité de résoudre les questions opérationnelles liées à l'introduction d'un système de recouvrement des coûts : a) rôle des structures à l'échelon villageois pour les systèmes de gestion et de comptabilité; b) mise au point de systèmes d'information comptable et financière appropriés; c) mise au point de systèmes de contrôle et d'évaluation des opérations et de l'impact du système de recouvrement des coûts.

#### 4.3 Rapport de mission préliminaire : République centrafricaine, 24 avril-1er mai 1993 (Makinen, avril 1993)

##### Résumé

Le Directeur technique du Projet HFS, Marty Makinen, s'est rendu en République centrafricaine pour travailler aux questions de mise en oeuvre d'un système national de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques. Il a rencontré les dirigeants du Ministère de la santé et discuté de trois questions : structure prévue des prix, plan de mise en oeuvre et résultats de l'enquête récente sur la volonté de payer. En se basant sur les résultats de l'enquête sur la volonté de payer, M. Makinen a constaté que la structure des prix proposée était à la portée de tous. Autres résultats de cette mission : une étude sur la maîtrise des coûts hospitaliers a été ajoutée aux activités prioritaires de la CES, et le programme du séminaire prévu sur les politiques de recouvrement des coûts a été élargi pour inclure une synthèse des travaux réalisés jusqu'ici et une analyse des choix.

##### Introduction

Le Directeur technique d'HFS, Marty Makinen, s'est rendu en République centrafricaine pour étudier les questions liées à la mise en oeuvre, au plan national, d'un programme de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques et discuter de l'assistance apportée par HFS au Ministère de la santé. Les principales questions abordées étaient les suivantes :

- ▲ Structure prévue de la fixation des tarifs pour le recouvrement des coûts;
- ▲ Plan de mise en oeuvre du recouvrement des coûts;
- ▲ Résultats de l'enquête récente sur la volonté et la capacité de payer; et
- ▲ Dons de médicaments et politique des médicaments essentiels (cette question avait été résolue avant l'arrivée de M. Makinen).

En se basant sur les résultats de l'enquête sur la volonté de payer, M. Makinen a constaté que la structure des prix des soins hospitaliers et ambulatoires était généralement à la portée de tous. Il n'a pas été en mesure de juger les prix par rapport aux coûts, étant donné qu'il manquait des données sur les coûts. Il a esquissé un processus en six phases pour préparer le Ministère à mettre en oeuvre le programme de recouvrement des coûts.

## Constatations

1. **Recouvrement des coûts.** La Banque africaine de développement (BAD) souhaite que le recouvrement des coûts ait débuté avant qu'elle commence son projet d'approvisionnement en produits pharmaceutiques en janvier 1994.

Certains hauts responsables du Ministère pensent que l'étude sur les coûts hospitaliers réalisée par HFS n'a pas été suffisamment approfondie pour aider le Ministère à prendre des décisions de prix. D'autres travaux ont été recommandés dans ce domaine pour compléter l'analyse déjà réalisée (*voir Recommandations*).

La réorganisation se produisant au sein du Ministère aboutira à l'intégration de la CES dans la DEPS. Le Ministère a indiqué clairement que le rôle de la CES était d'analyser, de planifier et de formuler des recommandations, mais non pas de mettre en oeuvre le programme de recouvrement des coûts. Le mandat de la CES a été modifié récemment comme suit :

- ▲ Ajouter une étude sur la maîtrise des coûts hospitaliers aux activités prioritaires; et
- ▲ Élargir le séminaire proposé sur le recouvrement des coûts pour qu'il inclue une synthèse de ce qui a déjà été accompli; des analyses des choix devant être faits; et un plan pour achever les analyses et passer à la mise en oeuvre.

L'analyse des options de maîtrise des coûts semblables aux systèmes de soins intégrés aux Etats-Unis et des autres systèmes de prix décourageant le suremploi des séjours hospitaliers suscite de l'intérêt.

Un examen des documents gouvernementaux fixant les prix et établissant les réglementations concernant le recouvrement des coûts a abouti aux constatations suivantes.

- ▲ Les prix proposés pour les centres de santé et les hôpitaux semblent être à la portée de la grande majorité de la population.
- ▲ Le document établissant les tarifs hospitaliers est difficile à comprendre, particulièrement en ce qui concerne le système de "lettre clé".
- ▲ Le système décrit de ristournes aux prestataires de santé basées sur le nombre de procédures réalisées risque de causer une surutilisation des procédures médicales.

2. **Plan d'assistance technique au ministere de la sante.** Un plan général d'assistance technique a été mis au point; il comprend les six étapes suivantes de mise en oeuvre du recouvrement des coûts.

- ▲ Synthèse des analyses réalisées jusqu'ici, prise de décisions concernant les analyses supplémentaires à mener et les options à mettre en oeuvre et planification des étapes restantes.
- ▲ Réalisation des analyses supplémentaires identifiées dans l'Étape 1.
- ▲ Planification de la mise en oeuvre, y compris les décisions finales basées sur les analyses de l'Étape 2.
- ▲ Mise en oeuvre du système de recouvrement des coûts.
- ▲ Suivi de la performance du système de recouvrement des coûts.
- ▲ Evaluation et révision des politiques, basées sur les données recueillies pendant le suivi; révision des politiques selon les besoins indiqués par les données.

Nous donnons ci-dessous une liste plus détaillée des étapes que doit réaliser le Ministère pour préparer la mise en oeuvre du recouvrement des coûts. Cette liste chevauche quelque peu le plan d'assistance technique décrit ci-dessus.

3. **Étapes restant au ministere de la sante pour preparer le recouvrement des couts.**

- ▲ **Centres de santé primaires :**
  - △ Organiser des réunions pour faire connaître les résultats de l'étude;
  - △ Assurer la disponibilité des médicaments essentiels;
  - △ Créer un système de suivi;
  - △ Élaborer un système d'exonération et de détermination des moyens;
  - △ Mener une campagne d'éducation publique; et
  - △ Préparer les documents définitifs sur les tarifs, la réglementation et l'octroi d'un statut autonome aux centres de santé.

▲ **Formations sanitaires d'un niveau plus élevé :**

- ▲ Mettre au point un système de comptabilité amélioré et former le personnel à l'utiliser;
- ▲ Élaborer un système de gestion amélioré et former le personnel; et
- ▲ Mener une étude sur le recouvrement des coûts.

**Recommandations**

1. Utiliser l'assistance technique à court terme dans le domaine de l'économie de la santé et de la gestion des hôpitaux pour mener les analyses finales (telles qu'études sur les coûts hospitaliers, maîtrise des coûts, etc.).
2. Envoyer le Conseiller à long terme en administration et gestion à temps pour planifier la mise en oeuvre et surveiller le recouvrement des coûts jusqu'au suivi et à l'évaluation.
3. Donner plus d'expansion au séminaire proposé pour diffuser les résultats des analyses récentes en permettant aux décideurs de faire les choix nécessaires.
4. Poursuivre les travaux sur la fixation des tarifs des services hospitaliers et des centres de santé. Cette activité doit comprendre l'estimation des coûts des services, la fixation des prix pour refléter les coûts et autres objectifs, puis une nouvelle analyse pour s'assurer qu'ils sont à la portée de tous.
5. Instaurer des stimulants pour le personnel dans le système de recouvrement des coûts, ce qui aura l'effet d'améliorer la qualité des soins.
6. Ajouter une étude sur la maîtrise des coûts hospitaliers aux activités prioritaires de la CES.
7. Poursuivre les analyses des données de l'enquête nationale afin de :
  - a) calculer les dépenses moyennes et médianes mensuelles dans les zones rurales et les zones urbaines, et pour les cinq régions sanitaires; et
  - b) calculer la capacité de payer selon le revenu médian mensuel des ménages par quintile de revenu et par région sanitaire.
8. En ce qui concerne les documents gouvernementaux fixant les prix et établissant une réglementation sur le recouvrement des coûts.
  - ▲ Bien que les prix proposés semblent généralement à la portée de tous, il sera nécessaire d'établir une politique d'exonération pour les couches les plus défavorisées.

- ▲ Les ristournes octroyées doivent récompenser l'amélioration de la santé des patients plutôt que le nombre de procédures réalisées, ce qui aura l'effet de réduire la surutilisation des services médicaux et d'encourager les prestataires à fournir des soins de bonne qualité.
- ▲ En plus du tarif hospitalier uniforme, il faut envisager de faire payer les journées d'hospitalisation pour décourager les patients de rester à l'hôpital plus longtemps que nécessaire.

## 5.0 EXAMEN DES PROGRAMMES DE RECOUVREMENT DES COUTS

- ▲ Etude de faisabilité pour la mise en oeuvre d'un Système de contribution des ménages au financement des soins de santé (Pasnik, F., septembre 1986)
- ▲ Compte rendu de l'Atelier sur le financement des soins de santé en République centrafricaine (Makinen, Graybill et Percy, avril 1989)
- ▲ Systèmes actuels de recouvrement des coûts des soins de santé en République centrafricaine, HFS Note technique No 15 (CES, février 1992)

## 5.1 Etude de faisabilité sur la mise en oeuvre d'un Système de contribution des ménages au financement des soins de santé (Florence Pasnik, septembre 1986)

### Résumé

Une consultante de REACH s'est rendue en République centrafricaine pour aider à renforcer le programme de financement autonome du Programme CCCD et d'autres activités de santé. Elle a évalué les initiatives de recouvrement des coûts en cours dans les formations sanitaires publiques ainsi que les options de financement des services du CCCD. Des discussions de groupe ont été organisées pour estimer la volonté de payer les services. Il a été conclu que des tarifs de 100 francs CFA par épisode avec consultation externe et de 1.000 francs CFA pour un accouchement ou une hospitalisation étaient acceptables.

### Introduction

Le Projet REACH avait comme objectif de fournir une assistance technique au CCCD afin de renforcer ses activités d'autofinancement et d'autres activités sanitaires en République centrafricaine. Un consultant de REACH s'est rendu en République centrafricaine pour évaluer les initiatives de recouvrement des coûts en cours dans les hôpitaux (CNHUB en particulier) et les dispensaires (Castors en particulier) et analyser les options de financement pour les services du CCCD.

### Constatations

1. **Situation du financement des soins de santé en République centrafricaine.** La République centrafricaine est un pays relativement pauvre dont le revenu annuel par habitant est d'environ 260 dollars <sup>1</sup>. La plupart des services de santé publics sont fournis gratuitement mais les gens doivent souvent acheter les médicaments prescrits dans les pharmacies privées. Les contraintes budgétaires font qu'il est de plus en plus difficile au gouvernement de continuer à fournir des soins de santé gratuitement.

L'étude a relevé plusieurs contraintes d'ordre général.

- ▲ Une bonne partie de la population a un revenu très faible, si bien que les tarifs doivent être soit très bas, soit sur une échelle mobile.
- ▲ Il est difficile d'expliquer et d'appliquer avec succès un barème de tarifs pour les soins préventifs.

---

1. Nous avons utilisé le taux de change de septembre 1986 qui était de 350 francs CFA par dollar dans tout ce rapport.

- ▲ Il y a une pénurie permanente de médicaments dans les formations sanitaires rurales, et à un moindre degré dans les formations sanitaires urbaines.
- ▲ La difficulté de recevoir des soins de santé de qualité à tous les niveaux du système est telle qu'en réalité les patients paient tout ou une partie du coût de leurs soins (pots-de-vin, médicaments dans les pharmacies privées, etc.). *Proposer que la population contribue aux coûts d'un service sanitaire amélioré ne ferait en fin de compte que standardiser un prix déjà existant.*

2. **Exemple de tarifs existants dans les formations sanitaires publiques.** Il existe déjà des plans de financement selon lesquels la population paie une partie des soins de santé dans les formations sanitaires publiques. Les hôpitaux, maternités et centres de soins de santé infantiles font payer leurs services. L'hôpital national (CNHUB) a cinq types de patients qui doivent payer des tarifs allant de zéro à 5.000 francs CFA. On a estimé que si chaque patient payait 1.000 francs CFA par journée d'hospitalisation au CNHUB, les recettes annuelles se monteraient à 231 millions de francs CFA. En fait, les recettes annuelles enregistrées pour 1985 n'étaient que de 26 millions de francs CFA, soit à peu près un dixième du montant prévu. Explication : tout l'argent n'est pas recueilli et ce qui l'est n'est pas entièrement remis au Trésor.

En plus de l'argent qu'elle verse aux formations sanitaires publiques, la population dépense entre 150.000 et 600.000 dollars par an pour les médicaments dans les 19 pharmacies privées de Bangui et les dépôts de médicaments de tout le pays. Les prix de détail sont généralement deux ou trois fois plus élevés que les prix d'achat dans les pharmacies centrales, ce qui suggère que nombre des formations sanitaires publiques devraient être en mesure de fournir des médicaments à des prix plus faibles que les pharmacies de détail.

3. **Volonté et capacité de payer les soins de santé.** Une question critique à laquelle doit répondre le Gouvernement de la République centrafricaine est de savoir si la population peut payer les services de santé. La consultante a organisé des discussions de groupe pour savoir si la population voulait bien payer les services de santé. Ces discussions ont révélé que les gens étaient prêts à payer :

- ▲ Un certain montant pour les services de santé du moment qu'ils recevaient des soins;
- ▲ 100 à 500 francs CFA par épisode de maladie et jusqu'à 1.000 francs CFA pour une hospitalisation ou un accouchement normal; et
- ▲ 500 à 1.000 francs CFA pour une carte familiale de santé valable un an permettant aux membres de la famille d'obtenir les médicaments sur ordonnance gratuitement.

## Recommandations

1) Il est recommandé que les ménages contribuent aux services curatifs de santé dans les formations sanitaires publiques par *un système au moyen duquel ils font des paiements préalables et versent un montant fixe au moment du traitement (ticket modérateur)*.

▲ **Composante paiements préalables.** Les ménages achètent une carte de santé qui leur coûte entre 525 et 5.250 francs CFA par an (1,50 dollar à 15 dollars), selon leur revenu. Ceci permettrait d'obtenir 575 millions de francs CFA (1,6 million de dollars) par an. Un comité central autonome au Ministère de la santé serait formé pour gérer les recettes qui serviraient à fournir des soins curatifs et préventifs.

▲ **Composante paiement à l'acte (ticket modérateur).** Un paiement pour chaque consultation externe de 100 à 500 francs CFA, basé sur les renseignements figurant sur la carte de santé. Ce système permettrait de recueillir environ 890 millions de francs CFA (2,5 millions de dollars par an). Les recettes seraient gardées par la formation sanitaire.

Ensemble, le paiement préalable et le ticket modérateur permettraient de recueillir 1,5 milliard de francs CFA (4,2 millions de dollars) par an. On pourrait également faire payer davantage aux malades hospitalisés. Il est prévu que ce plan de paiement corrigerait les systèmes existants, qui sont arbitraires et inéquitables, et améliorerait l'équité et l'efficacité.

2) Envisager la construction d'une aile pour les consultations externes au CNHUB, ce qui permettrait de faire payer ce type de consultation.

3) Réaliser un test pilote du système de paiement à l'acte.

▲ L'USAID devrait fournir une assistance technique au Ministère de la santé pour l'aider à appliquer un système de paiement pilote dans une formation sanitaire.

▲ Réaliser ce test pilote soit à la Maternité Castors soit au Dispensaire Boy Rabe (La Maternité Castors a déjà un programme viable de paiement à l'acte). Une fois que ce test pilote fonctionnera avec succès dans une formation sanitaire, on pourra instaurer ce système dans une autre.

▲ Créer un fonds renouvelable de médicaments pour la chloroquine et les ORS dans le cadre du Programme CCCD.

▲ Etablir un fonds renouvelable pour les médicaments et un fonds de roulement pour tous les traitements et médicaments (une fois que le fonds renouvelable de médicaments du CCCD aura atteint son régime de croisière). Il est proposé de faire payer 100 francs

CFA qui couvriraient la consultation, les examens et les médicaments.

- ▲ Nommer une personne du CCCD responsable de la coordination et des conseils pendant l'expérience initiale pour en suivre les progrès et assurer que les recettes servent au réapprovisionnement en médicaments et fournitures.
- ▲ Créer un Comité de gestion au sein du Ministère. Ses tâches initiales seraient les suivantes :
  - △ Servir de comité de supervision pour déterminer le meilleur système de recouvrement des coûts;
  - △ Proposer les études qui permettraient de recueillir les données de base nécessaires à l'établissement de systèmes de recouvrement des coûts;
  - △ Proposer une réforme institutionnelle pour la CAR afin de faciliter la mise en oeuvre du recouvrement des coûts; et
  - △ Evaluer l'essai de recouvrement des coûts dans les dispensaires pilotes après une période de fonctionnement et recommander des mesures pour appliquer le recouvrement des coûts à l'échelle du pays et superviser les opérations de l'ensemble du système.

#### 4. **Autres contraintes entravant l'application du recouvrement des coûts.**

- ▲ La législation ne permet pas aux formations sanitaires de garder leurs recettes.
- ▲ Vingt pour cent peut-être de la population ne peut pas payer – une enquête sera peut-être nécessaire pour vérifier ce pourcentage et déterminer quelles sont ces personnes.
- ▲ Le mauvais souvenir laissé par la carte de santé de 1974 risque de conforter la réticence des programmes à faire payer les services.
- ▲ Le système de distribution des médicaments n'est pas efficace.
- ▲ Les pots-de-vin aux prestataires de soins de santé sont incompatibles avec le système standardisé de paiement proposé.
- ▲ Les accords avec la Banque mondiale du début des années 80 ont eu comme résultat une pénurie de personnel de santé qualifié (en raison des conditions de l'accord de prêt qui imposait des restrictions d'embauche et de salaire).

## 5.2 Compte rendu de l'Atelier sur le financement des soins de santé en République centrafricaine (Makinen, Graybill et Percy, avril 1989)

### Résumé

Le Projet CCCD a demandé au Projet REACH de réaliser un atelier à l'intention des autorités gouvernementales de la République centrafricaine pour discuter des questions de financement des soins de santé et du programme de recouvrement des coûts à l'étude. Participaient à ce séminaire de hauts responsables de l'Assemblée nationale, des Ministères de la santé, des finances et de l'intérieur, ainsi que les directeurs d'hôpitaux et des chefs régionaux de santé. Les participants ont conclu que la République centrafricaine devait envisager de répartir la responsabilité du paiement des services de santé entre la population, l'Etat, le secteur privé et les bailleurs de fonds.

### Introduction

Le Projet de lutte contre les maladies infantiles contagieuses (CCCD) a demandé au Projet de ressources pour la santé des enfants (REACH) de réaliser un atelier sur le financement des soins de santé à l'intention des responsables gouvernementaux de la République centrafricaine. Cet atelier avait comme objectif de faciliter la création d'un programme de recouvrement des coûts des soins de santé qui était à l'étude. Il a eu lieu du 24 au 28 avril 1989 et des responsables du Ministère de la santé, des finances, du Plan et de l'Assemblée nationale et d'autres protagonistes importants y ont assisté.

Le système de santé de la République centrafricaine souffre à la fois d'une insuffisance de crédits et d'une mauvaise répartition des ressources. Le niveau total des crédits apportés par l'Etat et les bailleurs de fonds (non compris les dépenses privées) en 1988 était de 3,731 milliards de francs CFA (11,8 millions de dollars), soit approximativement 1.382 francs CFA<sup>2</sup> (4,39 dollars) par habitant<sup>3</sup>. Bien que 14 % seulement de la population habitent dans la capitale, Bangui, cette ville compte pour 85 % des dépenses de soins curatifs.

### Composante de l'atelier

L'atelier a traité des questions suivantes.

- ▲ Etat actuel du financement de la santé en République centrafricaine.

---

2. Le rapport Makinen, Graybill et Percy contenait une erreur typographique, et donnait le chiffre de 2.382 francs CFA au lieu du chiffre correct de 1.382 francs CFA indiqué ici.

3. 1 dollar = environ 315 francs CFA.

- ▲ Critères d'évaluation des options de financement du secteur de la santé.
- ▲ Méthodes possibles de participation communautaire grâce au recouvrement des coûts.
- ▲ Présentation de deux études de cas en Afrique : Zones sanitaires au Zaïre et Projet Pikine au Sénégal.
- ▲ Aspects administratifs et de gestion des systèmes de recouvrement des coûts.
- ▲ Elaboration, présentation et discussion des conclusions de l'atelier.

### **Conclusions de l'atelier adoptées par la plénière**

1. Les études de cas d'autres pays d'Afrique ont aidé les participants à formuler des idées pour le financement des soins de santé en République centrafricaine.
2. La situation du financement de la santé en République centrafricaine se caractérise comme suit :
  - ▲ Manque d'informations financières pour prendre les décisions;
  - ▲ Absence de collaboration étroite entre le Ministère de la santé et le Ministère des finances avant l'élaboration des budgets;
  - ▲ Les dépenses ordinaires des nouveaux hôpitaux affectent négativement les services de santé ruraux;
  - ▲ Le montant des ressources sanitaires est insuffisant en République centrafricaine; et
  - ▲ La capacité de programmation et de planification financière est faible.
3. Les critères d'évaluation des systèmes de recouvrement des coûts doivent être :
  - ▲ Equité;
  - ▲ Accès physique et fonctionnel aux services de santé;
  - ▲ Ressources suffisantes pour permettre d'améliorer la qualité des services;
  - ▲ Faisabilité administrative; et
  - ▲ Efficacité.

4. Les responsabilités du financement du secteur de la santé devraient être réparties entre :
  - ▲ Affectations budgétaires de l'Etat;
  - ▲ Participation communautaire;
  - ▲ Coopération du secteur privé; et
  - ▲ Assistance internationale.
5. Les possibilités de participation communautaire au financement des soins de santé sont les suivantes :
  - ▲ Consultations;
  - ▲ Médicaments;
  - ▲ Hospitalisation;
  - ▲ Procédures de diagnostic;
  - ▲ Soins curatifs;
  - ▲ Soins préventifs;
  - ▲ Paiements anticipés; et
  - ▲ Paiements par des tiers.

Il faut étudier de façon plus approfondie les options de la liste.

Il est important que la population participe à l'établissement des tarifs.

6. Il faut mettre au point les critères d'exonérations pour certaines catégories de population.
7. Avant d'instaurer un système, il faut considérer les aspects administratifs suivants du recouvrement des coûts :
  - ▲ Besoin de systèmes d'informations financières;
  - ▲ Capacité de gestion au niveau des formations sanitaires; et
  - ▲ Création de comités de gestion communautaires.
8. Les projets doivent être intégrés aux plans de développement du secteur de la santé.

## **Prochaines étapes de la participation communautaire au financement des soins de santé**

La plénière a adopté les huit conclusions ci-dessus et formulé une procédure pour la conception d'un système de financement de la santé faisant participer la communauté. Trois décisions doivent être prises avant de continuer et des analyses doivent être menées pour informer et guider les décideurs. La liste de ces décisions et analyses se trouve ci-dessous.

- ▲ Quels rôles doit jouer chacun des partenaires (Gouvernement de la République centrafricaine, organismes d'assistance étrangers, secteur privé et population de la République centrafricaine) pour se partager la responsabilité du financement des services de santé?

**Analyse :** Etudes des coûts des services de santé prioritaires et des capacités de chacun des partenaires de satisfaire les besoins de financement.

- ▲ Quel type de participation communautaire mettre en oeuvre?

**Analyse :** Etudes socio-économiques, y compris sur le revenu de la population (capacité de payer) et les avantages et inconvénients des divers systèmes de recouvrement des coûts.

- ▲ Comment mettre en oeuvre le système?

**Analyse :** Degré de décentralisation, rôle des comités de gestion communautaires, systèmes administratifs à développer et mécanismes d'évaluation à instituer.

2. Ces analyses ont toutes été confiées à la DEPS, à condition que le Ministère de la santé renforce la DEPS à moyen terme. Il a été conclu que le Ministère de la santé devait :

- ▲ Renforcer la DEPS;
- ▲ Nommer un responsable du financement des soins de santé;
- ▲ Donner à ce responsable un personnel de financement de la santé;
- ▲ Former le personnel de financement de la santé (cours de brève durée); et
- ▲ Fournir un consultant de REACH pour travailler avec la DEPS aux questions de financement de la santé.

### 5.3 Système actuel de recouvrement des coûts des soins de santé en République centrafricaine, HFS Note technique No 15 (CES, février 1992)

#### Résumé

La Cellule d'économie de la santé du Ministère de la santé a analysé les systèmes de recouvrement des coûts utilisés en République centrafricaine en 1991. L'objectif de cette étude était de déterminer quels étaient les différents types de recouvrement des coûts pratiqués d'évaluer leur capacité de produire des revenus, et de recommander au gouvernement le système le plus approprié à la population et à la situation de la CAR. Cette étude a examiné 28 formations sanitaires publiques et sept privées. Elle a identifié quatre types de recouvrement des coûts et en a recommandé deux qui devraient être appliqués dans tout le pays : 1) paiement à l'acte, et 2) paiement par épisode de maladie. L'étude a identifié plusieurs problèmes majeurs devant être résolus : indigence et identification des pauvres; abus du privilège des fonctionnaires de recevoir des soins subventionnés; ministères ne payant pas les soins de leurs employés; et mauvaises pratiques de gestion dans les formations sanitaires publiques.

#### Introduction

Le recouvrement des coûts existe en République centrafricaine depuis plusieurs années dans les formations sanitaires privées et dans quelques formations publiques. L'objectif de cette étude était de déterminer les différents types de recouvrement des coûts pratiqués, d'évaluer leur capacité de produire des revenus, et de recommander au gouvernement le système le plus approprié à la population et à la situation de la République centrafricaine.

#### Constatations.

Les enquêteurs ont examiné 35 formations sanitaires (28 publiques et sept privées). Ils ont constaté qu'il existait quatre principaux systèmes de recouvrement des coûts. La fréquence, parmi ces 35 formations sanitaires est indiquée ci-dessous, suivie d'une explication de chaque système :

Paiement à l'acte (paiement pour chaque service reçu)	62 %
Paiement par épisode de maladie	22 %
Paiement par visite	13 %
Paiement à l'avance pour une année de service	3 %

- ▲ **Paiement à l'acte.** Les patients paient directement au moment du service. Tous les services s'ajoutent (examens, consultation, médicaments, etc.) et le patient paie le total. Ce système encourage une meilleure affectation des ressources dans les formations sanitaires, mais il exige des systèmes de comptabilité et de gestion plus développés que le paiement par visite, décrit ci-dessous.

- ▲ **Paiement par épisode de maladie.** Le patient paie la première visite. Les visites de suivi pour la même maladie sont gratuites. Les tarifs peuvent être basés sur le coût moyen du traitement de toutes les maladies ou sur le coût moyen du traitement de catégories de maladies (par exemple, infections respiratoires, maladies sexuellement transmises, etc.)
  - ▲ **Paiement par visite.** Le patient paie une somme forfaitaire à chaque visite. Ce type de système permet une affectation efficace des ressources et réduit la probabilité de surutilisation des services. Par contre, contrairement au paiement à l'acte, certains patients ne reviennent pas pour leur visite de suivi en raison des paiements supplémentaires qu'ils devront faire.
  - ▲ **Paiement à l'avance pour une année de service.** Le centre médical de Bougila emploie ce système pour un lycée proche et les élèves de théologie. D'après eux, cette méthode est en partie responsable de la surutilisation des services, ce qui a comme résultat un déficit d'exploitation. Les prix doivent être calculés soigneusement et, lorsque c'est possible, il faut demander un ticket modérateur au moment des soins pour réduire les abus.
2. En plus des différentes méthodes de paiement, l'étude a constaté que les tarifs sont appliqués aux services de trois façons différentes : on fait payer tous les services et médicaments, on fait payer uniquement certaines catégories de services, ou bien on fait payer des droits annuels qui ne couvrent que les certificats médicaux.

Les taux moyens de recouvrement des coûts sont indiqués dans le tableau qui suit. Ces taux sont calculés en prenant les recettes totales de recouvrement des coûts et en les divisant par le total des dépenses ordinaires.

**TABEAU 5.1**  
**TAUX MOYEN DE RECOUVREMENT DES COÛTS (ET AMPLITUDE) DANS LES FORMATIONS**  
**SANITAIRES COUVERTES PAR L'ENQUÊTE<sup>4</sup>**

FORMATION SANITAIRE	MOYENNE	AMPLITUDE	
		INFERIEURE	SUPERIEURE
Hôpitaux privés (n = 4)	33	15	67
Formations sanitaires centrales publiques (n = 2)	18	15	20
Maternités urbaines publiques (n = 3)	94	81	104
Hôpitaux régionaux publics (n = 4)	25	10	53
Hôpitaux préfectoraux publics (n = 4)	5	3	6
Centres de santé provinciaux publics (n = 9)	27	2	93

Parmi les formations sanitaires publiques, les maternités urbaines sont notables pour leur taux élevé de recouvrement des coûts. Contrairement à de nombreuses autres formations sanitaires publiques qui reçoivent des crédits de l'Etat pour les fournitures et autres coûts de fonctionnement, en plus des salaires et des coûts des médicaments, les maternités urbaines ne reçoivent une aide du gouvernement que pour les salaires et les médicaments.

3. **Barème des tarifs et emploi des recettes.** Une formation sanitaire privée, le centre médical Ippy Mid-Mission, fait payer une marge bénéficiaire de 63 % sur les médicaments pour couvrir les coûts de transport, de manutention, d'assurance, les impôts et les commissions. Bien que les autres formations sanitaires privées utilisent des marges bénéficiaires semblables pour les médicaments, le prix de ceux-ci varie du simple au double d'un hôpital à l'autre. Les hôpitaux privés ont aussi des barèmes de tarifs variant selon le niveau de revenu du patient et dans certains cas, son âge (adulte ou enfant).

Les barèmes de tarifs et les prix variaient également selon les formations sanitaires publiques. Ainsi, trois des quatre hôpitaux régionaux fournissaient les procédures chirurgicales gratuitement. Deux demandaient un paiement pour les examens de laboratoire, alors que les deux autres les réalisaient gratuitement. Deux des centres sanitaires publics examinés demandaient le paiement systématique de tous les

---

4. Ce tableau est tiré des données des tableaux de la Section 4 du rapport technique. Ici, la performance du recouvrement des coûts a été calculée en utilisant comme dénominateur la somme des dépenses et subventions enregistrées. Le numérateur est le montant déclaré des recettes provenant des paiements des usagers. Ceci a comme résultat des taux de recouvrement des coûts plus faibles que dans le rapport technique qui ne comprenait pas les subventions de l'Etat dans le dénominateur.

services et médicaments alors que les autres ne faisaient payer que les certificats médicaux.

La plupart des formations sanitaires publiques se servaient de méthodes informelles pour identifier les indigents, c'est-à-dire les personnes n'ayant pas suffisamment de ressources pour payer. Les fonctionnaires qui doivent payer 20 % du tarif alors que le gouvernement paie le reste, payaient rarement leur part, et faisaient fréquemment soigner les membres de leur famille élargie, ainsi que de leur famille nucléaire gratuitement.

La plupart des formations sanitaires publiques versaient une partie des recettes provenant des paiements au personnel sanitaire sous la forme de ristournes ou de primes.

4. **Gestion et comptabilité.** L'étude a conclu que le coût en temps et les coûts administratifs et financiers des systèmes de recouvrement des coûts qu'elle examinait étaient insignifiants. Elle a identifié plusieurs outils de gestion, y compris un cahier pour noter les recettes et les dépenses, un carnet de reçus pour les paiements faits au Trésor (pour les hôpitaux publics seulement) et dans certaines formations sanitaires, des fiches de stock et de gestion. Dans les hôpitaux publics en général, à l'exception des hôpitaux régionaux et de certains hôpitaux qui ont leurs propres administrateurs, la comptabilité était la responsabilité des directeurs des formations sanitaires qui sont soit des médecins, soit des techniciens supérieurs de la santé soit des employés de l'hôpital certifiés par l'Etat.

Les enquêteurs ont constaté que les systèmes d'enregistrement des données servant à contrôler le flux des médicaments étaient rarement utilisés dans les hôpitaux publics où les médicaments sont distribués gratuitement et où les pharmacies ne sont pas bien approvisionnées. Par contre, ils ont noté que les formations sanitaires privées utilisaient régulièrement des systèmes de gestion, comme RUMER (Registre des médicaments essentiels et recettes).

### **Conclusions/recommandations**

1. La situation économique de la population et la taille de la population couverte par la formation sanitaire jouent un rôle déterminant pour prévoir si le recouvrement des coûts sera viable.
2. Les formations sanitaires publiques n'appliquent pas toutes le recouvrement des coûts de la même façon.
3. Il faut adopter deux options de paiement : le paiement à l'acte et le paiement par épisode de maladie.

4. Les préparatifs de l'application de ces deux options doivent se faire comme suit :
- ▲ Une campagne d'information, éducation et communication pour expliquer les nouveaux systèmes de financement à la population et aux agents sanitaires.
  - ▲ Les dirigeants du pays doivent insister sur le développement économique général, car un meilleur niveau de vie contribue au succès des plans de recouvrement des coûts.
  - ▲ Il faut faire des plans pour identifier les indigents qui auront droit à des services gratuits ou partiellement subventionnés dans le cadre des nouveaux programmes de recouvrement des coûts.
  - ▲ Les formations sanitaires doivent recevoir suffisamment de fournitures pour améliorer la qualité des soins de santé et accroître leur couverture.
  - ▲ La formation en gestion doit également faire partie du système de recouvrement des coûts pour améliorer l'efficacité opérationnelle des formations sanitaires.
  - ▲ Il faut rechercher d'autres sources de financement de façon à maintenir les prix à un niveau raisonnable. Les prix élevés excluent une forte partie de la population.
  - ▲ Il faut réorganiser les systèmes de comptabilité et de gestion pour accroître la transparence et éliminer les abus.

## **6.0 ANALYSE DE LA CAPACITE ET DE LA VOLONTE DE PAYER LES SERVICES SANITAIRES**

- ▲ **Le recouvrement des coûts en République centrafricaine : Résultats de deux enquêtes préliminaires et de certains interviews (Levin et Weaver, octobre 1987)**
- ▲ **Volonté de payer la survie des enfants : Résultats de l'Enquête nationale en République centrafricaine, Rapport technique (Weaver et al., avril 1993)**

## 6.1 Le recouvrement des coûts en République centrafricaine : Résultats de deux enquêtes préliminaires et de certains interviews (Levin et Weaver, octobre 1987)

### Résumé

On a demandé à trois consultants de REACH d'évaluer les trois activités potentielles de promotion du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques. Ces trois activités étaient les suivantes : une enquête sur les dépenses des ménages, un projet pilote de recouvrement des coûts et un atelier/séminaire pour discuter des questions de recouvrement des coûts. Les consultants ont interviewé des décideurs, des gestionnaires et des utilisateurs de formations sanitaires, et interviewé des gérants de pharmacies villageoises. L'enquête a permis de constater que les patients payaient de 493 francs CFA au Foyer Charité pour les consultations et les produits pharmaceutiques à 10.848 francs CFA pour les hospitalisations (tout compris) à l'Hôpital Yaloke.

### Introduction

Le Gouvernement de la République centrafricaine a accepté de contribuer à une étude du financement autonome des dépenses ordinaires des Projets CCCD et d'envisager de recouvrer certains des coûts des services publics de santé afin de financer ces dépenses ordinaires<sup>5</sup>.

Une équipe de consultants du Projet REACH a été chargée d'explorer trois activités potentielles de promotion du recouvrement des coûts qui pourraient être mises en oeuvre en République centrafricaine :

- ▲ Une enquête sur les dépenses des ménages pour mesurer la volonté et la capacité de payer;
- ▲ Un projet pilote pour évaluer la capacité de gérer un programme de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques; et
- ▲ Un séminaire ou table ronde sur les questions de recouvrement des coûts à l'intention des décideurs de la République centrafricaine.

Afin de déterminer laquelle des activités ci-dessus serait la plus appropriée pour promouvoir le recouvrement des coûts en République centrafricaine, les consultants ont mené quatre activités :

- ▲ Interviews avec des dirigeants;
- ▲ Enquête préliminaire auprès des gestionnaires de formations sanitaires;

---

5. Nous avons utilisé le taux de change d'octobre 1987 qui était de 300 francs CFA par dollar dans tout ce rapport.

- ▲ Enquête préliminaires auprès des utilisateurs de formation sanitaire; et
- ▲ Interviews des gestionnaires de deux programmes de pharmacie villageoise.

## **Conclusions**

1. **Enquêtes auprès des dirigeants.** Les dirigeants se sont montrés très réceptifs à l'idée d'un programme de recouvrement des coûts pour les formations sanitaires publiques de la République centrafricaine. On en veut pour preuve que le programme pilote de recouvrement des coûts à la Maternité Castors a été élargi à quatre autres maternités publiques de Bangui. Les interviews ont révélé que les décideurs ne connaissaient pas bien la gamme des options de recouvrement des coûts existants.
2. **Enquête auprès des gestionnaires de formations sanitaires.** L'Hôpital Yaloke (privé) et la Maternité Castors (publique) fournissent des modèles utiles pour poursuivre l'enquête sur les options de recouvrement des coûts en République centrafricaine. Les initiatives de recouvrement des coûts de Yaloke fournissent suffisamment de recettes pour payer les salaires, tous les coûts des médicaments, l'entretien et les fournitures. Le recouvrement des coûts à la Maternité Castors permet de payer l'entretien et les fournitures et certains médicaments, alors que le Gouvernement finance tous les salaires et le reste des médicaments. Les gestionnaires de Yaloke et de Castors connaissaient bien l'établissement des prix, l'élaboration des politiques d'exonération et les procédures de commande des fournitures et d'entretien.
3. **Enquête auprès des utilisateurs des formations sanitaires.** Les utilisateurs des quatre formations sanitaires paient déjà les consultations, les examens de laboratoire et les produits pharmaceutiques. Les dépenses enregistrées pour les services vont de 10.848 francs CFA pour l'hospitalisation à l'Hôpital Yaloke à 493 francs CFA pour les consultations et les médicaments au Foyer charité (*voir le Tableau 6.1 ci-dessous*).

**TABLEAU 6.1**  
**DÉPENSES MOYENNES DÉCLARÉES DES UTILISATEURS DE QUATRE FORMATIONS**  
**SANITAIRES DE LA RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**  
 (francs CFA)

FORMATION SANITAIRE	BIENS ET SERVICES	DEPENSES (FRANCS CFA)
Hôpital Yaloke	consultation, médicaments, chirurgie et hospitalisation	10.848 francs CFA
Maternité Castors	soins prénatals et maternité	1.178
	médicaments achetés à l'extérieur	9.196
Foyer Charité	consultation et médicaments	493
Mamadou M'Baiki	consultation	0
	médicaments achetés à l'extérieur	2.687

Le fardeau financier a été estimé en calculant le pourcentage du revenu annuel par tête que représentent les dépenses ci-dessus. Les hospitalisations à Yaloke représentent 12 % du revenu annuel par tête, alors que l'achat de médicaments après consultation à Mamadou M'Baiki représente 3 % du revenu annuel par tête.

Autres résultats de l'enquête.

- ▲ 75 % des utilisateurs ont indiqué qu'ils étaient prêts à payer les soins dans les formations sanitaires publiques.
  - ▲ 75 % des utilisateurs ont indiqué qu'ils étaient prêts à payer les médicaments dans les formations sanitaires publiques (à condition que l'approvisionnement soit suffisant).
  - ▲ Les gens choisissent apparemment les formations sanitaires privées pour la qualité des soins (propreté, meilleur équipement).
  - ▲ Il semble que l'on choisisse les formations sanitaires publiques en raison de leur proximité du domicile.
4. **Entrevues avec des gérants de pharmacies villageoises.** La réussite des pharmacies villageoises est une autre indication de la volonté de payer les services de santé (et les produits). Les villages contribuent pour 50 % au coût de la pharmacie villageoise et obtiennent un prêt pour les 50 % restants. Ce prêt est remboursé avec les bénéfices provenant de la vente des médicaments. Une pharmacie faisait assez de bénéfices pour payer un pharmacien à plein temps.

## Recommandations

Sur les trois activités potentielles de recouvrement des coûts à l'examen, l'équipe recommande de réaliser d'abord un *séminaire/table ronde* à l'intention des décideurs. Les participants peuvent discuter d'une vaste gamme d'options de recouvrement des coûts pour la RCA et créer un groupe d'appui au recouvrement des coûts pour le CCCD.

Recommandations spécifiques.

1. Organiser un séminaire/table ronde de trois à cinq jours avec l'assistance technique de REACH pour présenter les options de recouvrement des coûts disponibles dans les formations sanitaires publiques. Présenter les résultats des programmes de recouvrement des coûts marchant bien dans d'autres pays d'Afrique. Discuter des critères de sélection d'un site pour un projet pilote.
2. Le séminaire doit avoir comme résultat la formation d'une équipe chargée de mettre au point les grandes lignes d'un projet pilote de recouvrement des coûts. Cette équipe doit concevoir un projet pilote comprenant des pratiques de gestion innovatrices et identifier un site approprié pour le projet. L'équipe devra gérer la collecte des données de base sur les dépenses de santé des consommateurs et les coûts de fonctionnement des centres de santé sites des essais.
3. Après exécution des deux premières recommandations, le projet pilote devra être lancé dans les formations sanitaires publiques de la zone sélectionnée. Ce projet exigera de recueillir des données, de former du personnel en financement et comptabilité, d'évaluer le projet et d'en diffuser les résultats.

### 6.2 Volonté de payer la survie des enfants : résultats de l'Enquête nationale en République centrafricaine, Rapport technique (Weaver et al., avril 1993)

#### Résumé

Le Ministère de la santé est en train de préparer un programme de paiement pour les formations sanitaires publiques. Une enquête a été menée pour estimer la volonté et la capacité de payer certaines améliorations des services dans les formations sanitaires publiques. Cette enquête a utilisé deux méthodes pour mesurer la volonté et la capacité de payer les améliorations de la qualité : l'évaluation contingente et les dépenses courantes. Conclusions : 75 % de la population est prête à payer cinq des sept améliorations proposées et 65 % est prête à payer les sept améliorations; les dépenses actuelles sont plus importantes que le coût estimé des améliorations de la qualité; les habitants des zones rurales sont prêts à payer davantage que les résidents des zones urbaines; le montant que les ménages sont prêts à payer varie d'une région sanitaire à l'autre.

## Introduction

Une équipe de consultants de HFS et de la CES a mené une enquête dans tout le pays en République centrafricaine pour estimer les dépenses actuelles de santé et la volonté de payer un groupe de sept améliorations de la qualité des services sanitaires publics. Les enquêteurs ont employé deux méthodes : l'évaluation contingente et l'estimation des dépenses courantes des ménages. L'évaluation contingente a servi à estimer la volonté de payer; il s'agissait de poser aux personnes interrogées des questions hypothétiques sur ce qu'elles étaient prêtes à payer pour un service amélioré. Les dépenses courantes des ménages ont été estimées en posant au chef de famille une longue liste de questions sur les dépenses et la consommation du mois précédent.

L'enquête essaie d'estimer la volonté de payer différentes améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques : entretien de la formation sanitaire, amélioration des connaissances et des compétences du personnel sanitaire et disponibilité des médicaments pour le traitement de cinq maladies courantes (paludisme, maladies sexuellement transmises, parasites, infections respiratoires aiguës et diarrhée).

## Constatations

Les résultats de l'enquête indiquent qu'une majorité de la population est prête à payer les améliorations des services de santé publics. Un résumé des constatations de l'enquête se trouve ci-dessous.

1. **Les réponses aux questions de l'enquête indiquent qu'une majorité de la population est prête à payer des améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques (voir Tableau 6.2); ceci suggère qu'un programme de recouvrement des coûts pour appuyer les améliorations de la qualité donnera probablement des résultats satisfaisants.**

Estimation du coût des améliorations de la qualité et volonté de payer :

- ▲ Au moins 74 % des personnes interrogées sont prêtes à payer le coût estimé de cinq des sept améliorations; et
- ▲ Au moins 64 % des personnes interrogées sont prêtes à payer le coût estimé des sept améliorations.

**TABLEAU 6.2**  
**VOLONTE DE PAYER LES AMELIORATIONS DE LA QUALITE : POURCENTAGE DES**  
**PERSONNES INTERROGEES ET MONTANT MEDIAN QU'ELLES SONT PRETES A PAYER**

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	COÛT ESTIMÉ (FRANCS CFA)	% DES PERSONNES INTERROGÉES PRÊTES À PAYER AU MOINS LE COÛT	MONTANT MÉDIAN QUE LES PATIENTS SONT PRÊTS À PAYER (FRANCS CFA)
Entretiens des installations	100	81 %	2540
Amélioration des compétences du personnel	100	75 %	1815
Médicaments pour traiter :			
Paludisme	150	77 %	1850
MST	500	66 %	2950
Parasites	300	76 %	3520
IRA	1000	64 %	3725
Diarrhée	150	74 %	3730
Taille de l'échantillon		251	1263

2. Les ruraux interrogés ont exprimé une volonté de payer plus élevée en ce qui concerne les améliorations de la qualité dans les formations sanitaires publiques que les citadins (voir Tableau 6.3). Ceci est peut-être dû au fait qu'il y a davantage de pharmacies privées dans les zones urbaines et par conséquent que les gens sont moins prêts à payer les coûts supplémentaires des améliorations dans les formations sanitaires publiques.

La médiane de la volonté de payer les améliorations de la qualité était sensiblement plus élevée dans les zones rurales (villages) que dans les zones urbaines (Bangui compris).

**TABLEAU 6.3**  
**EXEMPLES DE LA VOLONTÉ DE PAYER DES AMÉLIORATIONS DE LA QUALITÉ**

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ	ZONE RURALE (FRANCS CFA)	ZONE URBAINE (FRANCS CFA)
Entretien des installations	4622	1304
Traitement contre le paludisme	2688	934
Infection respiratoire aiguë	5237	1763

3. La médiane de la volonté de payer les améliorations de la qualité était inférieure dans les Régions IV et V à celle de la Région I.
4. Les personnes interrogées ayant recours aux soins modernes se rendaient le plus fréquemment dans les formations sanitaires publiques. La médiane des dépenses totales de santé (paiement des soins, pharmacie et transport) était de 1.085 francs CFA pour les formations sanitaires modernes et de 2.000 francs CFA pour les formations sanitaires privées.

Les dépenses sont les plus élevées pour les personnes qui se rendent dans les formations sanitaires privées et les plus faibles pour celles qui se rendent dans une pharmacie uniquement. Les dépenses moyennes des formations publiques ne comprennent que les produits pharmaceutiques et les transports car le coût médian dans une formation sanitaire publique était de zéro (voir *Tableau 6.4*).

**TABLEAU 6.4**  
**UTILISATION DES SOINS DE SANTE ET DEPENSES TOTALES**  
**PENDANT LE MOIS PRECEDANT L'INTERVIEW**  
 (paiement à la formation sanitaire, coût des produits pharmaceutiques et transport)

TYPE DE SOINS	% DE L'ECHANTILLON	DEPENSES TOTALES POUR TOUS LES SOINS (FRANCS CFA)
Soins modernes	76 %	1085
Formation sanitaire publique	41 %	1500 *
Formation sanitaire privée	15 %	2000
Médicaments achetés (sans consultation préalable)	16 %	800
Soins traditionnels	47 %	
Taille de l'échantillon	N = 922	

\* Pour les coûts de pharmacie et de transport; la médiane déclarée des dépenses dans les formations publiques était égale à zéro,

5. La médiane déclarée des dépenses totales moyennes pour les soins de santé était supérieure dans les zones urbaines à celle des zones rurales pour toutes les personnes ayant recours aux soins modernes. On a noté aussi des différences régionales.

La médiane des dépenses totales mensuelles était supérieure dans les zones urbaines à celle des zones rurales pour toutes les personnes ayant recours aux soins modernes; la médiane des dépenses totales mensuelles pour les Régions II, III, IV et V était inférieure à celle de la Région I. Les Régions IV et V semblent avoir les dépenses médianes totales les plus faibles.

6. Le coût des améliorations de la qualité est inférieur à ce que les personnes interrogées ont indiqué être prêtes à payer pour les améliorations.

Le coût estimé de l'amélioration de la qualité la plus chère (produits pharmaceutiques pour les IRA) était inférieur à 2,4 % de la consommation mensuelle des ménages. En se basant sur les réponses au questionnaire, le montant médian que les personnes interrogées étaient prêtes à payer allait de 4,4 % à 9,0 % de la médiane de la consommation totale des ménages (voir Tableau 6.5).

**TABLEAU 6.5**  
**CAPACITE DE PAYER LES SOINS DE SANTE BASEE SUR LES MESURES**  
**DE L'EVALUATION CONTINGENTE DE LA VOLONTE DE PAYER**

<b>AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ</b>	<b>COÛT ESTIMÉ EN % DE LA MÉDIANE DE LA CONSOMMATION TOTALE MENSUELLE DES MÉNAGES</b>	<b>MONTANT MÉDIAN QUE LES PERSONNES INTERROGÉES SONT PRÊTES À PAYER EN % DE LA MÉDIANE DE LA CONSOMMATION MENSUELLE DES MÉNAGES</b>
Entretien de la formation sanitaire	0,2	6,1
Amélioration des compétences du personnel	0,2	4,4
Médicaments pour traiter :		
Paludisme	0,4	4,4
MST	1,2	7,1
Parasites	0,7	8,4
IRA	2,4	9,0
Diarrhée	0,4	9,0

7. Les dépenses des ménages pour l'amélioration de la qualité seront inférieures à la médiane des dépenses actuelles mensuelles des ménages pour les soins de santé modernes.

La médiane des dépenses totales mensuelles par épisode de maladie représente 2,6 % de la médiane de la consommation totale des personnes recevant des soins modernes. Ce montant est plus élevé que le coût de n'importe laquelle des sept améliorations de la qualité qui allait de 0,2 à 2,4 % de la médiane de la consommation mensuelle totale (voir Tableau 6.6).

**TABLEAU 6.6**  
**CAPACITE DE PAYER LES SOINS DE SANTE BASEE SUR LES DEPENSES**  
**ACTUELLES TOTALES DE SOINS DE SANTE**

TYPE DE SOINS	MÉDIANE DES DÉPENSES TOTALES PAR ÉPISODE DE MALADIE EN % DE LA MÉDIANE DE LA CONSOMMATION TOTALE MENSUELLE
Soins modernes	2,6 %
Formation sanitaire publique	3,6 %
Formation sanitaire privée	4,8 %
Médicaments achetés seulement	1,9 %

**Recommandations/implications des politiques**

1. Bien que les résultats de l'enquête suggèrent que le programme de paiement instauré par l'Etat a de bonnes chances de réussir, les coûts estimés devront être subventionnés pour 25 à 35 % de la population.
2. Les résultats suggèrent qu'il est peut-être possible de faire payer des tarifs plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Si les coûts de la fourniture de services de qualité sont plus élevés dans les zones rurales (par exemple, coûts de transport plus élevés), il peut être possible de récupérer la différence en relevant les tarifs.
3. Il peut être nécessaire de subventionner un pourcentage plus élevé de la population des Régions IV et V que des autres régions.

## **7.0 ANALYSE DES COUTS ET PRIX DES SERVICES DE SOINS DE SANTE**

- ▲ **Rapport de mission : République centrafricaine (Barker, février 1992)**
- ▲ **Etude préliminaire du financement de l'hôpital communautaire et proposition de tarifs provisoires, Note technique (Weaver et Ngueretia, septembre 1992)**

## 7.1 Rapport de mission : République centrafricaine (Barker, février 1992)

### Résumé

Le chef d'équipe de HFS, M. Barker, a estimé les coûts par personne de quatre options de recouvrement des coûts : médicaments, examens de laboratoire, entretien des bâtiments et tarifs des consultations. Il a constaté que le coût des médicaments génériques va de 5 francs CFA (traitement du paludisme) à 1.671 francs CFA (traitement de la coqueluche), alors que les coûts des médicaments à marque vont de 31 francs à 5.128 francs CFA pour le paludisme et la coqueluche respectivement. Les examens de laboratoire coûtent de 84 francs CFA pour les parasites à 216 francs CFA pour la syphilis. Les bâtiments des formations sanitaires peuvent être maintenus en faisant payer 25 francs CFA par patient. Les tarifs des consultations doivent s'échelonner entre 75 et 175 francs CFA, chiffre basé sur la durée moyenne du traitement.

### Introduction

Le Ministère de la santé a élaboré récemment un Plan sanitaire national (1992-96) qui identifie les activités de lutte contre les principales causes de morbidité et de mortalité. Le Ministère a proposé que les activités soient partiellement financées par le recouvrement des coûts. Rares sont, cependant, les évaluations des coûts des traitements.

M. Barker a estimé les coûts de quatre améliorations du système de santé public afin de disposer d'une base permettant de déterminer les prix pour le recouvrement des coûts. Ces quatre améliorations sont les suivantes :

- ▲ Produits pharmaceutiques pour traiter les 10 maladies les plus importantes;
- ▲ Fourniture et réactifs pour réaliser les examens de laboratoire de base;
- ▲ Entretien des bâtiments; et
- ▲ Tarif des consultations (y compris les sommes à distribuer comme ristournes à tout le personnel sanitaire).

### Constatations

Pour faciliter l'établissement des prix et l'administration, M. Barker a recommandé de combiner les maladies suivantes : parasites et MST; diarrhée et paludisme; et IRA (*voir le Tableau 7.1 ci-dessous*).

**TABLEAU 7.1**  
**TARIFS SUGGÉRÉS DES MÉDICAMENTS, EXAMENS DE LABORATOIRE**  
**ENTRETIEN ET CONSULTATIONS DANS LES FORMATIONS MÉDICALES PUBLIQUES**

	PRIX (FRANCS CFA)				
	MÉDICAMENTS	EXAMENS	ENTRETIEN	CONSULTATIONS	TOTAL
Parasites et MST	400	200	25	175	800
Diarrhée et paludisme (avec examen)	150	200	25	125	500
Diarrhée et paludisme (sans examen)	150	0	25	75	250
IRA	1000	0	25	175	1200

### Dérivation des prix

#### 1. Produits pharmaceutiques.

**TABLEAU 7.2**  
**COÛTS MOYENS DES MÉDICAMENTS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES ET**  
**PRIX RECOMMANDÉS POUR LES PROBLÈMES MÉDICAUX COURANTS**

MALADIE	COUT MOYEN DES MÉDICAMENTS (génériques)	PRIX MOYEN SUGGERE
Infections parasitaires	128 francs CFA	300 francs CFA
Diarrhée	262	200
Paludisme	5	100
IRA	1018	1000
MST	257	500

En se basant sur les données épidémiologiques et d'utilisation disponibles, une formation sanitaire desservant 100 patients, faisant payer les prix ci-dessus, encourerait des pertes de 2.605 francs CFA sur les ventes de médicaments. On pourrait éliminer ces pertes en relevant le prix de deux traitements de 100 francs CFA.

Pour faciliter l'administration, les cinq catégories de maladie peuvent être combinées en trois catégories, comme on le voit dans le premier tableau.

2. **Examens de laboratoire.** Un tarif de 200 francs CFA pour les examens de laboratoire couvrirait les coûts des fournitures consommables pour le paludisme, les parasites intestinaux et les MST (*voir Tableau 7.3 ci-dessous*).

**TABLEAU 7.3**  
**COÛTS MOYENS DES FOURNITURES CONSOMMABLES POUR**  
**LES EXAMENS DE LABORATOIRE**

MALADIE	COUT MOYEN DES FOURNITURES
Parasites intestinaux	84 francs CFA
Syphilis	246
Blennorragie (2 examens)	115
Paludisme (2 examens)	192
MOYENNE	152

Un tarif de 200 francs CFA dans les formations sanitaires publiques est inférieur au prix des examens comparables réalisés dans les formations sanitaires privées.

3. Les installations des formations sanitaires peuvent être entretenues en faisant payer 25 à 50 francs CFA par épisode de maladie (*voir Tableau 7.4*). Ces chiffres sont fondés sur l'hypothèse que chaque personne a recours à une formation sanitaire une fois par an, en moyenne, et que les coûts d'entretien sont égaux à 2 % des coûts de construction.

**TABLEAU 7.4**  
**CALCUL DES COÛTS D'ENTRETIEN DES FORMATIONS SANITAIRES PAR PERSONNE**

Coûts de construction :	57 millions de francs CFA
Entretien (2 %) :	1,14 million de francs CFA
Nombre de centres de santé :	66
Population :	3 millions
Population par formation sanitaire :	45.454
Coût par personne pour l'entretien :	1,14 million de francs CFA ÷ 45.454 personnes = 25,08 francs CFA par personne

4. **Tarifs des consultations.** Les tarifs des consultations sont basés sur les montants relatifs de temps nécessaire pour traiter les maladies (en chiffres ronds) lorsque l'on combine les produits pharmaceutiques, les examens de laboratoire et l'entretien des bâtiments (*voir Tableau 7.5*). Ce ne sont pas les résultats d'une analyse détaillée des coûts du personnel nécessaire pour traiter les différentes maladies.

**TABLEAU 7.5**  
**TARIFS PROPOSÉS DES CONSULTATIONS, BASÉS SUR UNE APPROXIMATION DU TEMPS DE TRAVAIL DU PRESTATAIRE POUR TRAITER LA MALADIE**

MALADIE	TARIF PROPOSE DES CONSULTATIONS
Parasites et MST	175 francs CFA
Diarrhée et paludisme (avec examens)	125
Diarrhée et paludisme (sans examen)	75
IRA	175

Les recettes serviraient à payer les coûts d'exploitation et à fournir des ristournes à tout le personnel sanitaire. Ces ristournes ont comme objectif d'encourager les prestataires à voir plus de patients, et de créer un système de contrôle financier informel puisque tous le personnel sera affecté si les fonds sont mal utilisés.

#### **Conclusions et recommandations complémentaires**

1. Cette analyse indique qu'il n'est pas nécessaire que le prix de chaque médicament couvre son coût, du moment qu'en moyenne les recettes totales provenant des médicaments couvrent la totalité de leur coût. Cela signifie que l'on subventionne certains médicaments en en vendant

d'autres plus chers qu'ils ne coûtent : ainsi le prix du traitement des parasites subventionne partiellement le coût du traitement des MST.

2. Il est recommandé d'arrondir les prix pour simplifier les problèmes administratifs.
3. Les comptes de médicaments doivent être séparés des comptes des autres recettes étant donné l'importance des produits pharmaceutiques dans le traitement des maladies et l'importance perçue de la qualité attachée à la disponibilité des médicaments.

## **7.2 Etude préliminaire du financement de l'hôpital communautaire et proposition de tarifs provisoires, Note technique (Weaver et Ngueretia, septembre 1992)**

### **Résumé**

Les consultants ont examiné les tarifs établis par le Décret No 91.065. Ces tarifs sont raisonnables pour les fonctionnaires et autres personnes employées à plein temps. Ils sont à peu près égaux ou supérieurs aux coûts (à l'exception des séjours hospitaliers). L'application des tarifs de l'Hôpital communautaire permettrait de récupérer plus que 100% des coûts de fonctionnement hors salaire et 34 % de toutes les dépenses ordinaires. Les consultants ont recommandé que les non salariés (chômeurs ou travailleurs du secteur informel) ne paient que la moitié du prix et que les assistés sociaux ou indigents ne paient rien du tout. Il faut également demander aux patients hospitalisés et à ceux venant en consultation externe de payer les examens et autres procédures médicales. Les résultats permettraient de faire glisser les coûts des non salariés et assistés sociaux aux autres catégories (fonctionnaires et personnes employées à plein temps).

### **Introduction**

Le Ministère est en train d'élaborer un plan de financement des dépenses ordinaires de l'Hôpital communautaire. Son objectif est d'arriver à une autonomie financière partielle, ce qui signifie que le gouvernement paie les salaires et une partie des dépenses de fonctionnement et que le recouvrement des coûts finance les ristournes au personnel et autres dépenses de fonctionnement.

L'étude a réfléchi aux résultats de l'application du Décret 91.065 à l'Hôpital communautaire et a essayé de répondre aux questions suivantes :

- ▲ Les tarifs des procédures médicales et chirurgicales sont-ils à la portée de tous?
- ▲ L'hôpital doit-il demander aux patients hospitalisés de payer les procédures médicales et chirurgicales et les examens diagnostiques?

- ▲ L'hôpital doit-il faire payer les procédures d'anesthésie et de salle de récupération?
  - ▲ Les tarifs sont-ils équitables pour les patients à revenu modeste et à revenu élevé?
  - ▲ Quel pourcentage des dépenses ordinaires l'Hôpital communautaire peut-il s'attendre à financer avec les recettes provenant des paiements?
1. **Comparaison des tarifs établis dans le Décret 91.065 avec les tarifs des formations sanitaires tenues par des missionnaires.** Les tarifs sont à peu près comparables avec ceux des missionnaires pour les *catégories de revenu élevé* dans les formations sanitaires tenues par des missionnaires. Le décret ne comporte qu'une seule catégorie alors que les missions ont deux ou trois catégories de revenu (*voir Tableau 7.6 ci-dessous*).

**TABLEAU 7.6**  
**COMPARAISON DES TARIFS ÉTABLIS DANS LE DÉCRET 91.065 AVEC CEUX**  
**DES FORMATIONS SANITAIRES TENUES PAR DES MISSIONNAIRES <sup>6</sup>**

PROCEDURE	FORMATION SANITAIRE			
	BRETHREN	GAMBOULA (travailleurs salariés)	BAPTISTE (revenu > 20.000 FCFA)	DÉCRET 91.065 (CNHUB, Lettre K = 400 FCFA)
Circoncision	4.000	10.500	6.000	12.000
Hernie simple	12.000	28.000	24.000	20.000
Amputation (grand membre)	14.000	18.000	27.000	32.000
Grefe de peau	5.700	8.000	6.000	4.000

2. **Comparaison des tarifs établis dans le Décret 91.065 avec le coût des services.** Le plus grand écart entre les tarifs et les coûts moyens des soins apparaît entre le séjour hospitalier et les examens radiologiques. Les tarifs des consultations externes sont proches de leurs coûts moyens (*voir Tableau 7.7*).

---

6. Pour les formations sanitaires Gamboula et Baptiste, on a choisi les catégories de revenu les plus élevées; la formation sanitaire Brethren et le Décret 91.065 ne comportent qu'une seule catégorie.

**TABLEAU 7.7**  
**COMPARAISON DES TARIFS ÉTABLIS DANS LE DÉCRET 91.065 ET**  
**LES COÛTS MOYENS DES SOINS**  
**(en francs CFA)**

<b>TYPE DE SOINS</b>	<b>TARIF (Décret 91.065) (francs CFA)</b>	<b>COÛT MOYEN ESTIMÉ (francs CFA)</b>
Consultation externe, technicien spécialisé	500	790
Consultation externe, généraliste	1.000	790
Consultation externe, spécialiste	2.000	790
Chirurgie * Journée d'hospitalisation	1.000	2.880
Médecine * Journée d'hospitalisation	500	2.880
Radiographie (os)	3.000	1.060
Procédure chirurgicale	16.000	18.800

\* Pour un ressortissant de la République centrafricaine dans une chambre de Catégorie 3.

3. **Comparaison des recettes provenant des paiements des utilisateurs avec les dépenses ordinaires totales.** En supposant que les niveaux d'activité à l'Hôpital communautaire soient comparables à ceux du CNHUB, les recettes de l'hôpital provenant des paiements des utilisateurs sont estimées à 237,9 millions de francs CFA. Ce chiffre est l'équivalent de 36 % du total des dépenses courantes, soit 34 % lorsqu'on inclut les ristournes au personnel dans le coût total.

Etant donné que le Gouvernement a l'intention de continuer à payer les salaires et les autres coûts de fonctionnement, il est intéressant de noter que les recettes attendues seront égales à plus que 100% des coûts de fonctionnement hors salaire (210 millions de francs CFA).

## Conclusions/recommandations

1. Le gouvernement doit envisager d'établir deux autres catégories de tarifs, "non salariés" pour les paysans et autres travailleurs du secteur informel et "assistés sociaux" pour les personnes incapables de payer quoi que ce soit. Ce premier tarif doit être d'environ la moitié du prix et l'autre de zéro.
2. Envisager d'établir des tarifs pour les procédures et les examens des patients hospitalisés. Ceci accroîtrait les revenus de l'hôpital et découragerait les patients d'essayer d'être admis à l'hôpital afin d'éviter de payer les examens externes.
3. Envisager d'établir des tarifs maximums par épisode de maladie nécessitant une hospitalisation à l'Hôpital communautaire. Ceci empêcherait les malades de recevoir une facture d'hôpital catastrophique s'ils devaient y faire un long séjour ou subir des procédures multiples.
4. Introduire une surcharge pour les patients s'adressant directement à l'hôpital. Trente ou 40 % des patients du CNHUB et de l'Hôpital communautaire viennent à l'hôpital sans avoir consulté dans une formation sanitaire d'un niveau inférieur.
5. Réaliser une étude de l'enregistrement des patients et du système comptable à l'Hôpital communautaire. Si tous les patients ne paient pas les tarifs ou si les pratiques d'enregistrement et de collecte des paiements ne sont pas efficaces, les nouveaux tarifs et recommandations ci-dessus n'accroîtront pas les recettes de l'Hôpital communautaire.
6. Passer un contrat avec une entreprise privée pour fournir des services de restauration à l'Hôpital communautaire.
7. Etablir un tarif uniforme pour la Lettre clé pour les procédures médicales et chirurgicales.