

## ***Le recours à la contractualisation dans les districts sanitaires : le Rwanda***

**Robert SOETERS**

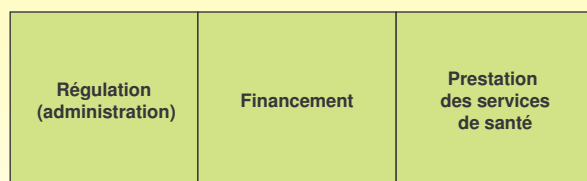
**Jean PERROT**

*CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement*

## ***Le recours à la contractualisation dans les districts sanitaires : le Rwanda***

**L'organisation du système rwandais de santé est basée sur le district sanitaire**

**Au départ vision intégrée: le MCD assure les responsabilités de:**

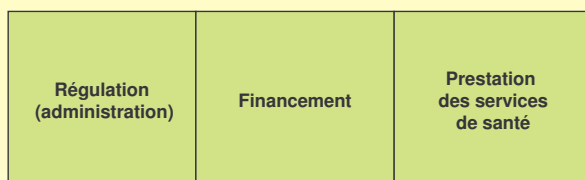


**Inefficacités**

*CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement*

## Première étape de la réforme

Les prestataires de services de santé deviennent autonomes par rapport à l'administration du district:



CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Première étape de la réforme

Les prestataires de services de santé deviennent autonomes par rapport à l'administration du district:

• **Secteur public:**

- Possibilité d'établir le recouvrement des coûts
- Mais pas de statut juridique

• **Secteur privé sans but lucratif:**

- Ces formations sanitaires reçoivent de l'administration sanitaire les mêmes financements que les formations publiques

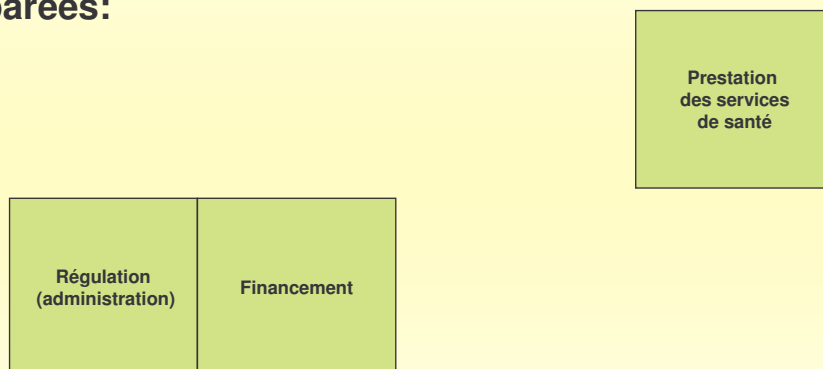
**L'administration sanitaire conserve les fonctions de régulation et de financement**

**Conséquences:** l'argent public (budget et aide extérieure) est distribué aux formations sanitaires sur d'autres critères que leurs performances: non incitation

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Deuxième étape de la réforme

Les fonctions de régulation et de financement sont séparées:



CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Deuxième étape de la réforme

Les fonctions de régulation et de financement sont séparées:

- L'administration du district s'occupe uniquement de la fonction de régulation
- Une organisation autonome s'occupant du financement est créée au niveau de la province (*plusieurs districts*):

- Elle reçoit les fonds du niveau central (*aide extérieure et budget de l'État*)
- Elle verse ces fonds aux prestataires de services de santé sur des critères de performances

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

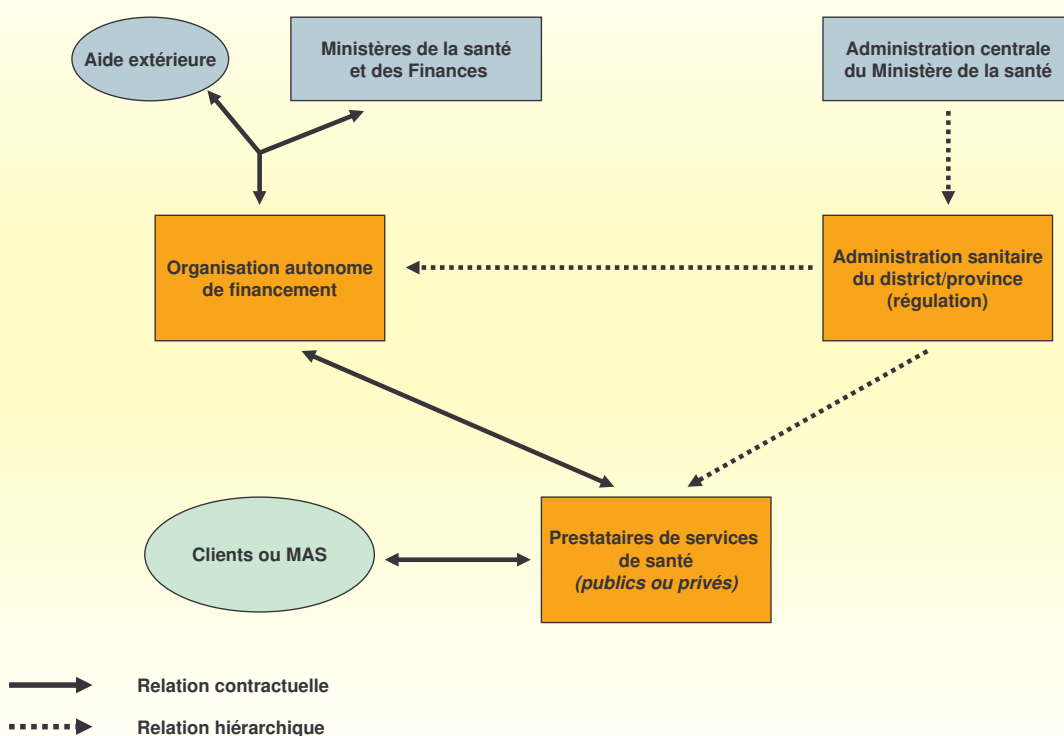
# Le recours à la contractualisation

Les relations entre ces différentes entités :

- soit sont d'ordre **hiérarchique** (notion de commandement unique)
- soit sont d'ordre **contractuel**: le contrat matérialise l'entente entre ces entités

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Systeme au Rwanda



CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## L'organisation autonome de financement

Elle ne reçoit pas automatiquement les financements du niveau central: contrat de performance

Au Rwanda, il s'agit des ONG internationales (Cordaid & HNI) ou une coopération bilatérale CTB

Mais cela pourrait être:

- une entité d'assurance santé
- une organisation publique distincte de l'administration sanitaire (type ARH en France)

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Résultats de l'expérience rwandaise dans la province de Cyangugu avec 620.000

Indicateurs mesuré pendant des enquêtes ménages à Cyangugu	Janvier 2003	Octobre 2005	Différence 2005 / 2003
Revenues par personne par an	\$ 40,96	\$ 52,58	28%
Dépenses pour la santé par personne par an	\$ 9,05	\$ 3,43	-62%
Coût moyen d'une consultation externe	\$ 2,43	\$ 1,56	-36%
% épisodes avec conséquences catastrophiques	2,5%	0,7%	-72%
% des ménages membre de la mutuelle	0%	41%	
Taux de natalité brut	5,20	4,13	-21%
% femmes age 15-49 qui utilise PF moderne	5,4%	11,6%	115%

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Résultats de l'expérience rwandaise dans un hôpital de 120 lits après changement de financement input à l'achat de performance

	2002 Financement type input traditionnelle	2003 L'achat de performance = Contractualisation	DIFFERENCE 2003 / 2002
Consultations médecins	1140	3900	242%
Actes chirurgicaux majeurs	60	180	200%
Accouchement eutociques	336	456	36%
Césarienne	264	288	9%
<b>Nombre total d'activités</b>	<b>1800</b>	<b>4824</b>	<b>168%</b>
Subsides	\$52,000	\$18,000	- 66%
<b>Subside par Activité</b>	<b>\$28.89</b>	<b>\$3.67</b>	<b>- 87%</b>

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Les principaux indicateurs de performance retenus dans les contrats entre organisation autonome de financement et les prestataires

Indicateurs PMA à subventionner	Cibles pour les Centres de Santé	Subvention
Nouvelles consultations externes	Population / 12	\$ 0,20
Journées d'hospitalisation	Population / 1000 * 30 jours	\$ 0,20
Enfants complètement vaccinés	Population x 4% x 90% / 12	\$ 1,50
Accouchement assisté par infirmier qualifié	Population x 4% x 80% / 12	\$ 3,00
Consultation prénatale nouveaux cas	90% de 4% de la population / 12	\$ 0,20
Consultation prénatale standard	4 x 50% de 4% de la population / 12	\$ 0,20
Distribution de moustiquaires imprégnées	30% de la population / 5 ans / 12	\$ 2,00
Latrines construites, en bon état et utilisées	pop / 5 personnes ménage / 12 / 3 ans	\$ 1,00
PF (pilule + inj) nvx + anc acceptantes	Population x 22% / 12 x 20%	\$ 2,00
PF: Insertion d'implants ou DIU 2% par an	Population x 22% / 12 x 2%	\$ 3,00
Dépistage adéquat de TB (3 examens crachat)	pop * 0.0018 = 1.8 / 1000 / 12	\$ 3,00
Subside après 6 ou 8 mois + contrôle crachat	pop * 0.0009 = 0.9 / 1000 / 12	\$ 5,00
Indicateurs VIH/SIDA (PTME, VCT, ARV)		

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Résultats de l'expérience rwandaise

Indicateurs mesuré pendant des enquêtes ménages à Cyangugu	Janvier 2003	Octobre 2005	Différence 2005 / 2003
Episodes maladie par personne par an	2,43	1,68	-31%
Proportion d'épisodes causés par le paludisme	61%	48%	-21%
Couverture de moustiquaires (par 1,5 personne)	5,6%	15,3%	173%
% enfants < 1an vaccinés conforme age	94%	96%	2%
% accouchements assistés	25%	61%	144%
% femmes enceintes allée à la CPN + reçue TT	72%	96%	33%
% répondants qui connaisse risque de matériaux tranchants pour le VIH	35%	58%	66%

## Résultats de l'expérience rwandaise

- De nouveaux emplois pour 120 personnels de santé qualifié = + 30%
- L'établissement de 14 nouveaux postes de santé et de 19 cliniques privées sous contrat = + 124%  
Ainsi, l'accès géographique est considérablement augmenté et frais de transport réduits pour les patientes
- Renforcement du rapport entre le gouvernement et les cliniques privées de santé
- Création d'un instrument pour le contrôle de qualité dans le secteur privé de santé précédemment informel

## Discussions: Préalables 1

- **Importance d'éviter le monopole pour les contrats !**

Pour des raisons d'efficacité, il devrait y avoir concurrence pour des contrats *au début* du processus mais aussi pendant *la durée* du contrat

- **L'autonomie de gestion des prestataires est crucial**

Libérer les forces d'innovation et d'entrepreneuriat. Ainsi les prestataires peuvent résoudre les problèmes spécifiques locaux

CERDI - Le financement de la santé dans les pays en développement

## Discussions: Préalables 2

- **Disponibilité de fonds** au niveau de l'agence d'achat d'au moins \$ 3.00 par personne par an **pour la prestation au niveau périphérique = (programme CS, hôpitaux de référence, programmes communautaires: moustiquaires, assainissement, plaidoyer PF, IEC VIH/SIDA).**
- **Scénario de Rwanda:** Premier année: \$1.00  
Deuxième année: \$2:00  
Troisième année et années suivantes: \$3:00

En fonction d'augmentation progressives des résultats

## ***Discussions: Préalables Qualité***

- L'achat de performance avec les subsides publics ne devrait pas seulement être basée sur la *quantité*, mais également sur la *qualité*
- Examens de qualité des formations sanitaires sont **TRÈS IMPORTANTS** : Rôle clé pour les autorités de santé de vérifier indicateurs qualité
- Les patients et les communautés devraient jouer un rôle important en améliorant la qualité perçue par le patient par exemple le temps d'attente, coût, respect: Renforcer *la voix du consommateur*

## ***Discussions***

Y compris le fait que l'administration sanitaire du district perd beaucoup de pouvoirs et de possibilités de détourner!!!!

Au Rwanda, les autorités de district ont aussi un contrat de performance qui ajoute de revenus en dehors de salaires réguliers

Opposition au système vient surtout du Ministère de Santé (perte de pouvoir) et certains bailleurs (manque de connaissance du nouveau système)

En 2005, le gouvernement a décidé d'élargir le système de trois provinces pilotes à tout le pays