

REPUBLIQUE DU CAP VERT  
Ministère de la Santé

Etude sur le financement des services de santé  
Octobre 2003

*Version Provisoire*

Philippe Vinard

Lux-Development

AEDES-ALTER

Table des matières	
Abréviations .....	4
Executive summary .....	5
Introduction .....	6
I La situation actuelle du financement de la santé .....	7
1.1 Financement public .....	7
1.1.1 Budget de fonctionnement du Ministère de la santé .....	8
1.1.2 Les budgets déconcentrés .....	9
1.1.3 Les budgets des établissements autonomes .....	12
1.1.4 Le Budget d'investissement .....	16
1.2 L'approvisionnement en médicaments .....	18
1.3 Le secteur privé .....	20
1.4 Le système de protection sociale .....	21
1.4.1 L'Institut National de Prévoyance Sociale .....	21
1.4.2 Les autres systèmes d'assurances .....	22
1.5 Synthèse .....	23
1.5.1 Les dépenses par habitants .....	23
1.5.2 Les comptes nationaux de santé .....	24
II Problématique .....	25
2.1 La transition épidémiologique .....	25
2.2 Les évacuations sanitaires .....	25
2.3 Les attentes de la population .....	27
2.3.1 La diaspora et les modèles occidentaux .....	27
2.3.2 L'Etat providence .....	28
2.3.3 La société civile .....	28
2.4 Les besoins de services de base .....	28
2.5 Les risques futurs .....	29
III Propositions de réformes .....	30
3.1 La réforme du secteur public .....	30
3.1.1 La définition d'un paquet minimum .....	30
3.1.2 La réponse aux besoins .....	31
3.1.3 L'amélioration de l'efficacité du secteur public .....	31
3.2 La généralisation du recouvrement des coûts .....	31
3.2.1 Les fonds de roulement de médicaments .....	32
3.2.2 Un nouveau système de tarification .....	32
3.2.2 La prise en charge des indigents .....	34
3.2.3 La décentralisation de la gestion .....	36
3.3 Le développement des assurances .....	37
3.3.1 Les mutuelles .....	37
3.3.2 L'extension de l'assurance aux fonctionnaires .....	37
3.3.3 L'extension aux indigents .....	38
3.3.4 L'intégration du secteur informel .....	39
3.3.5 La gestion de l'assurance .....	39
3.4 La mobilisation des financements privés .....	40
3.4.1 La complémentarité public privé .....	40
3.4.2 Les pharmacies privées .....	41
3.4.3 Le secteur privé non lucratif .....	41
3.5 La meilleure coordination de l'aide internationale .....	41
3.5.1 Les nouveaux domaines d'intervention .....	41
3.5.2 La circulation de l'information .....	42

IV Le pilotage d'ensemble .....	42
4.1 La mise en place d'un système d'information financières .....	42
4.2 Les recommandations pour le projet de district Santiago Nord .....	43
4.3 Les étapes stratégiques d'une réforme .....	44
Conclusion.....	44
Annexes .....	46
Annexe 1 Termes de référence.....	46
Annexe 2 Schémas I II III et IV .....	47
Annexe 3 ; Graphe sur l'évolution des aides extérieures .....	51
Annexe 4 ; Personnes rencontrées.....	52
Annexe 5 ; Présentations pendant le séminaire.....	54
Annexe 6 : Participants au séminaire .....	55
Annexe 7 ; Draft d'une stratégie nationale de financement .....	56
Annexe 8 : Bibliographie .....	60

*Ce rapport a été rédigé à la demande du Gouvernement du Cap Vert et a été financé par la Coopération Luxembourgeoise.*

*Ce rapport a pu être réalisé grâce à l'étroite collaboration du Ministère de la Santé et de Luxembourg Développement.*

*Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur et ne reflètent pas nécessairement l'avis de la Coopération Luxembourgeoise.*

## **Abréviations**

ANMCU Association Nationale des Municipalité du Cap Vert  
BCA Banque du Commerce Atlantique  
BCV Banque du Cap Vert  
BIT Bureau International du Travail  
CNDS Centre National du Développement Sanitaire  
CS Centre de Santé  
DGARH Direction Générale de l'Administration et des Ressources Humaines  
DGF Direction Générale de la Pharmacie  
ECV Escudo du Cap Vert  
EMPROFAC Empresa Nacional de produtos farmaaceuticos  
FNUAP Fonds des Nations Unies pour les Populations  
GEP Groupe d'Etude et de Planification  
HAN Hôpital Augostinho Neto (Praia)  
IEC Information Education Communication  
IDA International Development Agency  
INPHARMA Fabrique Nationale de médicaments  
INPS Institut National de Prévoyance sociale  
INS Institut National de la Statistique  
IVG Interruption Volontaire de Grossesse  
LUXDEV ; Agence de Développement Luxembourgeoise  
OMS Organisation Mondiale de la Santé  
ONG Organisation Non Gouvernementale  
ONU Organisation des Nations Unies  
PIB Production Intérieure Brut  
PIC Programme Indicatif de Coopération  
PRSP Programme de réduction substantielle de la pauvreté  
PS Poste de santé  
RAFE Réforme Administrative et Financière de l'Etat  
RSSN Région Sanitaire Santiago Nord  
SNAM Système National D'Assurance Maladie  
SSP Soins de Santé Primaires  
STEP Stratégies et Techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté  
UE Union Européenne  
UNDAF Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au Développement  
UNICEF United Nations Children Funds  
USB Unité Sanitaire de Base

## **Executive summary**

A la demande du Ministère de la santé, une consultation pour proposer des stratégies de financement de la santé s'est déroulée du 9 au 28 octobre 2003. La mission a pu identifier les problèmes essentiels, en particulier les limites du financement public, la faiblesse du recouvrement des coûts, la couverture partielle du système de protection sociale et le développement peu contrôlé du secteur privé.

Face à ce système de santé en difficultés financières, la demande de soins de la population est grande et exigeante en raison d'une transition épidémiologique déjà bien avancée et des attentes très marquées par les modèles occidentaux.

En l'absence de réformes, les dépenses de santé vont augmenter sans pour autant mieux couvrir les personnes vulnérables et les priorités de santé publique. Ce sont surtout les dépenses de la population en faveur des services curatifs privés qui vont croître rapidement. En effet, avec les contraintes budgétaires et le poids grandissant d'un secteur hospitalier, les autres services publics risquent de se dégrader et d'être perçus surtout comme une médecine des pauvres. La concurrence non régulée entre le secteur privé et public risque d'entraîner de nombreux gaspillages par le sur-dimensionnement de certaines capacités et des recours aux soins peu rationnels. La population risque de ressentir de plus en plus un sentiment de frustration (par rapport à ses attentes et la croissance de ses paiements) et d'injustice (qui démotive les contributions).

Une stratégie de réforme de financement de la santé est donc nécessaire mais les modèles de recouvrement des coûts et de rapide décentralisation au niveau de futurs districts sanitaires, mis en œuvre dans de nombreux pays africains, ne semblent pas adaptés au contexte particulier du pays. Bien sur certains éléments en matière de tarification et de gestion peuvent néanmoins être pris en compte.

Mais avant tout, il vaut tirer partie de l'expérience actuelle du système de protection sociale (INPS) pour l'étendre progressivement à toute la population (en particulier les fonctionnaires, les professions libérales mais aussi les indigents). Une réforme de ce système peut prendre des formes différentes ( d'une simple réforme de l'INPS jusqu'à un véritable Système National d'Assurance Maladie, SNAM) mais devra lui permettre de mieux jouer son rôle de régulateur en particulier vis-à-vis des évacuations, du marché du médicaments et de l'implication du privé.

Le secteur public pourra ainsi mieux exercer ses responsabilités qui seront clairement définies. En particulier, il importe d'abord de garantir le financement public d'un paquet de services de base. Celui-ci doit être fixé précisément en fonction de critère de santé publique. L'aide extérieure peut accompagner ce processus mais ne doit pas se substituer dans le financement de ces services.

Le présent document a pour but de faire une première synthèse des données existantes pour mesurer l'ampleur des problèmes. Il étudie les avantages et les inconvénients des différentes alternatives pour proposer des axes stratégiques de réformes. Il n'est donc qu'une première étape dans un processus qui, pour atteindre son objectif, doit mobiliser le Ministère de la santé mais aussi les autres Ministères, les acteurs du système de santé et les bailleurs.

## Introduction.

En septembre 2000 une note stratégique d'Intervention de la Coopération Luxembourgeoise dans le secteur de santé préconise une approche sectorielle intégrée et cohérente dite « approche programme ». Parmi les composantes, il est proposé un appui à la réforme du financement de la santé. En juin 2001 cette perspective est confirmée dans le Programme Indicatif de Coopération (PIC) 2002-2004. Le 1<sup>er</sup> octobre 2001, le Ministère de la Santé fait part à la Coopération Luxembourgeoise de son souhait de réaliser une étude sur la réforme du financement du système de santé. Le 28 mai 2003, le Ministre luxembourgeois des affaires étrangères donne son accord pour que cette étude soit réalisée et financée dans le cadre de la Formulation du projet CVE/956 Région Sanitaire Santiago Nord (RSSN).

En effet le projet RSSN a été élaboré lors d'une mission de formulation en novembre 2001 et a été validé lors d'une seconde mission en mars 2002. Il prévoit la mise en place d'un cadre institutionnel et technique fonctionnel pour la Région Santiago Nord en coordonnant les 3 Délégations de santé existantes. Le projet insiste sur la planification sanitaire et sur la mise en place d'un système de référence. Mais de graves problèmes concernant le financement du secteur (en particulier la faiblesse des budgets de fonctionnements des structures périphériques, l'approvisionnement insuffisant en médicaments des pharmacies publiques, le faible nombre de personnes payant les services et la modicité des tarifs pratiqués) ont aussi été identifiés. Un certain nombre de préalables financiers apparaissent donc nécessaires pour pouvoir assurer le bon fonctionnement du projet et sa possible pérennisation. Il est préférable de travailler sur ces réformes au niveau national pour assurer la possible extension de l'expérience et son intégration dans l'ensemble du système de santé. Cette stratégie permettrait ainsi de lancer le projet RSSN sur des bases légales solides.

Les Termes de Références de la mission d'étude<sup>1</sup> fixés par le Ministère de la Santé signalent en particulier parmi les principaux problèmes, une mauvaise connaissance :

- « *de la relation entre les dépenses de santé et l'efficacité,*
- *de la distribution géographique réelle et optimale des dépenses,*
- *de la relation entre le profil du bénéficiaire et sa participation aux dépenses,*
- *des implications d'une coexistence entre le secteur public et privé. ».*

La revue des dépenses publiques effectuées en 1999 et en 2002 met en garde contre des risques financiers importants que va connaître le secteur de la santé si une réforme d'ensemble n'est pas entreprise. Enfin, le Diagnostic du Secteur de santé du Plan 2002-2005 laisse apparaître « *comme l'un des principaux défis, le perfectionnement du système de financement et souligne que l'une des mesures à mettre en œuvre est l'identification d'alternatives dans ce domaine* ».

C'est pourquoi une consultation s'est déroulée du 9 au 28 octobre 2003. Elle a travaillé au sein du Ministère de la santé et a effectué plusieurs visites de terrains en particulier dans la Délégation sanitaire de Santa Catarina (région du projet RSSN). Elle a pu rencontrer un grand nombre d'intervenants du secteur public et privé, des autres Ministères et de la coopération internationale<sup>2</sup>. Un atelier de travail a été organisé le 23 octobre au Ministère de la Santé avec

---

<sup>1</sup> Voir Termes de Référence en annexe 1

<sup>2</sup> Voir liste des personnes rencontrées en annexe 4

27 participants venant des horizons les plus divers<sup>3</sup>. Les documents qui furent présentés et discutés sont en annexe 5 et les principaux commentaires ont été inclus dans le rapport. Une Commission restreinte a été mise en place par le Ministre de la Santé pour établir un document stratégique de réforme du financement de la santé. Elle s'est réunie pour la première fois le 24 septembre 2003. Une première ébauche de document stratégique<sup>4</sup> a été discutée et a pu ensuite circuler parmi les principaux intervenants avant le départ du consultant.

Le présent rapport s'attachera donc à présenter la situation actuelle du financement de la santé (Chapitre I) pour dégager les principaux éléments d'une problématique d'ensemble (Chapitre II). On pourra ensuite étudier les différentes propositions de réformes (Chapitre III) avant de proposer un plan de travail pour le Ministère et en particulier pour la Commission ad hoc (Chapitre III).

## **I La situation actuelle du financement de la santé**

### 1.1 Financement public

Nous ne reprendrons pas dans ce chapitre la description du système de santé (Ministère, Hôpitaux autonomes, Délégations Sanitaires, Hôpitaux régionaux, Centres et Postes de santé) qui est détaillée dans de nombreux rapports indiqués dans la bibliographie en annexe 8. L'accent est mis ici essentiellement sur l'aspect financier.

---

<sup>3</sup> Voir Liste des participants en annexe 6

<sup>4</sup> voir le draft du document stratégique en annexe 7

### 1.1.1 Budget de fonctionnement du Ministère de la santé

Tableau 1

<b>Budget</b>	<b>Milliers ECV</b>			
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Budget santé	1 186 472	1 437 633	1 511 278	1 474 458
Budget total	12 091 458	16 504 508	17 158 942	18 451 476
PIB	64 680 000	68 630 000	73 500 000	
<b>Santé/Bud</b>	<b>9,8%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,0%</b>
Sant Pub/PIB	1,83%	2,09%	2,06%	

*Economist, Revue des dépenses, Boletim Official*

L'effort financier du gouvernement en matière de santé est important comme en témoigne la part des dépenses publiques dans le budget total et dans la PIB, des taux nettement supérieurs à ceux d'autres pays de la région (souvent moins de 4% du budget de l'Etat en Afrique subsaharienne). Il paraît donc difficile d'augmenter considérablement cette part mais il importe de maintenir l'effort public proportionnellement à la croissance économique et aussi à celle de la population. Depuis trois ans, le budget total pour la santé se stabilise alors que la population augmente de plus de 2,4 % par an.

La répartition par poste laisse apparaître l'importance habituelle des salaires mais aussi le poids des médicaments. Les évacuations viennent en troisième position mais avec seulement 5% du budget de fonctionnement. Les fournitures et l'entretien des équipements demeurent à des montants extrêmement modestes.

Tableau 2

<b>Ministère de la santé</b>		<b>1000 ECV</b>
<b>Budget Fonctionnement</b>		<b>2003</b>
Medicaments	235 100	15,94%
Alimentation	27 238	1,85%
Habits	5 700	0,39%
Petit equip	27 600	1,87%
autres equip	1 350	0,09%
Personnel	941 670	63,87%
Fournitures	80 300	5,45%
Evacuation	80 000	5,43%
Transfert	75 500	5,12%
<b>Total</b>	<b>1 474 458</b>	<b>100,00%</b>

*Boletim official*

La gestion de ce budget est très centralisée auprès de la Direction Générale de l'Administration et des Ressources Humaines (DGARH). Les autres directions n'ont que des effectifs et des moyens réduits. Elles ne gèrent en fait que les dépenses de personnel. Les médicaments ne sont pas enregistrés dans le budget de la Direction Générale de la Pharmacie (DGF) même si elle a la charge des achats et des distributions.

Tableau 3

<b>Budget 2003</b>		<b>1000 ECV</b>
Ministre	10 298	0,74%
GEP	3 693	0,26%



DGS	21 834	1,57%
DGF	6 010	0,43%
DGRHA	1 038 988	74,49%
Etablist publics	322 780	22,51%
<b>TOTAL</b>	<b>140 3686</b>	<b>100,00%</b>

#### *DGARH*

Le circuit des dépenses est décrit en détail dans la revue des dépenses publiques. Les taux d'exécution sont élevés et dépassent souvent 100%, en particulier pour les dépenses de personnel. Une certaine compensation entre les lignes apparaît avec les dépenses de fournitures.

Tableau 4

	2002 Budget	Exécution	Taux d'exect	2003 Budget	1000 ECV Variation
Gratification	130 000	145 215	112%	130 000	0,00%
Heures supplt	500	538	108%	300	-40,00%
Alimentation	55 000	54 981	100%	61 000	10,91%
Evacuation	100 000	99 998	100%	100 000	0,00%
Publication	45	69	153%	45	0,00%
Bien service	1 350	1 150	85%		-100,00%
Combustible	5 000	5 800	116%	5 000	0,00%
Habits	6 000	4 518	75%		-100,00%
Secrétariat	2 000	1 811	91%	1 700	-15,00%
Autres fournit	1 350	866	64%		-100,00%
Per diem	10 700	12 708	119%	10 700	0,00%
Divers	2 000	1 794	90%	2 000	0,00%

Sources *DGARH*

On remarque l'importance des dépenses liées au personnel en plus des charges salariales proprement dites, En raison du niveau faible des salaires, les postes « gratifications », « per diem », « heures supplémentaires » sont importants. Les principaux postes sont reconduits d'une année sur l'autre et les variations concernent surtout des changements de nomenclature. Le budget est établi essentiellement sur une base historique et les nouveaux montant ne sont pas fixés en fonction de l'activités passées ou prévues.

#### *1.1.2 Les budgets déconcentrés*

Le système de dépenses publiques est très centralisé en raison des capacités de gestion limitées au niveau périphérique. En particulier toute la paye des salaires et les achats des médicaments sont réalisés au niveau central. Néanmoins, certains crédits sont confiés à la gestion des Délégations sanitaires. Il s'agit seulement d'un transfert de l'ordonnancement des dépenses (choix de la dépense, sélection des fournisseurs) car les paiements sont toujours effectués par le niveau central.

Ces budgets pour le fonctionnement des délégations (combustibles, secrétariat) sont très modestes. Les montants de chaque allocation sont en gros proportionnels à l'importance de la population de chaque délégation et dépendent de l'existence d'un hôpital (en particulier pour le budget alimentation). En fait une grande part concerne les gratifications pour le personnel (80% des 61 Millions de ECV).

Tableau 5

**Budget Fonctionnement 2002**

Milliers ECV

	Combustible	Alimentation	Secrétariat	Autres biens	Total	Gratification	Taux d'execu
Dir Reg Sal	150	0	50	30	230		109%
Del Praia	250	0	67	60	377	2 257	29%
Del Catarina	400	1600	122	90	2212	8 743	89%
Del Sta Cruz	200	150	50	30	430	3 689	73%
Del Tarafal	150	100	50	30	330	3 195	67%
Del Vicente	100	0	64	30	194	168	49%
Del Maioe	165	250	50	30	495	1 518	33%
Del St Filipe	300	920	81	70	1371	9 089	96%
Del Brava	165	180	50	68	463	2 382	58%
Del St Nicolau	250	250	68	30	598	3 769	42%
Del SAL	140	0	64	30	234	2 627	59%
Del Boa Visat	150	150	50	20	370	998	60%
Del Ra grande	350	1400	70	30	1850	5 935	83%
Del Porto Nov	250	300	70	30	650	2 990	69%
Del Paul	130	250	50	30	460	2 533	73%
Del Domingos	150	100	50	20	320		0%
Del Mosteiros	150	250	50	30	480	642	25%
Del Calheta	150	100	50	30	330	162	29%
Dir Reg Farma	70	0	50	20	140		50%
PMI Praia	180	0	100	0	280		57%
PMI St vicente	150	0	55	30	235	297	41%
<b>TOTAUX</b>					<b>12 049</b>	<b>50 994</b>	<b>68%</b>

*DGARH*

Les taux d'exécutions sont beaucoup plus faibles qu'au niveau central. Il semble que certains crédits ne sont finalement pas alloués sous prétexte que les délégations récoltent désormais certaines ressources propres. Le financement des délégations dépend en effet en grande partie de leurs ressources propres qui sont difficiles à estimer car il n'existe pas de synthèse d'ensemble.

Selon l'exemple de la Délégation de St Catarina du projet RSSN, ces recettes sont quatre fois supérieures aux transferts de l'Etat sans tenir compte des gratifications. Une part importante de ces revenus est utilisée pour l'embauche de personnel complémentaire (personnel d'entretien de l'hôpital mais aussi chauffeurs ou manutentionnaires). Seul le financement de l'alimentation et du carburant est également partagé entre les ressources propres et le soutien du budget central.

Tableau 6

**Dépenses Délégation St Catarina**

2002

1000 ECV	Budget Etat	Budgt propre	Total	%
Salaires		3 552	3 552	33,97%
Consult Suppl		679	679	6,49%
Prof Liberales		581	581	5,56%
Médicaments		43	43	0,41%
Oxigene		120	120	1,15%
Alimentation	1 430	1 120	2 550	24,39%
Carburant	400	717	1 117	10,68%

Transport		18	18	0,17%
Electricite		46	46	0,44%
Secreariat	0	236	236	2,26%
Communication		117	117	1,12%
Petits equip	28	402	430	4,11%
Travaux		296	296	2,83%
Autres		672	672	6,43%
Total	1 858	8 599	10 457	100,00%

*Délégation* St Catarina

La répartition des dépenses de la Délégation de Praia a un profil similaire mais avec des montants nettement supérieurs. La moitié du personnel est embauchée par la délégation elle-même. Les recettes proviennent essentiellement des attestations, des certificats et des visites sanitaires. En effet les Délégations ont la charge du contrôle sanitaire des restaurants, des entreprises et des cargaisons. Les prix de ces services sont modestes mais le système comptable ne permet pas de faire le lien entre l'activité et les recettes. A titre indicatif, la comparaison entre les recettes et le nombre d'actes semble montrer que certains services sont délivrés gratuitement.

Tableau 7

<b>Délégation de Praia Janvier-Mars</b>			2003
	1000 ECV	Nb	Gain unitaire
Consult 1er	80	298	268
Consult	69	539	128
Attestation	506	92	5 500
Attest vaccin	16	212	75
San maritime	37	23	1 609
Visite sanit	195	181	1 077
Emigration	25	61	410

*Délégation de Praia*

Les Délégations gèrent aussi les ressources récoltées par les centres de santé et les postes de santé. Ces derniers montants sont très faibles car il s'agit seulement des recettes provenant de tickets modérateurs symboliques (10 ECV pour l'accès à la pharmacie, 20 à 50 ECV pour les autres services). Une partie (souvent la moitié) est dépensée directement par la structure elle-même pour des petits achats et le reste est renvoyé dans sa Délégation.

Tableau 8

<b>Délégation Praia Janvier-Mars</b>		<b>2003</b>	
Recettes	1000 ECV	Dépenses	
Consultation	149	Salaire	930
Attestation	559	Gratification	612
Visite sanit	195	Combustible	194
Analyse	113	Secrétariat	102
Pharmacie	78	Materiel	595
Autres	157		
<b>Tot Délégt</b>	<b>2 022</b>		<b>2 433</b>
ASA	84		
Achadinha	87		
Agua	46		
Veila	16		

<b>Total CS</b>	<b>233</b>		
Total Res Pr	2 255		59,66%
Subvention	1 525		40,34%
<b>TOTAL</b>	<b>3 780</b>		

*Délégation de Praia*

Par exemple les 4 CS de Praia ne récoltent que 10% des recettes de la Délégation. Les délégations effectuent la plupart des achats de fournitures et envoient donc les produits aux centres et postes de santé.

*1.1.3 Les budgets des établissements autonomes*

Parmi les 3 établissements autonomes, les deux hôpitaux récoltent des sommes bien plus importantes que les autres structures de santé. Le CNDS n'a pas vraiment de recettes propres même s'il mobilise des financements extérieurs.

La loi de 1993 fixe une longue liste de prix qui sont nettement plus élevés pour les hôpitaux centraux que pour les autres structures. Certaines opérations sont même théoriquement assez chères (plus de 10 000 ECV).

Tableau 9  
Liste simplifiée des tarifs

	Hop central	Hop Régional	CS	PS	ECV USB
Consultation généraliste	500	300	200	100	0
Consultation spécialiste	600				
Urgence	750	500			
Consultation generaliste	900				
Consultation specialiste supplt	1000				
Consultation Infirmier	75				0
Heures supplementaires	150				
Journée d'hosp Traumato	1500	1000	500	0	
Journée d'hosp Autres	1000	500	500	0	
Chambre particulière	2000				
Accompagnement	500				

*Boletim oficial*

Mais ces tarifs ne sont que très rarement appliqués et 98% des patients ne payent pas pour différentes raisons. La plus grande part des patients sont considérés comme indigents. Mais ces statistiques ne sont pas tenues à jours régulièrement et il est difficile de les évaluer et de les contrôler. Les seuls patients payants sont ceux assurés qui viennent à la suite d'un accident.

Tableau 10

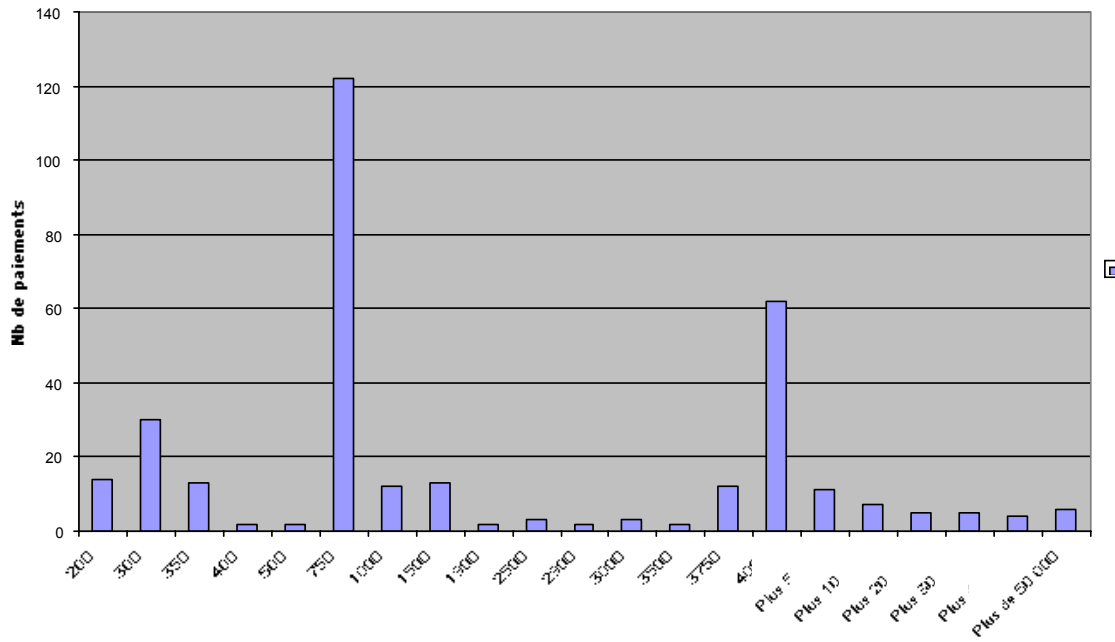
Paiement des Payante	patients à l'hôpital Praia			
	1996	1997	1998	
Accidente	104	113	168	2%
Assure	9	143	7	0%
Particulier	71	57	71	1%
<b>Non payante</b>				
fonctionnaire	1 175	1 071	1 247	14%
Indigent	7 018	6 992	7 598	84%
<b>Total</b>	<b>8 377</b>	<b>8 376</b>	<b>9 091</b>	<b>100%</b>

*Revue des dépenses publiques*

Seuls les tickets modérateurs de 10 à 50 ECV sont demandés à la plupart des patients. A l'hôpital de Praia, les recettes ne proviennent pourtant pas tellement des tickets modérateurs mais surtout de certaines urgences, des chambres privée et de quelques rares consultations payantes.

La figure jointe présente le nombre de patients selon le montant de leurs paiements (en ECV) pendant le mois de juillet 2003. Comme pour les Délégations, les attestations et certificats (au prix unitaire de 750 ECV) procurent aussi une grande part des revenus. Les IVG (4 000 ECV) sont une source importante de recettes car elles sont toujours payantes. Un petit nombre de patients payent des sommes relativement importantes (plus de 50 000 ECV),

### Répartition des paiements



Aussi, malgré une forte fréquentation, seulement 15% du budget de l'hôpital de Praia provient des ressources propres. Moins de 10% provient des assurances. Le paiement des soins par les assurances privées (essentiellement pour les accidentés de la route) se fait sur la base des tarifs officiels. La contribution de l'INPS est fixée de manière forfaitaire et transite par l'Etat. Elle ne correspond pas vraiment à la charge des personnes affiliées à ce régime et pris en charge par l'hôpital.

Tableau 11

<b>Hôpital de Praia</b>		2002
Origine des recettes	ECV	
Consultation	8 337 600	4,23%
Urgence	6 457 127	3,27%
gynéco	3 885 200	1,97%
Pédiatrie	1 007 800	0,51%
Chirurgie	1 155 000	0,59%
Chambre	4 989 401	2,53%
Dentiste	75 000	0,04%
Analayse laco	2 061 805	1,05%
Radio	814 800	0,41%
Certificat	1 696 940	0,86%
<b>Recettes propres</b>	<b>30 480 673</b>	<b>15,46%</b>
INPS	11 000 000	5,58%
Assurance privé	4 702 549	2,38%
Autes	3 693 932	1,87%
<b>Assurance</b>	<b>19 396 481</b>	<b>9,84%</b>
Projets	12 391 101	6,28%
Budget Ministère	134 941 059	68,43%
<b>Etat</b>	<b>147 332 160</b>	<b>74,71</b>
Total	197 209 314	100,00%

*Hôpital de Praia*

Les établissements publics, dits autonomes, dépendent en fait essentiellement de l'Etat, soit par les projets financés par l'aide extérieure soit surtout par une subvention du Ministère calculée forfaitairement. Le second hôpital autonome à Mindelo, d'une capacité un peu moindre (un budget total de 160 comparé à presque 200 Millions ECV) présente une structure des dépenses similaire. Néanmoins les dépenses liées aux évacuations sanitaire vers Praia mais aussi aux déplacements du personnel (et aux logements du personnel) sont plus importantes en raison de la localisation de l'hôpital.

Tableau 12  
Budget hôpital de Mindelo

	Budget Etat	Recet propres	1000 ECV Total	%	2002 % propres
Personnel	19 185	37 169	56 354	35,38%	65,96%
Evacuation	52 126	9 731	61 857	38,83%	15,73%
Alimentation	3 561	248	3 809	2,39%	6,51%
Transport	780	509	1 289	0,81%	39,49%
Combustible	1 835	3	1 838	1,15%	0,16%
Alimentation	3 080	4 762	7 842	4,92%	60,72%
Secretariat	2 154	441	2 595	1,63%	16,99%
Biens non durables	3 117	479	3 596	2,26%	13,32%
Déplacements	7 809	478	8 287	5,20%	5,77%
Transport communication	2 290	745	3 035	1,91%	24,55%
Petits équipement	1 259	4 170	5 429	3,41%	76,81%
Transports		334	334	0,21%	100,00%
Honoraires		540	540	0,34%	100,00%
Services divers		386	386	0,24%	100,00%
Services bancaires et autres		575	575	0,36%	100,00%
Visites médecins		1 467	1 467	0,92%	100,00%
Dépenses de Noel		62	62	0,04%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>97 196</b>	<b>62 099</b>	<b>159 295</b>	<b>100,00%</b>	<b>38,98%</b>

*Hôpital de Mindelo*

Depuis une dizaine d'années, la subvention publique en faveur de ces deux hôpitaux a cru beaucoup plus rapidement que le budget de la santé. Ces structures absorbent donc une part croissante des budget d'autant plus que le taux de recouvrement des coûts n'a pas progressé régulièrement et a souvent baissé.

Tableau 13  
Evolution des dépenses de l'hôpital de Praia

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Personnel	83 913 525	82 173 268	96 407 888	113 016 868	101 006 787	139 531 736
Fourniture	43 418 056	50 794 360	56 890 648	70 892 908	58 983 796	48 584 136
Equipement	1 342 109	7 264 491	6 028 549	822 334	29 914 145	8 136 307
Total	128 673 690	140 232 119	159 327 085	184 732 110	189 904 728	196 252 179
Recettes	45 000 000	46 889 015	25 000 000	37 000 000	40 000 000	37 703 053
Subvention	95 400 000	95 400 000	149 795 657	144 899 133	146 790 091	158 909 125
% recettes	<b>35%</b>	<b>33%</b>	<b>16%</b>	<b>20%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>
% croissance subvt		0%	57%	-3%	1%	8%

*Revue des dépenses publiques*

L'hôpital de Praia a du faire des prévisions de budget sur 5 ans. Il prévoit donc que les dépenses courantes s'élèveront à 213 Millions de ECV en 2007 ce qui suppose une croissance d'environ 10%. Pour respecter cet objectif, un contrôle sévère des dépenses sera nécessaire en particulier avec l'augmentation programmée des investissements.

*1.1.4 Le Budget d'investissement*

Le budget d'investissements établi par le Ministère du Plan, rassemble la plupart des aides extérieures même si certaines aides financières (par exemple celles directes aux ONG) ou en nature (présence d'un assistant technique) ne sont pas toujours entièrement enregistrées. En



particulier, une certaine confusion peut exister entre intentions des bailleurs et véritables engagements. De plus les dépenses réellement effectuées ne sont parfois pas signalées à temps pour être incluses dans ce document. Une partie très modeste de ce budget correspond à la contrepartie de l'Etat et une autre est effectuée sous la forme de prêt (IDA).

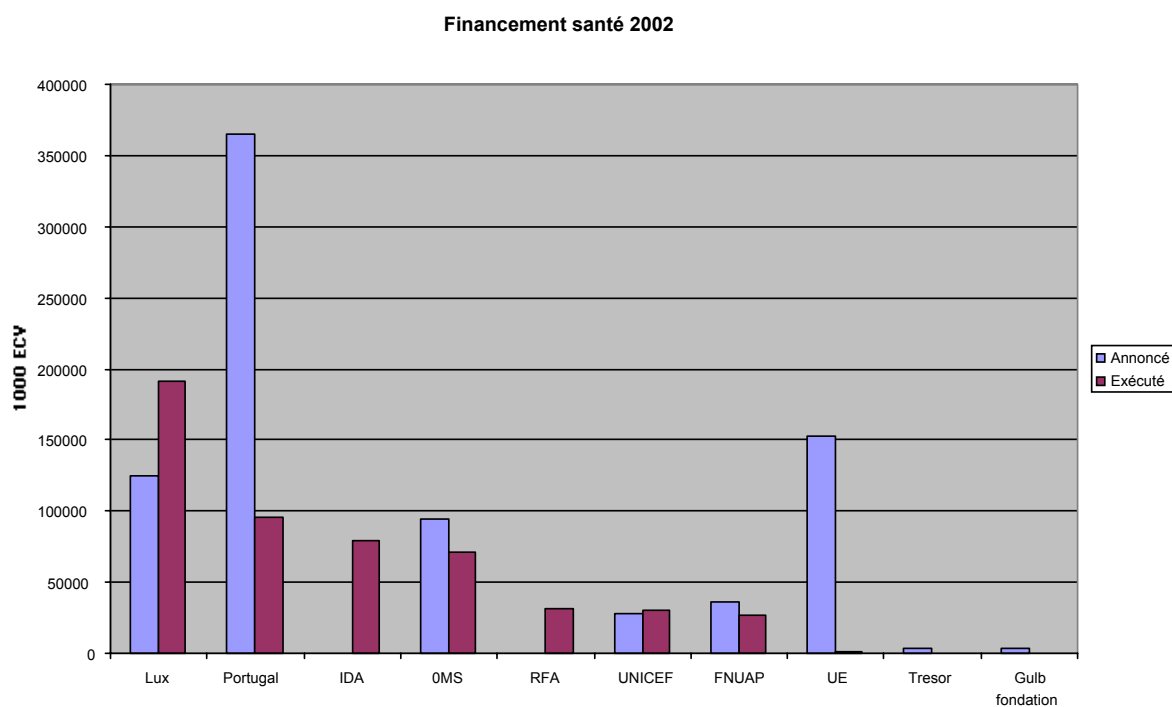
Ce budget pour la santé se divise en 4 programmes Celui sur la restructuration du système de santé (qui finance la plupart des nouvelles infrastructures) est de loin la principale dépense. Mais c'est aussi celui dont le taux d'exécution est le plus faible. De nombreux projets d'infrastructure sont prévus (de nouveaux bâtiments pour les 4 centres de santé de Praia et la construction d'un nouveau, la création d'une nouvelle aile de 100 lits à l'hôpital de Praia, un nouvel hôpital à St Catarina, la reprise des travaux de l'hôpital de St Domingos). Il n'est pas sûr que les budgets de fonctionnement puissent suivre ces augmentations de capacité. Ils risquent d'absorber une part croissante aux dépens du fonctionnement des structures inférieures et des programmes de santé publique ;

Tableau 14

<b>Bd Investissement</b>		<b>2002</b>	
1000 ECV	Budget	Execution	% realisation
<b>Total santé</b>	<b>809 956</b>	<b>525 883</b>	<b>64,93%</b>
Mere et enfant	68 384	88 967	130,10%
Restructuration	709 290	344 203	48,53%
Formation RH	8 552	4 712	55,10%
Lutte contre endémies	23 729	88 000	370,85%

*Ministère du Plan*

Ce budget d'investissement est financé par un grand nombre de bailleurs mais la part de certains (Luxembourg, Portugal et les agences des Nations Unies) est particulièrement importante..



Les retards du calendrier dans la mise en place de nouveaux projets peut expliquer de fortes variations entre budget annoncé et exécuté. Il est important d'analyser l'évolution sur une période plus longue. Le budget d'investissement a régulièrement augmenté de 1997 à 2002 passant de 350 à 800 Millions de ECV en 2002. Le tableau en annexe 4 montre que la répartition des bailleurs a aussi évolué. Un certain nombre de financements bilatéraux ont cessé ou se sont considérablement réduits (Suisse, Hollande, RFA). Le financement assez dispersé se trouve progressivement concentré sur un nombre plus restreint de bailleurs et la place des organisations internationales (ONU et IDA) a beaucoup augmenté.

Tableau 15

1 000 ECV	Principaux financements extérieurs		2002
	Total exécuté	Total santé	% santé
Portugal	1 767 256	95 336	5,39%
IDA	1 562 762	79 178	5,07%
Tresor	1 277 411	0	0,00%
Japon	938 715	0	0,00%
UE	715 309	767	0,11%
Hollande	660 464	0	0,00%
Luxembourg	610 206	190 673	31,25%
RFA	259 918	31 425	12,09%
USA	226 976	0	0,00%
Arabie Saoudite	208 073	0	0,00%
OMS	102 854	102 854	100,00%
UNICEF	78 237	30 529	39,02%
FNUAP	58 660	26 537	45,24%
France	56 954	0	0,00%

*Ministère du Plan*

Les bailleurs les plus importants ne consacrent qu'une faible part de leur soutien à la santé (au maximum 5%, moins que la part de la santé dans le budget total de l'Etat). La santé n'est une priorité dans le financement extérieur que pour un nombre limité de pays. Bien sur cette part est plus importante pour les agences des Nations Unies spécialisées dans le domaine de la santé.

En conclusion, la dépendance du secteur de la santé vis à vis de l'aide extérieure est nettement moins importante que dans des pays voisins. Néanmoins l'aide directe a plutôt tendance à baisser et la part des prêts augmente ce qui accroît l'endettement du pays (estimé déjà à 50% du PIB) .

### 1.2 L'approvisionnement en médicaments

Le marché du médicament en 2002 se monte à plus de 1 Milliard de ECV, un montant en progression régulière. La production locale par l'entreprise privatisée INPHARMA est relativement importante (plus d'un quart du marché). INPHARMA produit essentiellement des génériques, et approvisionne directement le secteur public. Mais la plus grande partie de sa production est vendue par l'intermédiaire de EMPROFAC au secteur privé.

Tableau 16

Origine des médicaments	Millions ECV			
	Secteur privé	1999	2000	2001

Inpharma	144	219	246	23%
Importation	505	602	588	54%
<b>Secteur public</b>				
Inpharma	46	32	39	4%
Importation	195	246	207	19%
<b>TOTAL</b>	<b>890</b>	<b>1099</b>	<b>1080</b>	<b>100%</b>

*Revue des dépenses publiques*

Les importations sont aussi effectuées par EMPROFAC qui approvisionne aussi bien le secteur privé que public. Ce monopole d'une entreprise dans l'importation et la distribution des médicaments peut faciliter le contrôle des produits. Un projet de privatisation de EMPROFAC (ainsi qu'un autre sur la libéralisation des importations) rend nécessaire la création d'une Agence des médicaments. Ce projet quoique assez avancé dans sa conception n'est toujours pas entré en application.

Une certaine part des achats de médicaments est payée par les patients eux mêmes (auto médication, ticket modérateurs, produits non remboursés) mais il est difficile d'en évaluer le montant exact. Le réseau des pharmacies privées est relativement développés (14 pharmacies et 23 postes de vente en 2 000). Beaucoup d'établissements sont à Praia mais le nombre croît rapidement y compris dans la périphérie avec l'arrivée sur le marché de nouveaux pharmaciens, une profession encore trop rare il y a quelques années.

Les prix des médicaments sont relativement bien contrôlés et dans l'ensemble assez raisonnables car les génériques sont nombreux. Néanmoins les médicaments importés sont nettement plus chers que dans d'autres pays d'Afrique. Cette différence ne s'explique pas seulement par les frais de transport mais aussi par les modalités d'achats qui pourraient être améliorées.

Tableau 17

**Dépenses estimées en médicaments**

	Millions ECV				
	1998	1999	2000	2001	2002
Structure publique	188	221	271	256	255
INPS	306	325	409	509	473
Patients	266	248	300	315	320
<b>Total</b>	<b>815</b>	<b>873</b>	<b>980</b>	<b>1080</b>	<b>1048</b>

*DGF*

L'INPS est le principal financeur de médicaments car il rembourse 75% des achats effectués par ses assurés. En fait, selon le système du tiers payant, la pharmacie privée envoie directement cette part de la facture à l'INPS. Beaucoup de non assurés ou de fonctionnaires (qui n'ont pas de système de remboursement pour les médicaments achetés dans le privé) utilisent les cartes des affiliés, Aussi la consommation en médicaments par assuré est de 4 300 ECV en 1999 alors que celle des non assurés est estimée à 687 ECV. Il est vrai aussi que le taux élevé de remboursement encourage aussi la sur-consommation. L'INPS finance donc, en 2002, 473 Millions d'ECV pour les médicaments.

Le financement public arrive donc en troisième position avec 255 Millions d'ECV qui sont consacrés pour plus de la moitié aux hôpitaux autonomes. Ces deux structures achètent avec leurs budgets propres et le budget du Ministère en médicaments n'est officiellement que de 100 Millions d'ECV un montant constant depuis 4 ans. Les calculs prévisionnels ont évalué

les besoins à plus du double (186 millions). Ce budget doit approvisionner les pharmacies publiques des 3 hôpitaux régionaux, des 16 centres de santé et des 25 postes de santé

Tableau 18

	<b>Dépenses Médicaments de l'Etat</b>				
	Millions ECV				
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Hop autonom	116	113	157	153	159
Hop région	17	29	29	30	25
Pharmacies	23	29	21	19	21
CS	26	40	51	42	45
Postes santé	4	7	10	9	3
USB	2	3	3	3	2
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>221</b>	<b>271</b>	<b>256</b>	<b>255</b>

*DGF*

Les montants unitaires sont donc très modestes. Aussi les pharmacies publiques des structures périphériques sont peu approvisionnées et les patients recourent souvent à des achats dans les pharmacies privées. Cette situation s'aggrave car les budgets publics sont stables alors que la consommation médicamenteuse augmente.

La distribution des médicaments est assurée par la direction de la pharmacie qui collecte les demandes des structures périphériques. Elle effectue les achats en fonction des contraintes budgétaires et distribue les produits tous les 3 ou 6 mois. La gestion des commandes par les pharmacies périphériques est très sommaire, ce qui expliquerait certaines ruptures de stocks. Tous ces médicaments sont distribués gratuitement et les modestes recettes du ticket modérateur de 10 ECV (quelque soit la prescription) ne servent pas à acheter des compléments de médicaments mais sont intégrées dans la recette des délégations sanitaires.

### 1.3 Le secteur privé

Le premier cabinet privé ne s'est ouvert qu'en 1991. Depuis le secteur privé s'est développé de plus en plus rapidement mais essentiellement à Praia qui compte 21 cabinets médicaux. A Mindelo et dans certaines îles, quelques cabinets se sont ouverts ces dernières années. De nombreuses demandes sont en attente d'autorisation. La plupart de ces structures sont des dentistes mais les consultations générales et les laboratoires se développent.

Tableau 19.

	<b>Nb Etablissements du secteur privé</b>	
	Praia	Barlavento
Dentiste	7	8
Laboratoire	3	2
Orthopédie		1
Consultation	9	14
ORL		1
Ophtalmologie	1	1
Santé mentale	1	
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>27</b>

*DGS*

Beaucoup de structures ont des activités multiples. Une seule structure dispose de lits mais n'est pas encore autorisée à pratiquer l'hospitalisation. Plusieurs projets d'hôpitaux privés sont à l'étude depuis plusieurs années.

L'INPS paye les services du privé seulement si d'équivalents n'existent pas dans le secteur public, ce qui demeure relativement rare. Parfois les accords d'entreprises avec un cabinet particulier prennent en charge certains services. La plus grande part des frais est donc payée directement par le patient même si les prix sont relativement élevés.

Tableau 20

**Comparaison des prix du secteur public et privé**

ECV	Hop Puplic	Centre santé	Clinic Praia
Consultation	500	200	1 500
Petite chirurgie	2 000		5 000
Endoscopie	3 000		4 000
Hernie	35 000		70 000
Examen sero	200		500
Examen immuno	1 000		2 000

*Clinic Praia*

Tous les services sont au moins deux fois plus chers que dans le public mais la fréquentation de ces structures est très élevée ( Une quarantaine de patients par jours à la clinique de Praia). La motivation première semble être la qualité perçue du service et la moins longue attente. Les heures d'ouverture (en particulier le soir) sont aussi plus commodes. Le personnel est souvent le même car beaucoup de spécialistes travaillent le matin dans le public et l'après midi dans le privé.

On ne dispose malheureusement de peu de statistiques aussi bien médicales que financières sur ces activités. D'une manière générale, ce secteur privé n'est pas vraiment réglementé. Une fois l'autorisation d'ouverture obtenue, les cabinets ne transmettent que les informations sur certaines maladies à déclaration obligatoire et ne reçoivent presque pas de visites d'inspection.

#### 1.4 Le système de protection sociale

##### *1.4.1 L'Institut National de Prévoyance Sociale*

L'INPS a été créé depuis une dizaine d'années pour couvrir les salariés du privé. Le nombre d'affiliés a régulièrement augmenté. Comme il faut tenir compte des « ayant droits », on peut estimer que 30 à 40% de la population est couverte par l'INPS. Une proportion encore plus élevée utilise ces cartes en particulier pour le remboursement des médicaments.

Tableau 21

**Nombre d'affiliations à l'INPS**

	1996	2000	2002
Nb de cotisants	16 166	22 865	36 281
Descendants	44 537	47 228	53 235
Ascendants	1 514	2 962	2 042
Conjoints	1 849	2 728	2 958
Pensionnées	2 526	3 511	4 000

<b>Total</b>	<b>66 592</b>	<b>79 294</b>	<b>98 516</b>
--------------	---------------	---------------	---------------

*INPS*

Les dépenses pour le risque Maladie ont donc beaucoup augmenté pour atteindre en 2003 près de 1 Milliard d'ECV. Presque la moitié de ces dépenses est consacrée aux remboursements des médicaments. Le paiement des hospitalisations vient en seconde position et est effectué de manière forfaitaire auprès de l'Etat. Enfin les évacuations occupent 12% du budget.

Tableau 22

**Dépenses de l'INPS pour la maladie**

	1998	1999	2000	2001	2002	1000 ECV Bud 2003
Soins	51 978	68 702	62 063	72 364	69 864	67 733
Maternité	8 573	8 253	8 469	14 649	12 796	12 023
Hospitalisation	107 457	142 549	157 587	168 350	233 681	214 200
Médicaments	306 890	410 576	409 327	509 427	473 221	483 925
Prothèse	21 714	30 797	39 426	44 936	44 020	47 650
Transport	96 273	92 137	117 299	117 269	101 037	128 489
<b>Total</b>	<b>592 885</b>	<b>753 014</b>	<b>794 171</b>	<b>926 995</b>	<b>934 619</b>	<b>954 020</b>

*INPS*

Malgré une gestion rigoureuse, la caisse pour la maladie est en déficit grandissant, compensé par les excédents obtenus avec les autres risques. La part des cotisations des employés fixée initialement à 2 % du salaire est passée à 4%. La part des employeurs est d'un même pourcentage.

Pour contenir les dépenses de médicaments, l'INPS a mis en place un système de vignettes. Une Loi qui permettrait de moduler le taux de remboursement des médicaments (entre 20 et 60%) vient d'être votée mais n'est pas encore entrée en application. Une autre loi est en préparation pour l'affiliation des professions libérales sur la base d'un forfait fixé selon leurs activités.

#### *1.4.2 Les autres systèmes d'assurances*

Les salariés de certaines institutions ( BCA, BCV...) bénéficient d'une protection maladie légèrement plus favorable que celle de l'INPS. Ces systèmes de protection ne couvrent que quelques populations restreintes. La BCA assure ainsi 400 salariés et 1 600 « ayant droits ». En fait ce système particulier permettait de conserver un acquis social créé avant la création de l'INPS. Il avait été négocié au moment de la privatisation de la BCA. Les cotisations sont similaires mais ne sont pas gérées par une caisse autonome. Les dépenses de santé apparaissent directement comme une charge pour l'entreprise. Ce système ne permet aucun véritable contrôle des dépenses ni d'un point de vue médical (absence de médecins à la BCA), ni d'un point de vue financier. Le déficit est difficile à évaluer mais est relativement plus important que pour l'INPS. Pour toutes ces raisons l'intégration de ce régime particulier dans le système commun est envisagée avec intérêt par la direction de la BCA. Désormais tous les nouveaux employés sont d'ailleurs inscrits à l'INPS.

Il existe deux assurances privées (IMPRA, Garantia) qui se partagent à peu près également le marché. Leurs dépenses de santé ne concernent que leurs salariés (système comparable à la BCA pour Garantia) ou les frais liés aux accidents de la circulation. La cotisation pour ce

dernier risque est obligatoire mais d'un montant mensuel modeste, Chacune de ces deux assurances dépense environ 10 Millions ECV pour les hospitalisations (y compris l'orthopédie) et 15 Millions ECV pour les évacuations. Pour les hôpitaux autonomes, la facture est basée sur les prix officiels. Pour les évacuations en Europe, des accords sont conclus avec des hôpitaux, essentiellement au Portugal. Ces évacuations ne sont pas nombreuses (une dizaine par an) mais sont très chères. Une nouvelle loi vient de passer pour limiter la couverture au tiers sous prétexte de responsabiliser les chauffeurs. Cette disposition inquiète les hôpitaux car ils ne pourront alors plus se faire rembourser par l'assurance. Les chauffeurs accidentés en général peu solvables risquent de ne pas payer les frais.

Ces assurances sont aussi chargées de couvrir les risques professionnels mais les cotisations sont très modestes. Les rares accidentés préfèrent ne pas faire jouer le risque professionnel pour être couvert par l'INPS en tant que salarié privé. Les deux assurances offrent enfin des options pour une protection volontaire mais elles ne touchent qu'une centaine de personnes (certaines professions libérales, des employés des organismes internationaux). Le marché pour le risque maladie n'est pas beaucoup développé en raison de la quasi-gratuité des soins. Par contre Garantia souhaitait investir pour la création d'un hôpital privé. Si ce projet prend forme, les plus privilégiés pourront vouloir s'assurer pour y avoir accès.

## 1.5 Synthèse

### *1.5.1 Les dépenses par habitants*

Les dépenses des ménages ne peuvent maintenant être estimées qu'en extrapolant les résultats de l'enquête de 1988. Les ménages ne consacrent en moyenne que 1% de leur revenu à la santé, un montant bien inférieur à celui des pays voisins et occidentaux. Cette part est extrêmement faible comparé par exemple à celle consacrée au tabac et à la boisson (15%).

Tableau 23

**Consommation des familles**  
Millions ECV

Transport communict	9 127	16,31%
Santé	606	1,08%
Logement	3 386	6,05%
Habits	1 313	2,35%
Boisson-tabac	8 518	15,22%
Alimentation	22 732	40,62%
Autres	10 284	18,38%
<b>Total</b>	<b>55 966</b>	<b>100,00%</b>

*Extrapolation INS*

Même si la santé est perçue comme un bien très précieux, la population n'a pas l'habitude de payer directement pour ce type de dépenses. Elle compte sur l'Etat et le système de protection sociale. Il est possible que la nouvelle enquête dont les résultats doivent sortir en octobre 2003 montre une forte augmentation en raison du développement de la médecine privée.

Bien sur cette consommation est très inégalement répartie suivant les revenus des ménages mais aussi selon leur localisation. Selon la même enquête, la part des dépenses de santé est nettement plus élevée au sein de la population urbaine où justement le secteur privé est plus important.

Tableau 24

<b>Dépenses moyennes par ménages</b>				1000 ECV
	Urbain	Peri-urbain	Rural	Moyenne
Total	52,99	53	28,86	37,75
Santé	1,49	1	0,48	0,83
<b>% santé</b>	<b>2,81%</b>	<b>1,89%</b>	<b>1,66%</b>	<b>2,20%</b>

*Enquête sur la consommation des familles 1988*

En milieu rural, beaucoup plus pauvre, les dépenses de santé occupent une place très modeste. Il s'agit bien sur de moyenne et certains peuvent être amenés à se ruiner en raison de problèmes de santé (en fait probablement plutôt en raison des coûts indirects (transports, perte de salaires, accompagnement..)).

Le Cap Vert dispose d'une PIB par habitant nettement supérieure à celui de ses voisins africains. Même si la part consacrée à la santé n'est pas particulièrement élevée, les ressources par habitants sont donc importantes. Le montant par habitant (62 US\$ ) est nettement supérieur au minimum fixé par la Banque Mondiale pour le paquet minimum de service au niveau du district (12 US\$ par personne).

Tableau 25

US/capita	2002	PIB	Santé	%
Consommation Privée		1024	12,29	1,20%
Consommation Publique		479	38,32	8,00%
Investissement		252	12,06	4,79%
Solde Import-Exp		-425		
<b>Total per capita</b>		<b>1330</b>	<b>62,67</b>	<b>4,71%</b>

*Economist, Boletim*

La particularité du Cap vert est que la faiblesse des ressources mobilisées par les ménages est largement compensée par l'importance des dépenses publiques. L'Etat affecte 8% de ses moyens à la santé alors que les ménages n'y consacrent que 1,2%.

### *1.5.2 Les comptes nationaux de santé.*

Les chiffres indiqués dans les tableaux présentés ici viennent de sources très variées. Nous avons souvent du mal à trouver des données compatibles. Certaines approximations ont du être faites car on dispose souvent de beaucoup de données sur des détails mais la vision d'ensemble manque cruellement. L'intérêt de Comptes Nationaux de la Santé est de pouvoir dresser une présentation simplifiée mais cohérente des comptes de la santé. Dans cet exercice, l'important n'est pas d'avoir une exactitude comptable mais de respecter les ordres de grandeurs.

Pour donner une idée de l'utilité de comptes nationaux, nous avons élaboré les schémas indicatifs présentés en annexe 2. Le schéma I permet de mesurer la place des différents acteurs et leur importance respective. La place prépondérante du Ministère apparaît. Le poids financier du marché du médicament est aussi frappant. La population finance le système de santé de nombreuses façons (taxes, cotisations, paiements..)

Le Schéma II permet de prendre en compte l'importance des flux financiers entre les partenaires. Le rôle central de l'INPS apparaît alors en particulier dans le financement des médicaments. Pour chaque acteur, on peut ainsi identifier ses recettes et ses dépenses. Ces



présentations permettent de corriger certaines incohérences dans les données (souvent liées à des définitions différentes). Elle permet d'évaluer l'importance comparée de chaque problème et de fixer les priorités,

## II Problématique

### 2.1 La transition épidémiologique

Le Cap Vert connaît désormais une véritable transition épidémiologique. Certains indicateurs de santé ont beaucoup progressé durant ces vingt dernières années (espérance de vie de 66,5 ans pour les hommes et 74,9 ans pour les femmes, taux de mortalité de 5,6/1000, mortalité infantile à 29/1000 en 2000). Avec l'allongement de l'espérance de vie, la part des personnes de plus de 60 ans est passée à près de 10% de la population. La pyramide des âges s'est progressivement modifiée et même si sa base reste large, le tronc s'épaissit sensiblement. La natalité reste encore forte mais elle a tendance à diminuer à moyen terme et le vieillissement de la population va probablement s'accélérer. La population âgée absorbera donc une part croissante des ressources de santé. Le poids des maladies cardiovasculaires et des cancers est déjà important et risque de s'accélérer encore. D'autres maladies chroniques (par exemple le diabète) peuvent entraîner des coûts de plus en plus importants.

Nous ne disposons pas encore de beaucoup de données sur cette morbidité (d'autant plus que beaucoup de maladies non transmissibles ne font pas parties des maladies déclarées à la DGS) mais, au regard de l'activité des structures hospitalières et les motifs d'évacuation sanitaire, cette charge est considérable. Des études permettant de faire une synthèse sur ces dépenses et sur les coûts par maladies seraient nécessaires.

### 2.2 Les évacuations sanitaires

Nous avons pu voir l'importance des évacuations dans les budgets de l'INPS comme dans celui de l'Etat (soit directement dans le budget du Ministère de la santé, soit dans celui de la solidarité). Le nombre d'évacuations a beaucoup cru ces dernières années même s'il a tendance à se stabiliser maintenant suite à un grand effort de contrôle. Il faut bien distinguer celles inter-îles (plus de 2 500) de celles à l'étranger (plus de 200 par an). Les premières se justifient par la division de l'archipel en 10 îles et 8 îlots relativement dispersés. Les secondes sont liées plutôt aux demandes de soins plus complexes qui sont difficile à offrir dans un pays de moins de 500 000 habitants.

Tableau 26

<b>Evacuations</b>				Milliers ECV
2002	Nb	Montant	Prix unitaire	% Accompagné
<b>Evacuation Inter-iles</b>				
P Social	1 284			
F Public	504	13 226	7,40	
INPS	1 869	32 293	17,28	
<b>Evacuation Etranger</b>				
P Social	111			59%
F Public	39	74 738	498,25	26%
INPS	64	101 036	1578,69	31%
<b>Total</b>	<b>3 871</b>	<b>221 293</b>		

### *Groupe de travail sur les évacuations*

A la différence de certains pays africains, l'évacuation sanitaire est perçue non comme le privilège d'une élite mais un droit pour tous en fonction des besoins. Le prix unitaire de ces évacuations est élevé même s'il varie beaucoup (entre 0,5 et 1,5 millions à l'étranger). Le prix peut dépendre de la prise en charge de l'accompagnement mais surtout du motifs de l'évacuation qui détermine souvent la durée.

Les raisons d'évacuation inter-îles et Outre-mer sont très différentes. Dans le premier cas il s'agit de consultations spécialisées et de chirurgie d'urgence. Dans le second cas, la plus grande part concerne les cancers et les maladies cardio-vasculaire. La prise en charge des hémodialyses était aussi particulièrement lourde même si elle a été volontairement restreinte depuis quelques années.

Tableau 27

Motifs d'évacuation en %		
	Inter-îles	Outre mer
Ophthalmologie	12%	4%
Gynécologie	11%	
Chirurgie	11%	
Orthopédie	9%	
ORL	7%	
Oncologie		34%
Cardio-vasculaire	7%	20%
Système nerveux		9%
Traumatologie		8%
Reins		8%
Urologie	4%	2%

*Groupe de travail sur les évacuations*

On retrouve bien dans ces recours aux soins à l'étranger, le poids de la transition épidémiologique. Cette situation justifie des investissements grandissant dans les deux grands hôpitaux du pays pour développer une prise en charge sur place. Cette stratégie nécessite non seulement des équipements mais aussi des formations et surtout un seuil raisonnable d'activité pour assurer une qualité suffisante et l'amortissement des coûts fixes. L'insularité pousse au sur-investissement en matière d'infrastructures pour assurer un accès un peu près équitable à tous. D'autres parts les investissements, souvent financés par les bailleurs extérieurs, sont plus facilement mobilisables que les budgets de fonctionnement pour les évacuations en raison des fortes contraintes budgétaires. Le choix entre l'évacuation et l'offre de soin local est donc difficile et ne se fait pas seulement sur des considérations purement économiques.

### 2.3 Les attentes de la population

#### *2.3.1 La diaspora et les modèles occidentaux*

Cette demande pour une médecine de haute technologie est aussi favorisée par les liens étroits que la population conserve avec les pays occidentaux. La diaspora (essentiellement aux USA, en Hollande et en France) est estimée à 518 000 personnes, un chiffre plus élevé que la population des îles. Les visites réciproques sont relativement fréquentes. On estime que 18% du PIB provient des transferts extérieurs, issus en grande partie de ces contacts. Si on ajoute l'aide extérieure, près d'un tiers du PIB provient de l'Etranger. La PIB par habitant ( de 1 300 US\$) ne donne donc pas une véritable image de la richesse du pays. Néanmoins les attentes de la population se fondent sur ce niveau même si ;selon certains, elle vit parfois au-dessus de ses moyens.

L'urbanisation de la population est aussi en forte progression (53,4% en 2002). En particulier, la population de l'agglomération de Praia (qui regroupe déjà plus du quart de la population) croît de 4,1% par an (deux fois plus vite que les zones rurales). Cette population est plus en contact avec les modèles culturels européens ou américains (avec la télévision brésilienne par exemple) tout étant plus proche des grandes structures hospitalières. Enfin la moitié des médecins en fonction sont étrangers avec des formations très diverses mais souvent dans les pays développés. Un nombre croissant de spécialistes sont formés ce qui correspond souvent aux besoins mais peut aussi augmenter « la demande induite par l'offre ». Il est

compréhensible que ceux-ci vont exercer leur pouvoir d'influence pour obtenir les équipements qu'ils ont connu pendant leurs formations.

Pour toutes ces raisons, une grande part de la population est bien informée sur les progrès des techniques médicales et attend du système de santé une technologie avancée en particulier dans le domaine du diagnostic, de l'imagerie et de la chirurgie. Le recours à la bio-médecine est privilégié. Les attentes vis à vis des soins sont donc très fortes et les modèles sont beaucoup plus proches de ceux européens que de ceux des pays africains.

### *2.3.2 L'Etat providence*

D'autre part la mentalité de la population reste très marquée par l'histoire, avec un fort sentiment de vulnérabilité (à plusieurs reprises dans le passé récent, la population a considérablement décliné à la suite de terribles famines). Dans ces situations le recours à l'état est traditionnel. 25% des besoins de la population en nourriture est encore couvert par l'aide alimentaire. Le pays a connu pendant plus d'une vingtaine d'années un Etat providence plus ou moins efficace mais toujours très présent. L'accès à la santé est perçu comme un droit qui est d'ailleurs rappelé dans la constitution du 27 septembre 1990 où selon l'article 58 « *progressivement et en accord avec le développement du pays, il sera assuré à tous les travailleurs le droit à une sécurité sociale adéquate en cas de maladie* ».

Enfin le pays a une relativement bonne réputation en matière de gestion publique et de faible niveau de corruption. Le secteur public est resté dominant dans le domaine de la santé et n'a pas connu cette « privatisation interne » qui s'est développée dans les pays africains en raison de carences dramatiques de financement. L'introduction de paiements (officieux ou non) dans ce secteur n'est donc pas encore vraiment acceptée.

### *2.3.3 La société civile*

En raison du peuplement récent du pays, les traditions communautaires (ethniques ou villageoises) sont relativement rares. Ces solidarités ont commencé vraiment à se développer avec l'alternance politique au début des années 1990. Auparavant le parti unique et les syndicats de masse, ont limité l'autonomie et le pouvoir de la société civile. Ce n'est que le 31 dec 1987 que fut voté une loi régule la liberté d'association. Le 16 juin 1996 fut créée la Plate-Forme des ONG. On compte maintenant une 100 ONG et 600 associations locales mais seulement 17 travaillent dans le domaine de la santé (Croix rouge, Caritas Cap vert, Liga Ngarena de Solidaridade, OMCV, MORABI...).

Aucune (pas même les Eglises) ne dispose de structures importantes pour la prise en charge des malades comme dans beaucoup d'autres pays Africains. La société civile commence à jouer un rôle dans le développement rural mais dans le domaine de la santé, elle se concentre sur les aspects sociaux (orphelins, personnes âgées) et suit encore essentiellement « le marché des donateurs » pour des actions d'IEC. Cette situation peut changer mais une telle évolution prendra du temps. Dans une proposition de réformes du système de financement, il importe de bien prendre en compte la spécificité du contexte actuel.

## 2.4 Les besoins de services de base

Malgré un certain développement économique (4% par an ces 5 dernières années), un fort pourcentage de la population demeure au-dessous du seuil de pauvreté (30% ). Ce taux ne se

réduit pas et la population extrêmement pauvre a tendance même à augmenter (plus de 14%) et une partie croissante se trouve en un milieu urbain L'accès au service de santé demeure difficile dans des régions enclavées. Les conditions de vie de certaines populations rurales et d'une partie de la population urbaine sont toujours précaires. En particulier les systèmes d'assainissement et d'accès à l'eau ne sont pas encore assurés pour tous. Pour ces raisons, les problèmes liés aux maladies infectieuses demeurent encore graves et les risques d'épidémies sont réelles comme en témoignent plusieurs alertes ces dernières années (Rougeole en 1997 et 1998, Choléra en 1996 et 1998, toux convulsive en 1998 et 1999 et poliomyélite en 2000..).

Ces problèmes ont aussi révélé les faiblesses du Programme Elargi de Vaccination qui fut l'objet d'une étude particulière en juin 2003.. La couverture vaccinale a fortement baissé entre 1991 et 1999 passant de 75,4% d'enfants complètement vaccinés à 55,7%. Ce taux serait remonté à 91,2% en 2001. Mais ces variations montrent la vulnérabilité du programme qui dépend encore beaucoup des financements extérieurs. Le Cap Vert a adhéré à «l'initiative d'Indépendance Vaccinale dans les pays du Sahel» et l'approvisionnement de routine en vaccins est payé avec la rubrique « charges pour la Santé » du Ministère de la Santé. Par contre le budget de fonctionnement est très limité et les actions de sensibilisation, de formation ou les journées nationales de vaccinations sont encore dépendantes des bailleurs traditionnels (OMS, UNICEF) et financées souvent dans la composante « Santé de l'Enfant et de la Femme » du budget d'investissement

La tuberculose est en recrudescence et pour sa prise en charge, un effort particulier sur la qualité des services laboratoires est nécessaire. Même si le nombre de cas déclarés de Sida est faible (75 en 2000), il progresse ainsi que celui des maladies sexuellement transmissibles. On peut craindre que le poids du Sida s'aggrave considérablement sans changements de comportement. D'autre part étant donné le niveau de revenu du pays et les attentes de la population, la demande pour les traitements anti-rétrovirus va probablement être forte et peser sur le budget de fonctionnement même avec un nombre encore limité de patients..

L'amélioration des services de santé de la reproduction demeure aussi une priorité. Le taux de fertilité demeure élevé en particulier auprès des populations les plus vulnérables. Le développement des services de planning familial est un sujet politique et religieux sensible. La croissance de la population est pourtant une contrainte essentielle dans le développement économique du pays. Les surfaces cultivables sont très limitées, la dépendance alimentaire est très grande et l'émigration, l'exutoire traditionnel, est désormais presque arrêtée. La baisse de la fertilité est surtout possible avec le développement économique mais l'amélioration des services de reproduction doit faire baisser la mortalité maternelle qui est encore très élevée (76/1000 en 2000).

## 2.5 Les risques futurs

Sans stratégie clairement annoncée, les efforts budgétaires risquent de répondre aux besoins croissants pour les maladies non transmissibles aux dépens de certains services de base qui sont pourtant essentiels et vulnérables. La demande des populations, les projets des spécialistes et les pressions politiques risquent de favoriser plus ou moins ouvertement les services curatifs de technologie avancée, quitte à sacrifier insidieusement les activités de santé publique qui ont parfois un impact moins visible et à plus long terme. La répartition réelle des dépenses par types d'intervention (curatif, préventif, formation..) ou par niveau (primaire, secondaire, tertiaire) n'apparaît pas clairement dans les documents budgétaires actuels. Il est probable que la part relative de ressources allouées aux services de base a déjà

diminué. Certaines de ces activités (en particulier de prévention) sont surtout soutenues par l'aide extérieure et sont très dépendantes des changements de politique des bailleurs. Sans des mécanismes rigoureux pour protéger le financement de certains services essentiels on peut craindre une remise en cause de certains acquis. Certains pays de niveau intermédiaire ont vu ainsi remis en cause des progrès considérés pourtant comme irréversibles sur leurs indicateurs de santé.

D'une manière plus générale, en l'absence de réformes, les dépenses de santé vont augmenter sans pour autant mieux couvrir les personnes vulnérables et les priorités de santé publique. Ce sont surtout les dépenses de la population qui vont croître rapidement mais surtout en faveur des services curatifs d'un secteur privé. En effet, avec les contraintes budgétaires et le poids grandissant d'un secteur hospitalier, les autres services publics risquent de se dégrader et d'être perçues surtout comme une médecine des pauvres. Une grande part de la population n'aura recours au secteur public que pour les urgences particulièrement graves. Il est même possible qu'à plus long terme, si l'image des structures publiques se dégrade, le secteur privé se développera aussi dans ce domaine. La concurrence non régulée entre le secteur privé et public risque d'entraîner de nombreux gaspillages par le sur-dimensionnement de certaines capacités et des recours aux soins peu rationnels. La population risque de ressentir de plus en plus un sentiment de frustration (par rapport à ses attentes et la croissance de ses paiements) et d'injustice (qui démotive les contributions).

### **III Propositions de réformes**

Plusieurs types de réformes sont possibles. Certaines sont complémentaires mais d'autres sont exclusives. Aussi un certain nombre de choix stratégiques sont nécessaires. Nous voudrions présenter ici les différentes alternatives.

#### 3.1 La réforme du secteur public

Le secteur public demeure le principal acteur et par conséquent le domaine essentiel de réforme. On peut à la fois mieux définir son rôle et améliorer son efficacité.

##### *3.1.1 La définition d'un paquet minimum*

Pour préserver les services essentiels et maintenir les priorités de santé publique, il peut être utile de définir le paquet minimum d'activité que l'Etat entend financer et qui seront donc fournis à tous sans paiement.

Ces dépenses prioritaires doivent être fixées et justifiées de manière précise. Cette liste peut être adaptée mais doit rester très limitative pour conserver son caractère vraiment prioritaire. Il doit s'agir des problèmes de santé qui ont un caractère public évident (ampleur du risque, contagion, effets externes) et que le secteur privé ne peut vraiment prendre en charge (activités que le patient ne veut ou ne pourra payer). On peut citer l'ensemble de la vaccination, les programmes de lutte contre la Tuberculose, contre le Sida, mais aussi une grande partie de la santé de la reproduction (les consultations prénatales, les accouchements, le planning familial). Ces budgets doivent couvrir aussi bien la distribution des services que les activités de prévention (campagnes, IEC...).

Cette liste doit être établie par le Ministère mais doit se faire en consultation avec les autres partenaires. La définition du rôle de l'Etat doit être bien comprise par tous pour faciliter le positionnement de chacun. Le secteur privé pourra alors mieux trouver sa place et les patients seront mieux ce qu'ils peuvent attendre des services publics. Cette forte visibilité renforcera l'engagement de l'Etat et la pérennisation de ses actions. Il sera nécessaire de calculer le coût de ce paquet d'activité et de répartir la gestion de son financement (entre le niveau central, les délégations et les structures de santé). Même s'il est prématuré d'évaluer le budget nécessaire pour financer ce paquet minimum, il est possible que son montant soit tout à fait raisonnable comparé aux moyens actuels. De toutes façons, cette procédure permettra de préserver le budget actuel (qui est parfois menacé) et de maintenir sa place en fonction de la croissance de la population..

### *3.1 2 La réponse aux besoins.*

Le secteur public ne peut sacrifier les soins pour les maladies cardio-vasculaire et du cancer sous prétexte qu'ils seraient moins « coût-efficaces » que les autres activités.. De toutes façons, la pression de la demande aboutira à une augmentation du poids des évacuations et/ou à la sur-charge des services spécialisés. Une prise en charge très inégalitaire et pas forcément plus coût efficace » risque de se développer dans le secteur privé.

Mais le traitement de ces maladies non-transmissibles ne doit pas se faire uniquement par des services curatifs coûteux. Des actions de prévention (sur la nutrition, le tabagisme, l'environnement) ou de diagnostic précoce (cancer du col ou du sein..) sont d'un moindre coût et d'une efficacité démontrée. La prise en charge par une médecine de proximité de certaines maladies chroniques (hypertension, diabète..) peut finalement être beaucoup plus appréciée des malades qui surchargent pour le moment les structures hospitalières. Dans ce rôle majeur à jouer. Le secteur privé peut aussi jouer ce rôle mais dans une période transitoire, les structures publiques avec éventuellement des appuis extérieurs peuvent lancer travail de sensibilisation et de promotion de nouveaux types de soins, le secteur public a un des expériences pilotes et lancer un processus innovant.

### *3.1.3 L'amélioration de l'efficience du secteur public*

De toutes façons, face aux contraintes budgétaires liées au nécessaire assainissement des finances publiques, il n'est pas possible d'obtenir une augmentation du budget public. La priorité doit donc être donnée à l'amélioration de la performance de ce financement public. Des gains considérables de productivité (par l'efficience, la répartition et la qualité des services) peuvent être obtenus. Le système d'information actuelle ne permet pas de mesurer l'efficacité réelle des dépenses publiques. Les allocations budgétaires ne peuvent donc se faire de manière à motiver les progrès obtenus dans ce domaine. Le rapport de la revue de dépenses publiques de 2002 propose de nombreuses mesures dans ce domaine.

La fixation d'un paquet d'activité permet de mieux fixer l'objectif du service public et de mesurer son efficacité avec des indicateurs objectivement vérifiables. Cette réforme peut aussi faciliter une certaine déconcentration des activités même si elle doit se faire progressivement en fonction de l'amélioration des capacités gestionnaires des structures périphériques.

## 3.2 La généralisation du recouvrement des coûts

Depuis l'initiative de Bamako, l'introduction des paiements dans les structures publiques s'est généralisée en Afrique. Elle a souvent permis d'améliorer la disponibilité en médicaments mais n'a pas, du moins autant qu'on l'espérait, amélioré la qualité du service public. Elle a par contre eu un impact considérable sur la fréquentation. Celle-ci est nettement plus faible en Afrique Sahélienne qu'au Cap Vert. Les problèmes rencontrés viennent-ils d'une mauvaise application des principes et d'une erreur de conception ? De toutes façons, avant d'introduire, un nouveau modèle, il importe de bien tirer les leçons des expériences étrangères et de prendre en compte la spécificité du contexte national. Le schéma III permet de présenter l'impact d'une introduction du recouvrement des coûts.

### *3.2.1 Les fonds de roulement de médicaments*

Pour améliorer l'approvisionnement en médicaments des pharmacies publiques (un problème souvent ressenti aussi au Cap Vert), la création de fonds de roulement a parfois donné de bons résultats dans les pays Africains. Mais les Capverdiens n'ont pas l'habitude de payer dans les structures publiques (excepté le ticket modérateur de 10 ECV). Ils ne l'accepteront pas s'ils peuvent acheter dans les pharmacies privées et se faire rembourser 75% par l'INPS. Ce système ne se développera qu'en l'absence de pharmacies privées proches. Et dans ce cas, n'est-il pas plus commode d'encourager l'ouverture d'une telle pharmacie afin d'assurer une caisse autonome et une bonne gestion ?

Le principe des fonds de roulements (selon lequel l'argent des médicaments va aux médicaments) risque en effet d'être difficile à mettre en place dans les structures publiques actuelles en périphérie (manque de capacité gestionnaire, habitude de caisse commune). De toutes façons, une telle proposition nécessiterait une réforme en profondeur du système d'approvisionnement public en médicaments. Les structures périphériques devront faire les commandes et les payer. Il n'est pas sûr qu'une telle décentralisation soit possible du moins à court terme.

### *3.2.2 Un nouveau système de tarification*

Il est reconnu par tous que beaucoup de patients pourraient payer nettement plus que le ticket modérateur qui n'est que symbolique. Même si les patients ne peuvent s'acquitter de la totalité du coût, ils pourraient payer une partie plus raisonnable du coût de toutes les prestations. Bien sur l'assurance peut fonctionner en tiers payant ou en remboursant ses affiliés ce qui encouragera la population à s'assurer. Néanmoins ce système risque de provoquer des effets pervers sans une réforme d'ensemble. Face à ces augmentations de tarifs, la population peut être tentée aussi de recourir aux cartes des assurés comme elle le fait actuellement pour l'achat de médicaments. La généralisation des paiements exigerait une profonde transformation des mentalités. La participation communautaire est fondée sur une certaine solidarité locale. Celle-ci n'est pas très développée dans le domaine de la santé car l'Etat providence joue ce rôle et la population accepte de payer dans les structures privées mais non dans les structures publiques.

Cette nouvelle tarification peut probablement se développer davantage dans les établissements qui ont une autonomie financière, c'est à dire les deux plus grands hôpitaux et à moyen terme les hôpitaux régionaux. Ces structures ont une plus grande capacité gestionnaire. Elle offre un service plus sophistiqué et pour lesquels la « willingness to pay » est probablement plus élevée. Ces services sont plutôt engorgés et l'augmentation des paiements peut être une manière d'orienter davantage les recours vers les soins de santé



primaires. Différents types de tarification sont possibles avec des forfaits à l'épisode par exemple, Le choix d'une grille ne doit pas se faire seulement selon le coût très variable en fonction de l'activité (car les coûts fixes sont amortis de manière différente) mais aussi en fonction des capacités de paiements, de la perception des patients et de préoccupation de santé publique. Avant d'assurer une meilleure lisibilité, il vaut mieux en général une liste restreinte avec des catégories facilement compréhensibles de tarifs. La liste actuellement en vigueur est très complexe et n'est d'ailleurs peu disponible. Les prix doivent être affichés et connus de tous. La nouvelle liste proposée par la Direction de l'Hôpital de Praia est encore plus longue dans l'espoir de couvrir tous les cas. En fait une telle liste ne peut être exhaustive car il y aura toujours de nouvelles types de traitements. Il vaut mieux fixer des catégories ouvertes qui intégreront facilement les innovations thérapeutiques.

La simplification de la grille tarifaire permet aussi de faciliter la comparaison entre les recettes potentielles et les recettes réelles. Le modèle simplifié montre qu'avec les tarifs actuellement pratiqués, le revenu propre de l'hôpital de Praia est deux fois moins élevé que celui qu'il devrait être théoriquement obtenir. Il s'agit ici d'un exercice théorique sur la base d'approximation de prix moyens et d'une liste incomplète d'activité mais la comptabilité de l'hôpital devrait être conçue de manière à rendre ce calcul vérifiable.

Tableau 28

**Modèle de prévision des recettes**

Hôpital de Praia

					Anciens prix	2002
	Nb	Prix moyen	Prix propose	% Payant	Recettes	Nouveau prix
						Recettes
Journées d'hospital	70 271	1 000	2 750	30%	21081300	57973575
Consult urgence	90 054	750	1 500	30%	20 262 150	40 524 300
Consult 1 <sup>er</sup>	20 214	500	1 250	30%	3 032 100	7 580 250
Consult 2eme	19 917	500	1 250	30%	2 987 550	7 468 875
chirurgie progra	2 310	5 000	10 000	30%	3 465 000	6 930 000
Inter urgente	1 547	5 000	10 000	30%	2 320 500	4 641 000
Accoucht simple	2 890	4 000	17 500	30%	3 468 000	15 172 500
Acc complexe	776	9 000	32 500	30%	2 095 200	7 566 000
IVG	1 017	4 000	6 000	30%	1 220 400	1 830 600
Examen radio	42 852	300	600	30%	3 856 680	7 713 360
Ecographie	10 717	1 500	2 500	30%	4 822 650	8 037 750
Analyse clinique	144 216	200	300	30%	8 652 960	12 979 440
Analyse sang	56 646	200	300	30%	3 398 760	5 098 140
Urine	94 392	200	300	30%	5 663 520	8 495 280
Immunoserologie	10 542	200	300	30%	632 520	948 780
Parasito	15 840	200	300	30%	950 400	1 425 600
Bacterio	6 254	200	300	30%	375 240	562 860
ECG	1 954	300	1 000	30%	175 860	586 200
Echographie	1 121	1 500	2 500	30%	504 450	840 750
Endoscopie	812	3 000	5 000	30%	730 800	1 218 000
Fisioterapia	6 576	300	700	30%	591 840	1 380 960
Ticket visite	130 185	30	50	90%	3 514 995	5 858 325
Ticket examens	401 186	50	100	90%	18 053 370	36 106 740
Ticket urgence	90 054	50	150	90%	4 052 430	12 157 290
<b>TOTAL</b>					<b>94 827 375</b>	<b>195 123 000</b>

Si on augmente les tarifs comme le propose la direction, le revenu potentiel double encore et couvre presque la totalité du budget. Mais dans la pratique, le pourcentage de payant est beaucoup moins élevé et il risque de diminuer encore avec une hausse de tarifs qui est souvent de plus de 100%. Les nouveaux tarifs dépassent souvent 5 000 ECV ce qui est hors de portée d'une grande part de la population. On peut aussi dans ce modèle, compenser une légère hausse de tarifs assez fréquents par une baisse significative de ceux les plus élevés mais relativement rare. De toutes façons, les coûts des services hospitaliers sont nettement plus élevés et hors de portée des moyens de la grande majorité de la population. Il ne pourra s'agir que d'un recouvrement partiel des coûts et la plus grande part du financement restera à la charge du budget du Ministère.

### 3.2.2 La prise en charge des indigents

Une des conditions préalables fixées par l'initiative de Bamako est la mise en place de système d'exemptions pour les indigents. En général la communauté est chargée de les sélectionner elle-même en fixant un certain pourcentage par exemple en fonction de ses moyens (par exemple 10% des patients). La structure la plus proche de la population serait mieux à même d'identifier les personnes vulnérables et serait directement concernée par le poids de la prise en charge des indigents. Il serait aussi plus difficile de frauder dans le cadre d'une communauté restreinte qu'avec une vaste bureaucratie anonyme.

Au Cap Vert, les indigents sont sélectionnés par les Municipalités, des structures périphériques proches de la population mais qui ne sont pas toujours en mesure de bien cibler les personnes et qui ne savent pas fixer une limite. Le recours aux soins de certaines personnes vraiment nécessiteuses n'est toujours pas assuré et d'autres reçoivent des exemptions alors qu'ils pourraient contribuer. A partir du moment où 84% de la population est exempté, il est apparu normal pour tout le monde de trouver un moyen pour ne pas payer (en utilisant le statut d'indigents ou en utilisant les cartes d'assurance d'autres).

En utilisant le modèle présenté précédemment, on voit que plutôt que la hausse des tarifs, la réduction du nombre des indigents (ou l'augmentation des payants) permettrait d'augmenter substantiellement les recettes.

Tableau 29  
Prévision des recettes

Hôpital de Praia	Nb	Prix moyen	% Payant	Extension	2002
					Extension couverture Recettes potentielles
Journées d'hospital	70 271	1 000	30%	70%	49 189 700
Consultation urgence	90 054	750	30%	70%	47 278 350
Consultation 1er	20 214	500	30%	70%	7 074 900
Consultation 2eme	19 917	500	30%	70%	6 970 950
Chirurgie programme	2 310	5 000	30%	70%	8 085 000
Intervention urgente	1 547	5 000	30%	70%	5 414 500
Accouchement simple	2 890	4 000	30%	70%	8 092 000
Accouchement complexe	776	9 000	30%	70%	4 888 800
IVG	1 017	4 000	30%	70%	2 847 600
Examen radio	42 852	300	30%	70%	8 998 920
Ecographie	10 717	1 500	30%	70%	11 252 850
Analyse clinique	144 216	200	30%	70%	20 190 240
Analyse sang	56 646	200	30%	70%	7 930 440
Urine	94 392	200	30%	70%	13 214 880
Immunoserologie	10 542	200	30%	70%	1 475 880
Parasito	15 840	200	30%	70%	2 217 600
Bacterio	6 254	200	30%	70%	875 560
ECG	1 954	300	30%	70%	410 340
Echographie	1 121	1 500	30%	70%	1 177 050
Endoscopie	812	3 000	30%	70%	1 705 200
Fisioterapia	6 576	300	30%	70%	1 380 960
Ticket visite	130 185	30	90%	95%	3 710 273
Ticket examens	401 186	50	90%	95%	19 056 335
Ticket urgence	90 054	50	90%	95%	4 277 565
<b>TOTAL Recettes</b>					<b>237 715 893</b>

La charge des indigents est toujours invoquée comme un problème dramatique mais on ne dispose pas encore de statistiques détaillées sur le nombre d'indigents utilisant les services. Il ne s'agit pas encore de déterminer les véritables indigents mais de mesurer le poids de ceux qui sont considérés comme tels. La plupart des structures de santé mettant en place l'Initiative de Bamako, enregistrent le nombre des payants et des « non-payants » et même souvent valorisent les pertes liées à la prise en charge de ces derniers. Pour résoudre un problème, il

faudrait d'abord le quantifier correctement. Cela permettrait de mieux connaître les profils et les habitudes des soit-disant indigents.

De toutes façons, au Cap Vert, il ne paraît pas possible que les structures sanitaires se chargent elle-même de la sélection des indigents. Dans un pays à revenu intermédiaire, le système de santé ne doit pas jouer le rôle de système redistributif. La protection sociale qui commence à se développer est probablement mieux amène d'identifier les plus vulnérables. L'administration centrale qui participe à de nombreux projets dans le cadre du PRSP, peut davantage être utilisée à cette fin. Il a d'ailleurs été plusieurs fois demandé de ne plus utiliser le terme « indigents » considéré comme trop péjoratif.

### *3.2.3 La décentralisation de la gestion*

L'un des principes de l'initiative de Bamako est que l'argent récolté localement soit utilisé localement, c'est à dire que les recettes des postes et des centres de santé soient gérées par eux même et non par les Délégations. Sa mise en pratique pour des sommes bien supérieures aux ressources actuelles exigerait une ambitieuse transformation dans la gestion dans toutes les structures publiques. Un profond travail de formation et la mise en place de nombreux outils seraient nécessaires. Ces tâches gestionnaires risquent de se faire aux dépens de priorité de santé publique.

Il est probablement prématuré de lancer une telle déconcentration même sans prétendre effectuer une véritable décentralisation. En effet, théoriquement il faudrait aussi mettre en place des comités de gestion à tous les niveaux avec des représentants des communautés. L'implication des municipalités dans les actions sanitaires peut probablement être développée mais pour le moment le sujet est politiquement sensible. Il ne faut pas dans un pays de la taille du Cap vert risquer de briser la cohérence de la pyramide sanitaire. Un délicat travail de coordination de certaines Délégations permettra de mettre en place dans certains cas une logique de districts. Il serait difficile d'accroître les enjeux par une rapide décentralisation financière.

Dans un domaine marqué par l'autorité publique, l'introduction de paiement risque de créer des confusions entre la gestion privée et publique (avec des paiements officiels, des transferts de caisses, des achats directs sans respect des règles de marché public...). Des systèmes de supervision et de tutelles doivent être en place pour limiter les abus. Pour le moment la séparation fut relativement respectée et on doit préserver cet acquis.

L'initiative de Bamako devait procurer des revenus complémentaires mais en principe le financement public devait se maintenir. Dans beaucoup de pays, l'Etat a profité de cette situation pour se désengager. Ce risque est déjà perceptible avec les faibles revenus récoltés actuellement. Les dépenses publiques risquent de se concentrer alors sur les structures hospitalières et les structures périphériques verront leur situation se dégrader car les recettes propres ne pourront pas augmenter considérablement. Face à la mauvaise qualité d'un service, les patients qui, de toutes façons, doivent payer, vont s'orienter de plus en plus vers le secteur privé. Les plus privilégiés vont souscrire à des assurances privées pour couvrir les risques les plus lourds. Ce scénario présenté dans le schéma II risque finalement d'encourager une médecine à deux vitesses avec le développement d'une hospitalisation privée.

### 3.3 Le développement des assurances

#### *3.3.1 Les mutuelles*

Dans certains pays d'Afrique, des mutuelles se sont mises en place. Elles jouent un rôle indéniable (et très médiatisé) même si elles ne couvrent qu'une faible part des personnes (5% au Sénégal). Pour simplifier, on peut distinguer deux grands types de mutuelles. Les mutuelles communautaires qui couvrent des petits risques très fréquents. Les cotisations sont modiques et les bénéficiaires prévisibles, ce qui facilite les cotisations. Mais ces mutuelles ne peuvent prendre en charge les dépenses lourdes d'hospitalisation. Les mutuelles professionnelles offrent des prises en charges plus complètes mais pour des populations plus privilégiées qui acceptent des cotisations plus lourdes.

Dans les deux cas, ces mutuelles se sont développées parce que les services étaient payants et que les patients avaient du mal à payer les factures de soins. Cette situation ne s'est pas encore généralisée au Cap Vert. Les gens qui n'acceptent pas de payer pour des soins quand ils sont malades, seront encore moins enclins à payer en avance pour des risques probables de maladie futures. La cotisation doit donc être obligatoire ce qui dénature le caractère communautaire de ces mutuelles fondées surtout sur une solidarité locale. Celle-ci n'existe pas toujours et peut prendre du temps à se développer. Les expériences de généralisation forcée des mutuelles ne sont guère convaincantes. On peut encourager celles qui naissent en raison de solidarité locale mais il est en général difficile de les créer artificiellement.

Les mutuelles dites professionnelles peuvent fonctionner comme une assurance privée même si elles n'ont pas de but lucratif. De toutes façons, elles ne peuvent concerner qu'une minorité de la population et ne peut résoudre le problème d'ensemble de financement des soins. Elles fonctionnent surtout comme mutuelle complémentaire en offrant un service supplémentaire à un service de base déjà ouvert à tous.

Il importe donc de proposer d'abord un système national d'assurance Maladie (SNAM) qui couvre presque toute la population. Une telle alternative est plus adaptée au contexte du Cap Vert qui dispose déjà d'une structure de prévoyance solide (l'INPS), d'une forte attente de la population vis-à-vis d'une solution nationale et d'un système de santé relativement centralisée. Une assurance à large couverture est seule en mesure de couvrir les risques lourds liés à la transition épidémiologique. Un système obligatoire est nécessaire pour obtenir les cotisations des affiliés et pour limiter les problèmes de « sélection adverse ».

Plutôt que d'instituer d'un seul coup un nouveau système, il est possible de parvenir à ce modèle en étendant progressivement la couverture de l'assurance actuelle et en améliorant les conditions de financement de l'offre. Cette logique prolonge l'expérience actuelle du pays en matière de protection sociale et est conforme aux intentions affichées des autorités. En effet le gouvernement du Cap Vert prévoit parmi ses objectifs *« l'orientation du financement du système de façon à ce qu'une grande partie soit financée de manière indirecte afin de garantir une meilleure justice sociale »*

#### *3.3.2 L'extension de l'assurance aux fonctionnaires*

Le principe d'une assurance universelle est que tous les citoyens du Cap Vert doivent avoir une carte de protection sociale. Cette carte peut être un peu différente suivant d'éventuels régimes mais elle doit être conçue selon le même modèle. Quand une proportion suffisante de

la population aura cette carte, des abus sont toujours possibles (mais seront considérés comme une véritable délinquance). Ces cartes seront d'abord simples mais pourront par la suite être informatisées pour assurer un meilleur suivi des patients. Les salariés du privé étant déjà couverts, l'objectif est donc d'étendre la couverture aux fonctionnaires et au secteur informel.

L'intégration des systèmes spécifiques (BCA par exemple) dans l'INPS est déjà pour ainsi dire entamée. Elle ne pose pas de problèmes financiers car elle ne concerne qu'un petit nombre de salariés aux droits assez proches des autres affiliés. Par contre l'intégration des fonctionnaires risque d'être une tâche beaucoup plus délicate car elle touche un nombre considérable de personnes (46 000 personnes, soit 10% de la population si on prend en compte les ayant-droits). Elle est fortement désirée par les intéressés qui se plaignent de ne pas avoir de protection sociale réelle (en particulier les remboursements des achats de médicaments). Mais ces agents ne peuvent obtenir des prestations similaires à celles du privé si l'Etat ne participe pas. L'INPS peut craindre que l'Etat ne soit un mauvais payeur. Comme les salaires des fonctionnaires sont différents du secteur privé, on peut envisager des taux différents et des règles particulières. Il serait alors nécessaire de créer une mutuelle propre mais elle peut être associée à la SNAM. Cette intégration peut permettre de limiter des demandes trop « catégorielles ».

Le principal obstacle à cette proposition est lié aux retraites car le système public est tout à fait différent et peu difficilement être inclu dans l'INPS avec son statut actuel. Une réforme de l'INPS serait probablement nécessaire pour séparer clairement les risques maladies des autres. Le système de subsidiation entre régimes ne sera alors plus possible et il faudra fixer les taux en fonction des réelles dépenses. Des taux supérieurs à 4% correspondent mieux à la réalité des besoins. Les fonctionnaires ne seraient alors affiliés au SNAM que pour l'assurance maladie. Grâce à cette séparation des risques, l'Etat ne devra payer que les cotisations maladies ce qui facilitera le déblocage des crédits.

### *3.3.3 L'extension aux indigents*

La responsabilité des municipalités dans la sélection des indigents peut être maintenue mais, elles doivent alors cotiser elles-mêmes pour affilier « leurs indigents » à la protection sociale. Cette cotisation restera modeste puisqu'elle pourra être fixée sur la base du salaire minimum.

Comme elles n'ont que très peu de moyens, elles doivent pour cela recevoir un budget du Ministère du Travail et de la Solidarité qui peut aussi augmenter son appui technique pour mieux sélectionner les indigents. Le montant de ces budgets exprimera clairement le nombre d'indigents que l'Etat accepte de prendre en charge. Ce mécanisme permettrait de limiter les indigents en faisant respecter la contrainte budgétaire mais aussi d'augmenter la participation des municipalités dans le domaine de la santé.

Par contre cette extension risque de mettre en difficulté financière le SNAM car le nombre de cotisants d'un faible montant risque d'augmenter alors que ces personnes consomment probablement autant que les autres (sinon plus). La prise en charge des indigents devient donc un problème de redistribution au sein du système de protection sociale. Jusqu'à quel niveau, les plus riches cotisants devront-ils payer pour les plus pauvres ? Cet équilibre est un choix politique délicat.

Les indigents auront donc une carte comme tous leurs concitoyens. Ils accèdent ainsi aux mêmes services ce qui évite la stigmatisation créée par « un dispensaire ou une pharmacie pour

les pauvres ». Néanmoins le ticket modérateur jouera sur eux un effet dissuasif beaucoup plus fort et devra être étudié en conséquence

### *3.3.4 L'intégration du secteur informel.*

Seul le niveau national peut espérer augmenter le contrôle de ce secteur très développé au Cap Vert. L'extension de l'affiliation doit se faire en parallèle avec les efforts de l'administration fiscale. Mais le secteur informel couvre des réalités bien différentes qui doivent être distinguées.

Pour certains, comme les commerçants aisés ou les membres des professions libérales, il faut offrir une alternative attractive. Le remboursement de certains frais dans le secteur privé peut être une motivation importante pour une population aisée mais qui devra aussi contribuer en conséquence. Des systèmes particuliers sur une base volontaire (en général une protection complémentaire) pourront être proposés.

A l'autre extrême de l'échelle sociale, le secteur informel peut aussi être composé de populations ayant un travail précaire ou des rémunérations très modestes. Le problème est que les droits actuels s'arrêtent dès que la personne quitte son travail. L'INPS prévoit de créer un délai de cotisation avant d'octroyer un droit aux prestations. On pourrait alors envisager le maintien des droits pendant une certaine période avant la reprise d'un autre travail ou avant une autre prise en charge (en tant qu'indigent par exemple). Des assouplissements sont probablement possibles pour les cotisations des salaires les plus modestes.

### *3.3.5 La gestion de l'assurance*

Parmi les scénarii possibles, on peut dégager deux grandes options. Soit les systèmes existant et les nouvelles catégories de personnels intègrent progressivement l'INPS, soit l'INPS et les nouveaux systèmes nouvellement créés s'associent dans un ensemble plus vaste, soit une association ou un établissement public à but non lucratif appelé SNAM. Un système unique est plus facilement gérable et les différences actuelles entre les régimes demeurent très modestes. On peut regrouper ainsi plusieurs organismes, comme, par exemple, une mutuelle de fonctionnaires, une autre des cadres financiers et une dernière pour les entreprises publiques. Les niveaux de protection peuvent être variés mais les différences doivent être associées à des cotisations supplémentaires. Il faut un minimum de prestations communes et des principes de gestions comparables. Les conventions avec le privé comme le public doivent pouvoir être gérées par une instance commune qui doit aussi assurer la régulation des dépenses et les inspections. Un système trop compartimenté ne se réforme pas facilement car chaque groupe défend ses avantages acquis.

Le SNAM deviendra ainsi le principal financeur du système de santé selon le Schéma IV en annexe. Le financement des hôpitaux autonomes pourra se faire directement sur la base d'une facturation. Les nouveaux tarifs indiqués ci-dessus pourront être mis en application pour cela. Les conditions de remboursement pourront être adaptées pour faire respecter le système de référence et désengorger en particulier l'hôpital de Praia. Le recours aux centres de santé revalorisés par le projet de l'UE sera ainsi encouragé. Les Soins de santé primaires seront par contre soit financés par l'Etat (le paquet minimum), soit payé forfaitairement par le SNAM. Ce montant pourra être fixé en fonction de l'activité des structures.

Le système est régulé par les tickets modérateurs mais il peut être nécessaire pour les soins coûteux de fixer un plafond en particulier si le nombre des indigents (payant des faibles cotisations) est très important. Après une période de tâtonnement un paquet d'activités pris en charge par la SNAM devra être fixé pour limiter l'inflation des coûts. Au-delà, des systèmes complémentaires pourront se développer sur une base volontaire. Ce paquet d'activités financées par la SNAM est bien sûr différent de celui pris en charge par l'Etat. Le premier correspond aux moyens financiers du SNAM. Le second se fonde sur une logique de santé publique.

### 3.4 La mobilisation des financements privés

Les grandes options stratégiques du plan présentées en janvier 2002 insistent sur « *la promotion du secteur privé* » pour le développement d'ensemble du pays. Dans le domaine de la santé, on peut dire qu'un grand effort reste à faire dans cette perspective. Le secteur privé est encore trop souvent perçu dans le secteur public comme un concurrent qu'il faut surtout contrôler.

#### *3.4.1 La complémentarité entre le public et le privé*

La complémentarité entre le secteur privé et public doit aussi être définie car les liens demeurent nombreux. Une stratégie d'ensemble vis-à-vis de ce secteur privé et sa régulation est donc nécessaire. Différentes alternatives sont possibles depuis une plus nette séparation (obligeant par exemple les spécialistes à choisir un seul lieu d'exercice) jusqu'à une plus étroite collaboration (autorisant les pratiques privées dans les structures publiques sur la base d'un paiement pour l'utilisation de l'infrastructure). Un simple changement des horaires du secteur public peut renforcer le rôle du secteur public. Actuellement après 14H, le secteur public est pour ainsi fermé et les patients n'ont le choix qu'entre les urgences publiques ou le secteur privé. L'augmentation du choix pour le patient et une certaine concurrence ne peut qu'améliorer la qualité du service privé comme public.

D'une manière générale, plus l'Etat est fort, plus il peut se permettre de développer une collaboration car il pourra faire appliquer la réglementation. Lorsque l'autorité est moins respectée, il vaut mieux interdire les risques de collusion entre le privé et le public. L'implication plus grande de l'ordre des médecins permet aussi un contrôle bien mieux accepté car effectué par les « pairs ». Un projet pour soutenir l'Ordre des Médecins permettrait de développer ses moyens d'actions (pour la récolte de données ou pour des formations) mais aussi d'exercer pleinement son devoir de sanction. Plutôt que de devenir un lobby des spécialistes pour obtenir davantage d'équipement, il pourrait s'impliquer ainsi dans la santé publique.

La réglementation du secteur privé sera d'autant plus facile si elle lui procure aussi des avantages. Ceux-ci permettent d'encourager la remise régulière d'informations. La reconnaissance par la SNAM du rôle du secteur privé est donc essentielle. Le remboursement des services sur la même base que dans le secteur public permettra de justifier des inspections et des contrôles. Pour obtenir cet avantage, les cabinets privés et à court terme les hôpitaux privés devront se soumettre à des sortes d'accréditation. Par contre les tickets modérateurs seront différents car le service du privé restera plus cher. Cette différence de prix s'explique plus par les conditions du service (attente, confort, télévision..) que par la qualité technique qui doit être la même dans le privé que dans le public. Cette différence de tarifs qui limitera



l'engorgement du secteur privé. Des systèmes de mutuelles volontaires pourront permettre à certains des remboursements de ces paiements directs qui seront élevés.

#### *3.4.2 Les pharmacies privées*

Les pharmacies privées continueront à se faire rembourser, auprès de l'INPS ou du SNAM, une partie du coût des médicaments distribués. Mais de nouveaux systèmes de remboursement en fonction des produits doivent être proposés. Nous ne disposons pas encore du détail du projet de réforme sur les taux de remboursement des médicaments. Il est important que cette grille soit simple mais établie non seulement en fonction du coût mais aussi de l'existence d'équivalent et du caractère prioritaire de santé publique (par exemple taux élevé pour les génériques).

La stratégie proposée ici donne toujours un rôle essentiel aux pharmacies privées dans l'approvisionnement du pays. C'est pourquoi le contrôle en amont est important en particulier avec la libéralisation des importations et la privatisation de l'EMPROFAC. Le SNAM pourra aussi exercer un contrôle en accréditant les pharmacies et par l'intermédiaire des vignettes.

Le partage des tâches entre les pharmacies privées et publiques sera aussi facilité. La seconde est justifiée par la fourniture du paquet minimum et pour certaines urgences. S'il n'y a pas de pharmacie privée proche de l'hôpital, celui-ci pourra par exemple louer une concession dans son bâtiment ce qui facilitera les achats pour les personnes hospitalisées.

#### *3.4.3 Le secteur privé non lucratif*

Le secteur privé non lucratif sera encouragé par le SNAM. En particulier dans des endroits reculés, des services de santé créés par des associations pourront être soutenus sur la forme de convention de financement (en fonction des services rendus ou des médicaments distribués). Il peut s'agir de pharmacies mutuelles, de cliniques populaires créées à l'initiative de personnalités locales ou de coopératives économiques. Le PRSP peut développer des activités dans ce domaine pour améliorer l'accès des plus défavorisés. Le BIT aurait soutenu ainsi à Mindelo un Dispensaire créé par des syndicats.

Ces structures s'inspirent de la logique des mutuelles en insistant sur la participation des intéressés à la gestion et sur leur but non lucratif mais ne proposent pas forcément des systèmes d'assurances et de « pooling » de risques, ce qui nécessiteraient un contexte tout à fait différent.

### 3.5 La meilleure coordination de l'aide internationale

#### *3.5.1 Les nouveaux domaines d'intervention*

Le problème du sur-investissement doit être analysé par les bailleurs ce qui nécessite une meilleure circulation de l'information. Il peut être nécessaire que ceux-ci participent davantage aux budgets de fonctionnements (pour maintenir et utiliser ces investissements) en particulier sous la forme d'aide budgétaire. D'autre part la mise en place du SNAM pourrait être soutenue par l'aide extérieure sur une base transitoire. L'Union Européenne est en train de négocier le déblocage de 7 Millions d'Euro, à titre de compensations de l'impact de la sécheresse. Parmi les conditions de cette aide budgétaire non-ciblée, l'extension de la couverture aux fonctionnaires et aux indigents pourrait être incluses. Il faudrait faire un calcul

actuarial pour mesurer le coût de ces actions mais il s'agit probablement d'un montant bien moindre. Dans cette tâche une collaboration plus étroite pourra se développer avec l'assistance technique du Portugal qui appuie déjà l'INPS dans le domaine des retraites. La présente consultation n'a pu les rencontrer mais une implication de cette coopération dans le domaine du risque Maladie serait utile.

Pour assurer la pérennité du financement, l'aide extérieure qui finance encore ces services de base, et en particulier le paquet minimum d'activité, doit être progressivement budgétisé. Après des années d'appui ( en particulier dans le domaine des vaccinations ou du planning familial) et étant donné le niveau technique acquis par l'administration sanitaire, les agences spécialisées ne doivent plus se substituer à l'Etat. Le budget d'investissement est conçu pour des projets innovants (par exemple pour la prise en charge des maladies émergentes). Le secteur de la santé n'est pas encore un domaine d'intervention privilégié et de nombreux nouveaux projets peuvent prendre forme (Sida, transition épidémiologique, gestion hospitalière).

### *3.5.2 La circulation de l'information*

Les statistiques présentées ci-dessus sont probablement incomplètes et il importe que chaque bailleur fasse mieux connaître ses aides budgétisées et réalisées. Cette bonne visibilité est importante pour les bailleurs mais aussi pour les bénéficiaires afin de faciliter la coordination. Le système de centralisation auprès du Ministère du Plan paraît la procédure la plus opérationnelle mais doit être régulièrement mis à jour. Plutôt qu'un système informatisé complexe et détaillée, un simple tableur circulant trimestriellement serait déjà très utile.

Des réunions sectorielles entre bailleurs sont probablement aussi nécessaires. La présentation des résultats préliminaires de cette consultation fut l'occasion d'en organiser une première à la Mission de Coopération Française. Elles ne doivent pas être trop fréquentes et peuvent se faire à l'occasion d'autres consultations. La progressive concentration des aides dans le domaine de la santé présentée ci-dessus, devrait faciliter la coordination des bailleurs.

## **IV Le pilotage d'ensemble**

### 4.1 La mise en place d'un système d'information financières

Le système d'information sanitaire est relativement développé au Cap Vert mais il ne comporte pas, ou très peu, d'information sur le financement. Il est paradoxal que l'importance des indigents soit souvent présentée comme un problème majeur et qu'en même temps leur nombre réel soit très peu suivi dans la plupart des structures sanitaires. Le système simple actuel des relevés de dépenses des postes de santé et des centres de santé doit être maintenu mais aussi systématisé. La synthèse pour chaque structure doit faire partie des rapports réguliers de la Délégation. Les équivalences entre les données d'activités et les recettes doivent être possibles.

Les hôpitaux autonomes disposent de systèmes informatisés beaucoup plus sophistiqués. Le programme RAF propose un projet pour mieux suivre les coûts et mieux facturer les dépenses par patients. Un tel système peut être très utile pour mettre en place un nouveau système de facturation avec le SNAM. Néanmoins avant d'introduire des systèmes informatisés complexes et vulnérables, il est préférable de développer une bonne pratique de tableaux

synthétiques et cohérents. Par exemple, la tenue régulière des recettes réelles et potentielles. En effet le rapport financier doit être établi chaque année avec le même soin et la même publicité que le rapport d'activité produit actuellement. Le lien entre ces deux types de données doit aussi être fait dans le rapport de synthèse mais aussi dans la gestion quotidienne car c'est une façon de contrôler les fraudes.

L'intégration du secteur privé dans le système d'information sanitaire doit être faite d'abord pour les activités mais aussi pour les aspects financiers. Les Délégations ou l'Ordre de Médecin peuvent jouer un rôle dans la synthèse de ces informations. Une étude d'ensemble du secteur privé serait probablement nécessaire pour avoir des données de base de synthèse.

Des études sur les coûts ont été entreprises (en particulier par l'hôpital de Praia). Elles sont utiles mais plutôt que d'évaluer les coûts de nombreux actes (très variables suivant le niveau d'utilisation des équipements), la priorité est d'estimer les coûts des différents paquets d'activité (celui garanti par l'Etat, celui que peut prendre en charge l'assurance).

La mise en place d'une comptabilité nationale de la santé peut être un outil précieux pour la planification stratégique. Plusieurs experts du Ministère ont reçu récemment une formation avec l'OMS sur ce sujet. Il serait utile qu'il puisse corriger les estimations faites dans un court délai par cette consultation et qu'ils mettent à jour régulièrement les schémas proposés en annexe.

#### 4.2 Les recommandations pour le projet de district Santiago Nord

Le projet de Santiago Nord est une expérience particulièrement utile car elle propose des mécanismes de coordination entre des Délégations, une étape indispensable à une meilleure planification sanitaire. Néanmoins selon le Ministère, elle ne pourra être généralisable que dans deux ou trois autres localisations (à Fogo et Sao Antao en particulier). Les autres aires de santé (urbaines ou insulaires) se prêtent mal à la logique du district. On peut ainsi comprendre que cette proposition d'un statut juridique du district sanitaire préconisée lors de la mission de formulation, n'ait pas été reprise dans la dernière version du projet. Le modèle de la région sanitaire s'inspire plus de la logique de syndicat inter-communales pour la santé qui permet une meilleure coordination mais pas une gestion commune. La mise en place d'un recouvrement des coûts selon le modèle traditionnel développé au Congo ou au Tchad ne paraît pas non plus adaptée. En particulier « *l'instauration d'un système de paiement direct partiel des médicaments pour tout patient* » répond à un réel problème mais paraît difficile à mettre en place à l'échelle nationale.

Par contre, la présente étude confirme la nécessité préconisée dans le projet d'un effort financier de l'Etat pour le paiement du personnel et le fonctionnement. En contrepartie, un appui technique peut être nécessaire pour améliorer la gestion des Délégations. La cellule du projet pourrait jouer ce rôle en développant par exemple des formations ou des outils communs aux trois Délégations.

D'autre part le projet propose de donner une autonomie progressive à l'hôpital régional qui pourrait ainsi être soutenu par la mise en place du SNAM. Les recommandations sur la tarification et les tickets modérateurs pourraient ainsi s'appliquer au-delà des deux hôpitaux de Praia et de Mindelo. Dans une nouvelle structure, il sera probablement plus facile d'expérimenter ces réformes et de mesurer ainsi l'impact sur la fréquentation et les références.

Le développement de la coordination entre les Délégations doit être complété par davantage d'échanges entre les Municipalités. Ce pourrait être l'occasion d'analyser leurs politiques vis-à-vis des indigents (mesure de leur nombre exact, de leur profil, des critères de sélections officiels ou officieux). Le calcul de leurs coûts pourrait être réalisé, permettant une première budgétisation de leur prise en charge. Ainsi la région Santiago Nord pourrait devenir le lieu pilote de l'extension de la couverture des indigents. Ces activités pourraient se faire en collaboration avec l'Association Nationale des Municipalités du Cap Vert (ANMCV) pour avoir un impact national. La collaboration avec le Ministère des affaires sociales devra être renforcée et ces activités pourraient être associées avec le Programme STEP (Stratégie et Techniques contre l'Exclusion sociale et la pauvreté) soutenu par le BIT.

La région de Santiago Nord pourrait enfin être une zone pilote pour l'association progressive du secteur privé. Une concession pour une pharmacie privée dans le nouvel hôpital de Santa Catarina pourrait être proposée et servir d'exemple à d'autres partenariats public-privé.

#### 4.3 Les étapes stratégiques d'une réforme

La mise en place d'un nouveau système de financement de la santé ne peut se faire d'un seul coup avec une nouvelle loi. Il s'agit plutôt de renforcer certains aspects du système actuel (l'INPS, les services de base), de rapprocher certaines structures (le Ministère des affaires sociales, les Municipalités.) et de mettre en place un certain nombre de réformes dans des domaines variées (tarifs, facturation, décentralisation, système d'information, régulation du secteur privé). Ces actions doivent se faire par étapes mais de manière coordonnée avec un objectif à long terme clairement défini. C'est le but d'une planification stratégique. Pour mener à bien ce processus, plusieurs étapes sont proposées :

- Créer d'une commission de réforme pour travailler ce document indicatif et en proposer une version plus courte et opérationnelle qui puisse être largement divulguée.
- Effectuer des enquêtes complémentaires pour justifier les choix (en particulier sur le secteur privé, sur les indigents..)
- Obtenir un consensus assez large sur un document stratégique après auditions des différents partenaires.
- Faire ratifier ce document par les plus hautes autorités publiques (Santé mais aussi Affaires sociales, Finance, Plan, Conseil des Ministres)
- Fixer le calendrier des réformes prioritaires dans le cadre d'une planification stratégique détaillée
- Proposer une Loi cadre portant sur une des premières étapes de réforme tout en fixant des objectifs à long terme
- Nommer une commission permanente chargée du suivi de la réforme à moyen terme

#### **Conclusion**

La réforme du financement de la santé est un sujet qui intéresse grandement les autorités sanitaires et les principaux acteurs du système de santé. La forte participation à l'atelier et l'implication personnelle du Ministre en témoigne. Auparavant en juin 2003, un Forum, organisé par l'Ordre des médecins a pu discuter de ces thèmes. En Novembre 2002, le Ministère du travail et de la solidarité avait déjà effectué une étude avec le BIT pour une

réforme du système de protection sociale. Il serait utile de reprendre se travail et de lui donner un suite opérationnelle.

Néanmoins un projet aussi ambitieux demeure aussi politiquement très sensible, surtout dans le contexte de la préparation des élections municipales. C'est pourquoi il importe d'associer encore davantage les autres Ministères (Ceux du Plan, de la Fonction publique, des Finances, du Travail et de la Solidarité), les autres partenaires économiques (entreprises, professions libérales..) et le grand public. Différentes manifestations sont possibles (Etats Généraux de la Santé, Formation, Campagne..). La préparation de cette réforme permettra de mettre en place de nouvelles structures ou de revitaliser d'anciennes (comme le Conseil National de la Santé). C'est en s'associant à ces structures plus vastes, que le Ministère de la Santé pourra mettre en œuvre une stratégie de financement de la santé.

## **Annexes**

### Annexe 1 Termes de référence

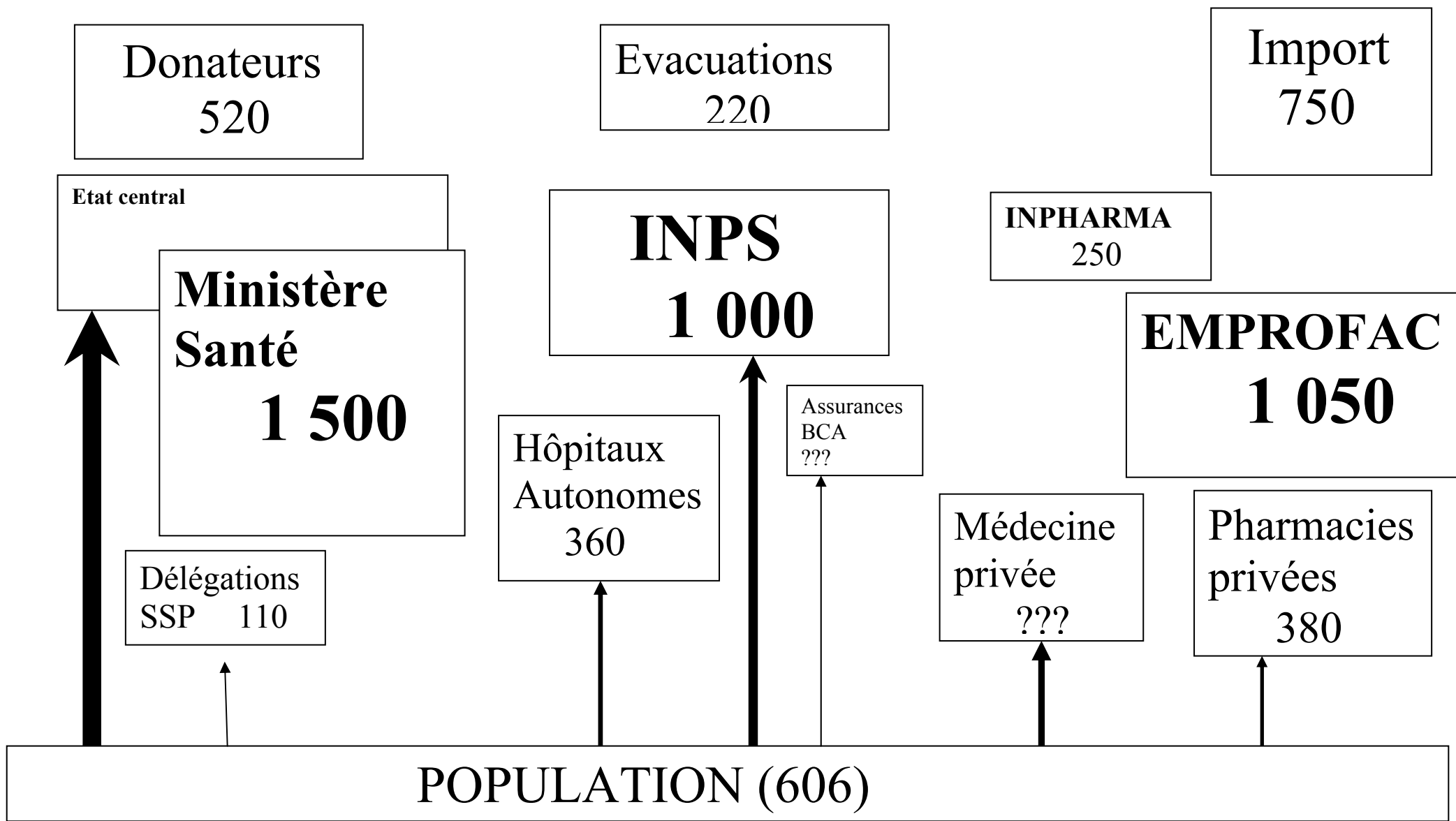


Schéma I : Estimation macro-économique du financement de la santé en Millions d'ECV 2002 : Les partenaires

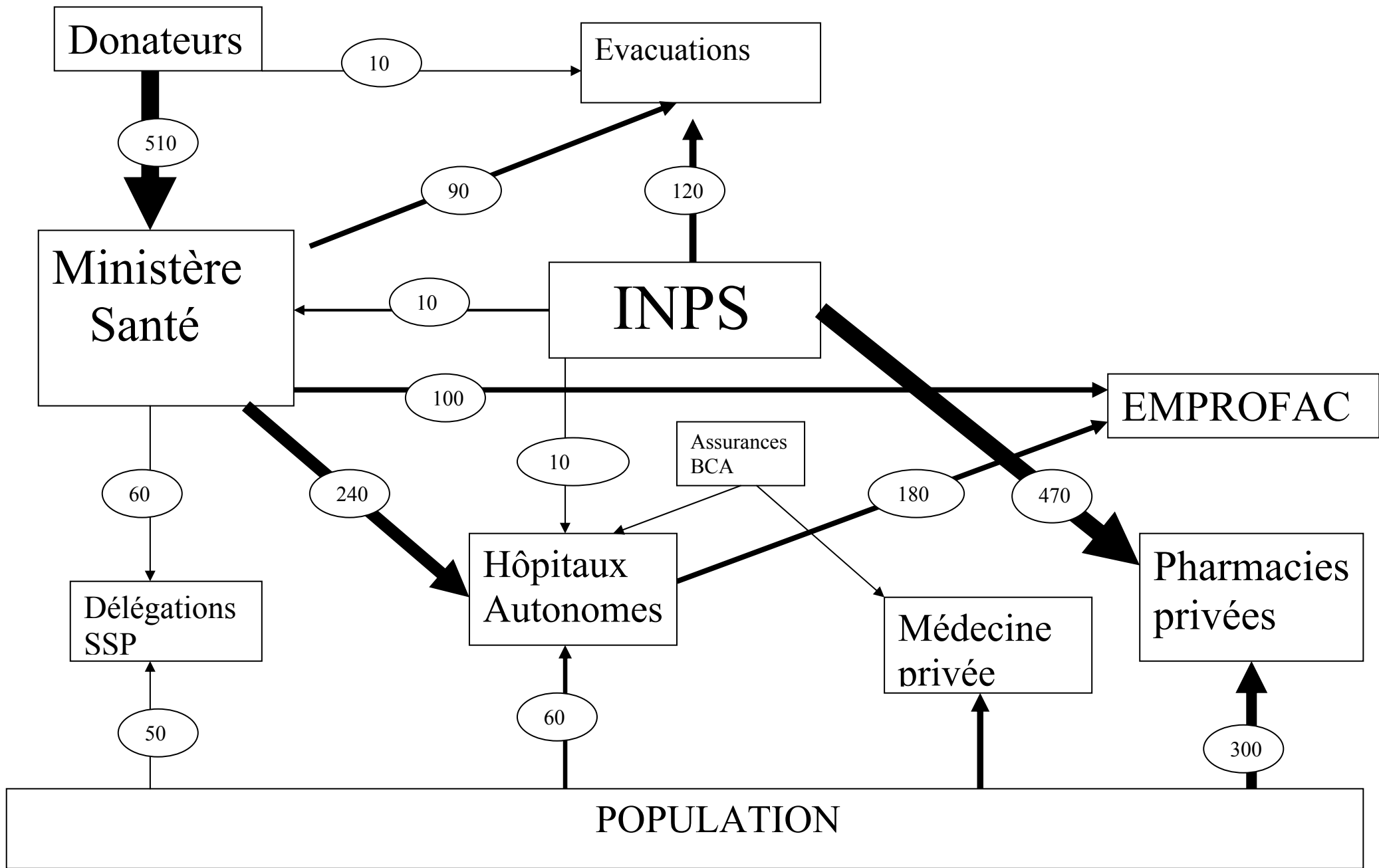
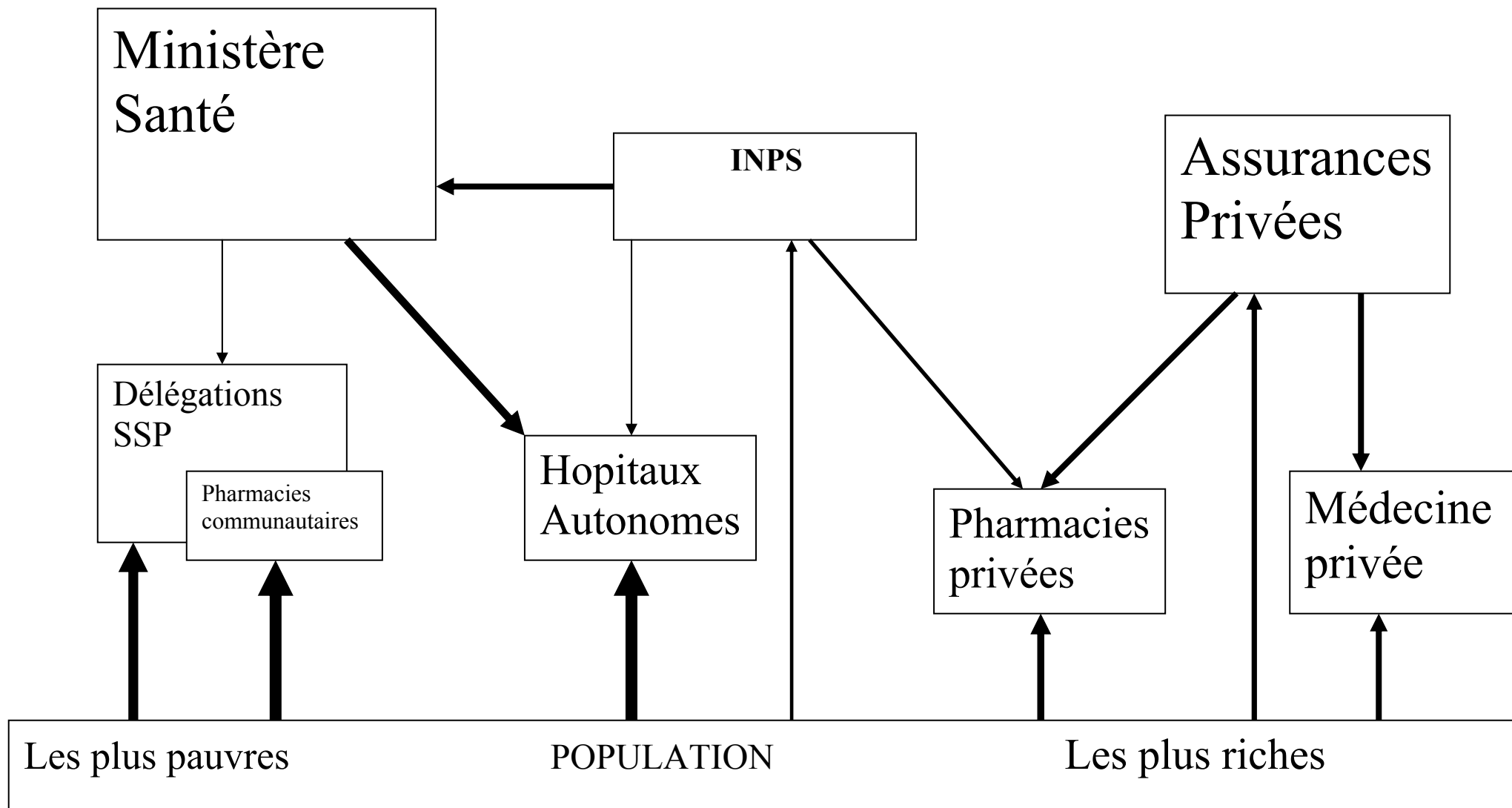
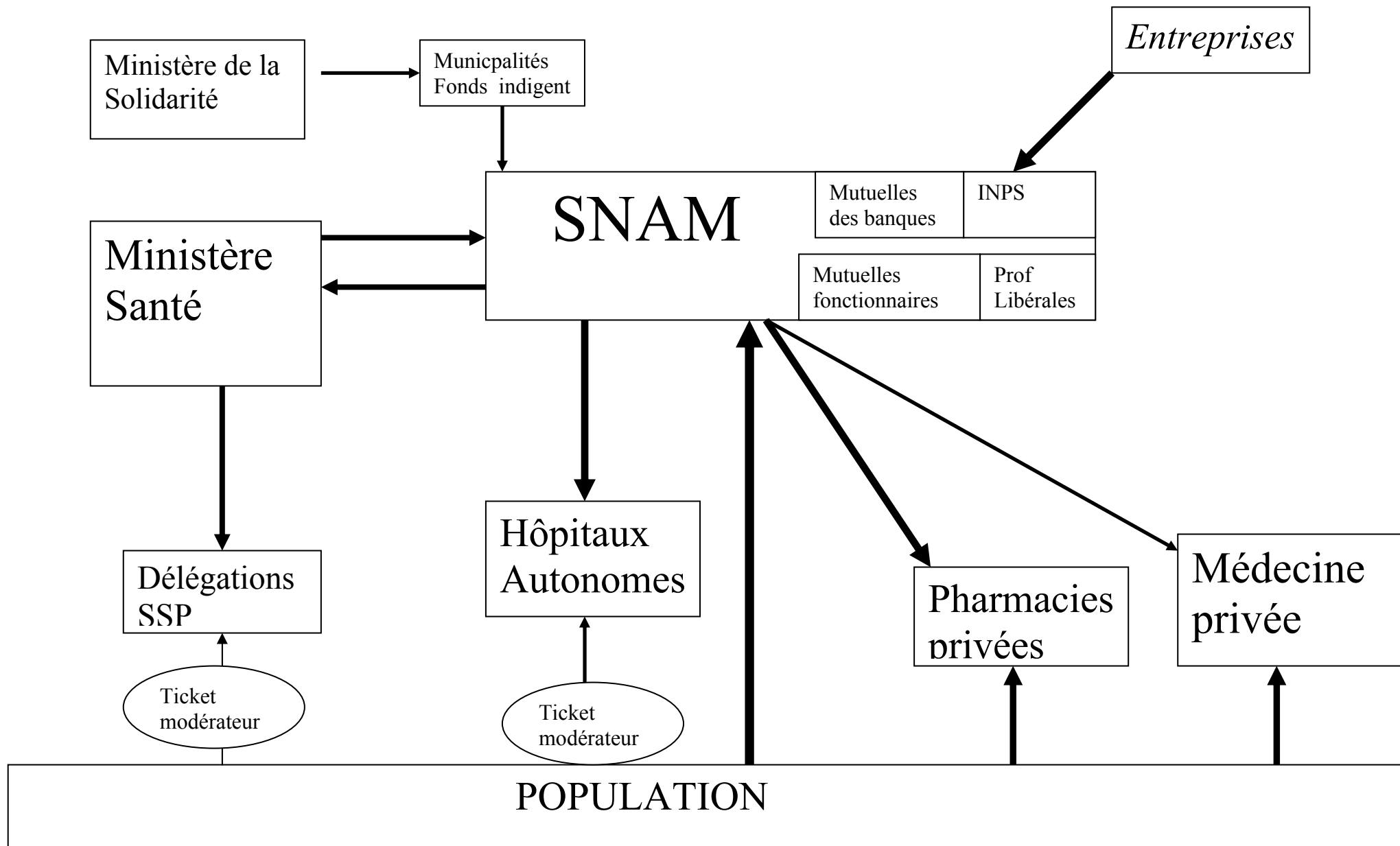


Schéma II : Estimation macro-économique du financement de la santé en Millions d'ECV 2002 : Les Flux d'argent



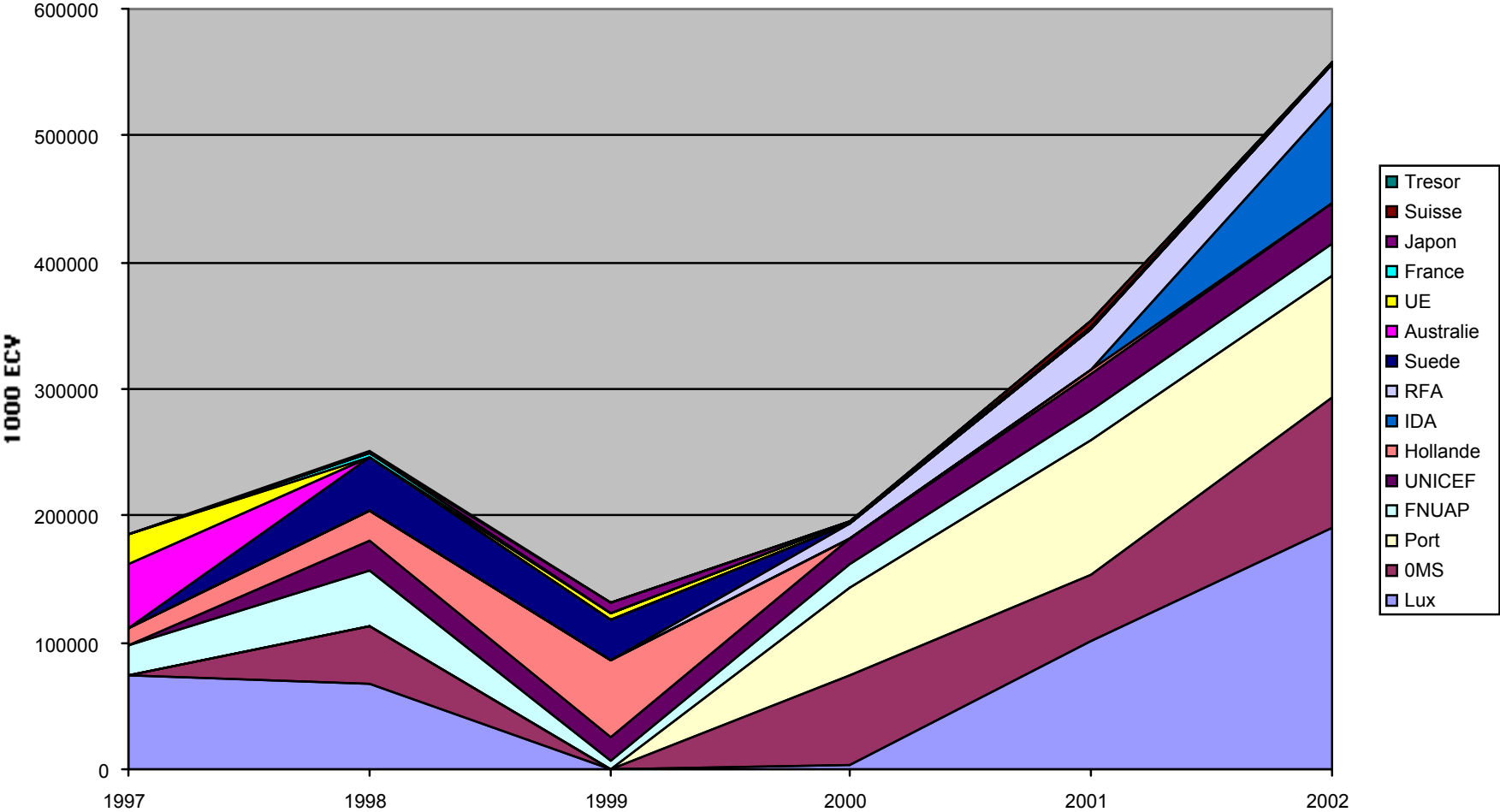


*Schéma III : Modèle participation communautaire*



*Schéma IV : Modèle d'un Système Nationale d'Assurance Maladie (SNAM)*

### Evolution des financements extérieurs



#### Annexe 4 :Personnes rencontrées

Basilio Romas Ministre de la Santé  
Manuel R Boal Assesseur du Ministre de la santé  
Ireneu Gomes Assesseur du Ministre de la santé  
Margarida Cardoso GEP Santé  
Ildo Carvalho GEP Santé  
Joado Pires GEP Ministère de la santé  
Conceicao Carvalho Directeur général de la santé  
Matteus Silva Directeur général de l'Administration  
Tomas Silva DGARH santé  
Edith Santos DG Pharmacie  
Jaqueline Pereira Directrice programme Sida  
Maria de Lourdes Monteiro Service d' Epidémiologie  
Artur Correia Programme de lutte contre le paludisme

Francisco Fernandes Tavares Président INS  
José Texeira Directeur CNDS  
Arcelinda Margarida Barreto Directeur HAN  
Emely Santos Directrice de l'hôpital Dr Baptista de Sousa  
Miguel Lopes Administrateur de l'hôpital de Praia

Jorge Eduardo St Aubyn de Figueiredo Delegué Santé Praia  
Dulce Valadares Dupret Médecin du CS ASA  
Tomas Valdez Delegué Santé St Catarina  
Domingos F Administrateur Délégation St Catarina  
Dionisio Semedo Del santé S Miguel  
Julio Monteiro Rodrigues Delegation Tarrafal

Manuel dos Santos Pinheiro Directeur général du Plan  
Myriam Moneiro Direction du plan  
Henrique Pires Directeur du Budget  
Ana Morais DG Ministère du travail et de la solidarité  
José Maria Carvallho Conseil Municipal St Miguel  
José Domingos Andrade Conseil Municipal de St Domingos

Dr Luis De Sousa Nobre Leite Président du conseil de l'ordre des médecins  
Dr Julio Barros Andrade Ophtalmologiste  
Dr Lopes Afonso Bernardino Directeur Praia Clinica  
Joao de Deus Lisboa Ramos ONG A Ponte  
Yonis Reyes Peace corps  
Barbara Stahler Peace corps  
Marcos Fortunato Oliveira Administrateur INPS  
Luis Vaconcelos Lopes Directeur executif IMPAR  
José Agnelo Sanchez Administrateur Garantia  
Anibal Borges Garantia  
Carlos Resende Costa Chef des RH BCA

Alice Dupret OMS

Daniel Carosos OMS  
Samira Lélis Stagiaire OMS  
Binto Keita représentante UNICEF  
Yolanda Estrela UNICEF  
Nélida Rodrigues UNFPA  
Alphonsse Nkouka PNUD  
Christsine Bockstal Coordinatrice STEP BIT

Eduardo Sorribes Manzana chargé d'affaires UE  
Jean Moisan Cellule UE à l'ordonnateur national  
José Puig Varia Administrateur EuropeAid office de coopération

Jean Luc Rondreux Mission Française de coopération  
Jean Paul Ryst Service Coopération Française  
Marco Machalo Cooperation Portugal  
Jerome Bertheau Assistant de programme Coopération Luxembourgeoise  
Micheline Baussard Lux Développement  
François Barry Lux Développement Luxembourg  
Valérie Schmit-tomassi Lux Développement Luxembourg  
Guirec Halflants Lux Développement Luxembourg

Annexe 5 ; Présentations pendant le séminaire

## Annexe 6 : Participants au séminaire

1. Basilio Romas Ministre de la Santé
2. Alice Dupret OMS
3. Ana Morais DG Ministère du travail et de la solidarité
4. Anibal Borges Garantia
5. Arcelinda Margarida Barreto Directeur HAN
6. Artur Correia Programme de lutte contre le paludisme
7. Conceicao Carvalho Directeur général de la santé
8. Daniel Carosos OMS
9. Dionisio Semedo Del santé S Miguel
10. Domingos F Administrateur Délégation St Catarina
11. Edith Santos DG Pharmacie
12. Emely Santos Directerice de l'hôpital Dr Baptista de Sousa
13. Ildo Carvalho GEP Santé
14. Ireneu Gomes Assessor Ministre de la santé
15. Jaqueline Pereira Directrice programme Sida
16. Joado Pirec GEPC Ministère de la santé
17. Joao de Deus Lisboa Ramos ONG A Ponte
18. José Domingos Andrade Conseil Municipal de St Domingos
19. José Maria Carvallho Conseil Municipal St Miguel
20. Julio Monteiro Rodrigues Delegation Tarrafal
21. Manuel R Boal Assessor Ministre de la santé
22. Margarida Cardoso GEP Santé
23. Maria de Lourdes Monteiro Service Epidémiologie
24. Miguel Lopes Administrateur de l'hôpital de Praia
25. Nélida Rodrigues UNFPA
26. Samira Lélis Stagiaire OMS
27. Yolanda Estrela UNICEF

## Annexe 7 ; Draft d'une stratégie nationale de financement

Le Ministère de la Santé souhaite par ce présent document proposer une stratégie à moyen terme afin d'aboutir à une meilleure adéquation du système de financement à la réalité nationale, Pour cela, l'identification des problèmes clé doit être effectuée (Chapitre I). Il importe de répondre aux objectifs (Chapitre II) en proposant une logique d'ensemble pour une réforme du secteur (Chapitre III). Un certain nombre de principes (Chapitre IV) seront mis en œuvre selon des axes stratégiques (Chapitre V). En conclusion un plan de travail sera proposé.

### I IDENTIFICATION DES PROBLEMES

- 1.1 Les limites du financement public
- 1.2 Les effets de la transition épidémiologique
- 1.3 Les risques pour les services de base
- 1.3 La faiblesse du recouvrement des coûts
- 1.4 Le développement rapide du secteur privé
- 1.5 La couverture partielle du système de protection sociale

### II OBJECTIF

Conformément au Plan National de Développement 2002-2005, l'objectif de la réforme du financement de la santé est d'améliorer les services de santé (préventifs et curatifs) en faveur de la population du Cap Vert en privilégiant :

:

#### ***L'Accès :***

L'accès financier mais aussi géographique et culturel doit être assuré. Il doit permettre aux populations les plus vulnérables et les plus éloignées d'avoir accès à des services de base tout en proposant à tous un système de prise en charge à plusieurs niveaux suivant les besoins

#### ***L'équité :***

Tout le monde doit contribuer au financement du système de santé selon ses moyens même si différents mécanismes sont possibles (paiements directs, cotisations, assurance, ticket modérateur..). La participation des usagers se fera en fonction de leur capacité, des besoins sanitaires et des coûts des services.

#### ***L'Efficacité :***

L'efficacité sera recherchée aussi bien dans le secteur public que privé en particulier par une prescription rationnelle des médicaments et des soins, un système de référence adaptée, une planification raisonnable des nouveaux moyens, le contrôle et la sanction des abus....

#### ***La Pérennité :***

Le financement de la santé doit être «sustainable » afin d'assurer la continuité du service sur le long terme. La pérennité peut être assurée par les systèmes de recouvrement des coûts mais aussi l'engagement à long terme du gouvernement et la mise en place du système de protection sociale autonome et en équilibre financier.

### III RATIONEL



### ***La nécessité d'une stratégie d'ensemble du secteur santé***

Le Diagnostic du secteur Santé du Plan a demandé l'identification d'alternatives pour le financement de la santé. Même s'il existe de nombreuses options en ce qui concerne les outils de régulation des dépenses et des recettes, il importe de proposer une stratégie d'ensemble du secteur de la santé (et pas seulement du secteur public).

Cette perspective est indispensable parce que

- La complémentarité du secteur privé et du secteur public est aussi une des principales orientations du plan stratégique.2002-2005.
- Elle est indispensable pour mobiliser de nouvelles ressources.
- Le développement du secteur privé et ses liens avec le secteur public ont été identifiés comme un des problèmes clé du financement de la santé.

Face aux problèmes identifiés au chapitre I, on peut regrouper les propositions de réforme en deux logiques ;

### ***Une logique d'amélioration de la participation communautaire***

Elle utilise les outils de la mise en place du recouvrement des coûts (hausse des tarifs, établissement de forfaits, système d'exemption pour les indigents, fonds de roulement de médicaments...). Cette stratégie a parfois réussie dans certains pays d'Afrique qui avait des besoins sanitaires différents, un GDB particulièrement bas et des traditions communautaires. Elle ne paraît pas adaptée à la situation spécifique du Cap Vert car ;

- Elle exigerait une profonde transformation des mentalités. Les habitudes changent lentement. Les solidarités locales ont besoin de beaucoup de temps pour se former.
- Elle risque d'exclure la population la plus vulnérable qui n'est pas intégrée dans une communauté et qui sera découragé par la hausse des tarifs.
- Elle exigerait une ambitieuse transformation dans la gestion dans toutes les structures publiques. Un profond travail de formation et la mise en place de nombreux outils seraient nécessaires. Ces tâches gestionnaires risquent de se faire aux dépends de priorité de santé publique. Dans certains domaines (pharmacie) le secteur privé est probablement mieux adapté.
- La confusion entre gestion privée et publique dans un système en transition risque de provoquer des abus.
- Elle risquerait d'encourager l'Etat à se désengager encore plus des structures périphériques Elle ne peut répondre aux besoins hospitaliers qui devront absorbée un part croissante du budget public. couverts seulement par les paiements directs.
- Elle risque d'encourager une médecine à deux vitesses avec le développement d'une hospitalisation privée et d'un système d'assurance pour les plus privilégiés.

### ***Une logique de renforcement du Système National d'Assurance Maladie (SNAM)***

Cette logique prolonge l'expérience actuelle du pays en matière de protection sociale. Il s'agit d'étendre la couverture et d'améliorer les services des systèmes existants.

Le gouvernement du Cap Vert prévoit parmi ses objectifs « *l'orientation du financement du système de façon à ce qu'une grande partie soit financée de manière indirecte afin de garantir une meilleure justice sociale* ».

- Le terme SNAM peut couvrir des alternatives différentes mais le système choisi doit :
- Etre *diversifié* pour prendre en compte les spécificités des différentes catégories de population (salarié privé, libéral, public, indigents...).

- Être *obligatoire* pour couvrir une population suffisante et éviter les risques d'une sélection adverse. Mais il doit aussi être suffisamment attractif pour intégrer de manière volontaire les populations du secteur encore informel.
- Couvrir des services *aussi bien privés et publics*. Dans ces deux secteurs, il doit rembourser les consultations, les soins mais aussi l'achat de médicaments.
- *Mettre en place un mécanisme de régulation* en coordination avec le Ministère de la santé, les professionnels et les représentants du secteur privé.

Cette extension peut se faire par étapes sur une période de 5 ans mais dans le cadre d'une loi d'orientation d'ensemble.

#### IV PRINCIPES

Cette liste n'est pas exhaustive mais elle permet de bien fixer les caractéristiques que doivent respecter toute réforme.

##### **1) Tous les citoyens du Cap Vert doivent avoir une carte de protection sociale.**

Cette carte peut être un peu différente suivant d'éventuels régimes (fonctionnaire, salarié privé, libéral,...) mais elle doit être conçue selon le même modèle. Quand une proportion suffisante de la population aura cette carte, des abus sont toujours possibles (mais seront considérés comme une véritable délinquance). Ces cartes seront d'abord simples mais pourront par la suite être informatisée pour assurer un meilleur suivi des patients.

##### **2) L'instance qui sélectionne les indigents est celle qui aussi doit les prendre en charge.**

C'est le moyen le plus efficace pour limiter la distribution de certificat de complaisance. Toutes les structures publiques de santé doivent prévoir un système faciliter l'accès des indigents. Le système de santé ne doit pas avoir la charge de la sélection des indigents (ce n'est ni son rôle, ni ses compétences).

##### **3) Les tickets modérateurs sont payés par tous les patients,**

Cette règle s'applique aussi aux indigents et aux assurés. Ils ont pour but de limiter les abus de consommation et non d'augmenter les ressources des structures. Ils doivent être modestes pour ne pas limiter l'accès aux soins des plus pauvres. Ils doivent porter sur tous les services excepté ceux considérés comme de santé publique. Ils peuvent être modulés suivant les types de service ou de médicaments.. Cette modulation peut se faire en fonction des coûts mais aussi afin d'encourager certains types de produits ou certaines pratiques (par exemple l'utilisation du système de référence).

##### **4) Les services de santé sont assurés conjointement par le secteur public et privé**

Les structures privées peuvent être lucratives ou non lucratives. Elles travaillent selon un principe de complémentarité ou parfois de concurrence régulée sous l'autorité du Ministère de la santé. Le partage entre les activités publiques et privées (qui ne correspondent pas à la même logique) doit être clairement établi et les relations seront fixées sur la base de conventions.

##### **5) Le financement des services se fait en fonction de l'activité fournie.**

Le SNAM devient le principal bailleur du système curatif privé comme public. Les hôpitaux et les autres structures de santé lui facture les services fournis à ses affiliés. Des systèmes de forfaits peuvent être négociés mais prennent toujours en compte la quantité et la qualité du service fourni.

#### **6) La gestion des fonds récoltés localement se fait localement.**

Les recettes des structures décentralisées ne sont pas des taxes et doivent permettre d'améliorer la qualité du service fourni au patient. Une certaine centralisation de la gestion peut être transitoirement maintenue tout en développant des outils de gestions simples à tous les niveaux. La synthèse régulière doit permettre le contrôle et être fournie au système d'information sanitaire.

### V AXES STRATEGIQUES

#### 5.1 Définition des rôles des partenaires

- *Définir un paquet minimum pris en charge par l'Etat*
- *Définir un cadre institutionnel unitaire ou fédéral au SNAM*

#### 5.2 L'extension du nombre d'affiliés

- *L'intégration des systèmes spécifiques.*
- *L'intégration des fonctionnaires*
- *L'intégration des indigents.*
- *L'intégration du secteur informel.*

#### 5.3 L'extension de la prise en charge

- *Un nouveau mécanisme de financement avec les hôpitaux autonomes.*
- *Le renforcement du financement des soins de santé primaires*
- *L'extension des remboursements dans les structures privées*

#### 4.4 Le développement des mécanismes communs de régulation

- *La mise en place d'un système d'information financier*
- *Le développement des outils de régulations*

CONCLUSION : Plan de travail

## Annexe 8 : Bibliographie

1. Ministerio das finanças e planeamento Plano national de desenvolvimento 2002-2005
2. Republic of Cap Vert Interim Poverty Reduction Strategic Paper Janvier 2002
3. Chiefia Do Governo The great options of Plan A stratégic agenda January 2002
4. Direccao Geral do planeamento Ecucao do programma de investiture publico 2002
5. Boletim Official Budget national pour 2003
6. Boletim Official Budget national pour 2002
7. Guy Rampnoux Revue des dépenses publiques du secteur de santé Septembre 2002
8. GEP Revue des dépenses publiques Octobre 1999
9. Direccao geral de Farmacia Politica Farmaceutica Nacional Juin 2003
10. Jérôme Dumoulin Le secteur pharmaceutique au Cap-vert Mai 2000
11. Rapport du Grupo de Trabalho sobre Evacuacoes relatorio
12. Ministério da Saude Plano estratégico national de luta contra a tuberculose 2002-2006
13. Republica de Cabo Verde Plano Estratégico Nacional de luta contra SIDA 2002-2006
14. Dr M Chisale Projecto de criacao de uma agencia regarder do control da qu alidade dos produtos farmaceuticos e alimentaires Juin 2003
15. Ministerio da saude Hospital Agostinho Neto Anuario de estatistica 2002
16. Ministerio do Trabalho de solidariedade Proposta da reforma da seguranca social Nov 2002
17. INPS Reforma législativa da proteccao social decimo 120/82 de 24 decembre 2002 (nouvelle tarification)
18. Republica de Cabo Verde Decreto loi n 17 :2003 du 19 mai 2003 (assurance obligatoire)
19. Republica de Cabo Verde Decreto no 28/2003 du 25 aout 2003 (travailleurs indépendants)
20. SNI Résultats du recensement 2000
21. SNI Enquête des dépenses des ménages 1989
22. Plan cadre des Nations Unis pour l'aide au Développement 2002-2005, sept 2002
23. OMS Stratégie de coopération avec la République du Cap Vert 2002\_2005
24. OMS Renforcement du système de surveillance Epidémiologique Juin 2003
25. UNICEF Revue externe du programme élargi de vaccination du cap vert Juin 2003
26. PNUD Rapport du développement humain du Cap Vert 1998
27. UE Document stratégique de Coopération 2002\_2007
28. UE Projet de santé sur la ville de Praia VIII FED convention de financement Déc 1999
29. Coopération Luxembourgeoise Région Sanitaire Santiago Nord Projet mai 2003
30. Coopt Luxembourgeoise District sanitaire Santiago Mission de formulation Dec 2002
31. Coopt Luxembourgeoise District sanitaire Santiago Mission de validation Mars 2002
32. MAE France Guide des ONG du Cap Vert Mars 2002
33. Ordem Dos Medicos Forum Nacional da saude Mai 2003
34. OECD A system of health account 2000
35. Peter Berman National health account in Developing countries : appropriate method and recent applications October 1996