

Étude des coûts de la production des soins de santé à l'hôpital Sacré-Cœur de Milot (HSCM)



Septembre 2016

Cette publication a été produite avec le financement de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Elle a été rédigée par Sophie Faye dans le cadre du Projet Financement et Gouvernance de la Santé.

Le Projet Financement et Gouvernance de la Santé

Le projet Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) permettra d'améliorer la santé dans les pays en développement, grâce à une plus grande accessibilité aux soins de santé des populations, notamment les plus vulnérables. Dirigée par Abt Associates, l'équipe du projet collaborera avec les pays partenaires afin d'améliorer leurs ressources nationales dans le domaine de la santé, de gérer plus efficacement ces ressources précieuses, et d'aider ces pays à prendre des décisions avisées en matière de chaîne d'approvisionnement. En conséquence, ce projet mondial d'une valeur de 209 millions de dollars US, qui se déroulera sur cinq ans, aura pour effet d'augmenter l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, concernant notamment le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme ainsi que les services de santé reproductive. Fondamentalement conçu pour renforcer les systèmes de santé, le projet HFG assistera les pays pendant la période de transition économique nécessaire en vue d'atteindre l'objectif de l'assurance maladie universelle.

DATE 2013

Accord de coopération n° : AID-OAA-A-12-00080


Soumis à : Scott Stewart, représentant autorisé (AOR)
Office des systèmes de santé (Office of Health Systems)
Bureau de la santé mondiale (Bureau for Global Health)

Citation recommandée : Sophie Faye, Waldo Beausejour. Septembre 2016. *Étude des coûts de la production des soins de santé à l'Hôpital Sacre Cœur de Milot*. Bethesda, Maryland : Projet Financement et Gouvernance de la Santé, Abt Associates.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
Tél. : 301.347.5000 | Fax : 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) | Futures Institute
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



ÉTUDE DES COUTS DE LA PRODUCTION DES SOINS DE SANTÉ A L' HÔPITAL SACRE-COEUR DE MILOT (HSCM)



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les avis exprimés par les auteurs de cette publication ne reflètent pas nécessairement l'avis de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement américain.



SOMMAIRE

Sommaire	vii
Acronymes	ix
Remerciements	xi
I. Contexte	1
I.1 Haïti	1
I.2 HSCM (Hôpital Sacré-Cœur de Milot).....	1
2. Objectifs	3
2.1 Les objectifs de l'étude.....	3
2.2 Le raisonnement de l'étude	3
3. Méthodologie	4
4. Résultats	7
4.1 Coûts totaux.....	7
4.2 Principaux centres de coûts intermédiaires	10
4.3 Structure des coûts des services médicaux finaux.....	12
4.4 Coûts unitaires des services médicaux finaux	14
4.5 Coûts unitaires des pathologies ciblées.....	16
5. Discussion	17
Annexe A : Total dépenses par type	21
Annexe B : Processus d'affectation des couts	24
Annexe C : Hypotheses concernant l'affectation descendante des couts	25
Annexe D : Resultats de l'affectation descendante des couts	27
Annexe E : Liste et couts des tests, examens, interventions et procedures pour chaque pathologie	32

Liste des tableaux

Tableau RA-1 : Coûts totaux, pour 2014.....	xv
Tableau RA-2 : Coûts unitaires des prestations pour les services finaux externes.....	xvi
Tableau RA-3 : Coûts unitaires des prestations pour les services finaux internes.....	xvii
Tableau RA-4 : Coûts unitaires de traitement des pathologies ciblées.....	xviii
Tableau 1: Coûts totaux pour 2014 en dollars US	7
Tableau 2: Coûts des médicaments et consommables médicaux par centre de coût.....	9
Tableau 3: Valeur totale des équipements par centre de coûts en dollars US	10
Tableau 4: Coûts unitaires des centres de coûts intermédiaires.....	12
Tableau 5: Répartition des coûts par input pour les centres médicaux finaux, soins externes	13
Tableau 6: Répartition des coûts par input pour les centres médicaux finaux, soins internes	13
Tableau 7: Coûts unitaires par centre de coûts finaux, services externes.....	15
Tableau 8: Coûts unitaires par centre de coûts finaux, services internes.....	15
Tableau 9: Coûts unitaires des pathologies ciblées	16
Tableau 10: Total des dépenses fournies pour 2014 en USD	23
Tableau 11: Hypothèses concernant l'affectation descendante.....	25
Tableau 12: Affectation des coûts administratifs et logistiques	28
Tableau 13: Affectation des coûts des services médicaux intermédiaires.....	28
Tableau 14: Affectation des coûts des services médicaux finaux.....	29
Tableau 15: Affectation du total des coûts directs et indirects.....	29
Tableau 16: Affectation des coûts administratifs et logistiques aux centres de coûts intermédiaires et finaux	30
Tableau 17: Total des coûts par centre de coûts médicaux finaux.....	31
Tableau 18: Liste des tests, examens, interventions et procédures par pathologie	32
Tableau 19: Total des coûts par test, examen , intervention ou procédure	36

Liste des Graphiques

Graphique 1: Centres de coûts utilisés dans l'organisation du système MASH au sein de HSCM	4
Graphique 2: Schéma d'allocation du MASH.....	5
Graphique 3: Répartition des coûts directs	8
Graphique 4: Répartition des coûts des centres de coûts intermédiaires.....	11
Graphique 5: Structure de coûts abrégée concernant les soins internes et externes.....	12

ACRONYMES

GOH	Gouvernement d'Haiti
HSCM	Hôpital Sacré-Cœur de Milot
HTG	Gourde Haïtienne
MASH	Management Accounting System for Hospitals (Système de Gestion financière des hôpitaux)
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
USAID	United States Agency for International Development (Agence des États Unis pour le Développement International)



REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble du personnel clinique et administratif de l'Hôpital Sacré Cœur de Milot pour leur support lors de cette étude, notamment Dr. Harold Prével, M. Garry Jean Louis, Mme Johanne Siméon, M. Rodney Castan, M. Emmanuel Jeannite, Mme Régine Pierrot Victorin ainsi que les responsables et les infirmières des services médicaux de l'hôpital visités.

Nous souhaitons également remercier Dr Désiré Boko, M. Georges Koné, M. Yann Derriennic, Mrs. Lisa Nichols and Mrs. Ffyna Patel du projet Financement et Gouvernance de la Santé de l'USAID pour la relecture technique de ce rapport et leur soutien en général.

Enfin, nous nous devons de reconnaître le soutien d'USAID/Haïti, sans lequel ce travail n'aurait pas pu être possible.

RESUME ANALYTIQUE

Sur demande de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot, le projet Financement et Gouvernance de la Santé a été chargé par la Mission de l'USAID en Haïti de réaliser une étude de coûts de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot. L'objectif de cette étude est de fournir les données ainsi que les informations nécessaires pour le développement d'un plan de viabilité financière pour HSCM.

Contexte

L'histoire de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot a démarré avec les Frères du Sacré-Cœur du Canada et s'est poursuivie par l'entremise de Docteur Théodore Dubuque, un philanthrope. En effet en 1968, les frères du Sacré-Cœur de Montréal créèrent une fondation dénommée « Centre Rural pour le Développement de Milot (CRUDEM) » qui en 1986, avec le support de deux médecins haïtiens, érigèrent un centre de santé dénommé « Centre Médical Sacré-Cœur de Milot ».

En 1995, Docteur Théodore Dubuque établit la Fondation CRUDEM qui est un organisme sans but lucratif avec pour mission l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé pour les personnes pauvres et mal desservies médicalement. La fondation travaille avec d'autres hôpitaux mais principalement avec l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot en Haïti. La Fondation CRUDEM ne fournit pas, elle-même directement des services de soins de santé. L'Hôpital du Sacré-Cœur est une organisation juridique distincte. Après 25 ans, la fondation CRUDEM a transformé ce Centre de Santé de huit (8) lits en un Hôpital communautaire de référence, de 125 lits et pouvant atteindre 190 durant les périodes de crises, desservant plus de 225.000 habitants provenant de plusieurs communes du département du Nord.

HSCM offre une grande diversité de services de santé allant de la maternité à la pédiatrie et de la chirurgie à la médecine interne avec plusieurs spécialités. L'hôpital dispose également des services de diagnostic de pointe : Laboratoire et Imagerie médicale avec du matériel de dernière génération.

Les services de santé proposés par l'hôpital sont payant mais nettement inférieurs aux prix pratiqués dans le secteur privé en Haïti. Étant donné que la contribution des donateurs au financement de la santé se réduit significativement alors que la demande de soins de santé a, quant à elle, augmenté, l'hôpital Sacré Cœur doit étudier sa structure des coûts afin d'augmenter l'efficacité avec laquelle il utilise ses ressources et concevoir une stratégie efficace de financement de l'hôpital à long terme.

Objectifs et Raison d’Etre de l’étude

Cette analyse a pour objectif principal d’estimer et d’analyser la structure des coûts de HSCM, fournissant ainsi une opportunité pour préparer les budgets de façon informés, de planifier, et de renforcer les systèmes de gestion pour l’élaboration d’un plan d’affaire qui rentre dans la vision de la stratégie de financement de l’hôpital et assure la pérennisation du modèle des hôpitaux privés confessionnels dans le secteur de la santé en Haïti. Dans le cadre de ce plan d’affaire, l’hôpital vise à mobiliser des ressources à partir de l’offre de certaines prestations en privé. Pour cela, HSCM a souhaité avoir le coût de traitement détaillé d’une liste de dix maladies dont la prise en charge pourrait être proposée à une clientèle privée en parallèle à l’offre actuelle de soins.

Méthodologie

Cette étude utilise le MASH (*Management Accounting System for Hospitals*), un outil d’évaluation des coûts spécifique aux services hospitaliers développé par le projet *Partners for Health Reformplus*, de l’USAID en 2004. MASH utilise une approche descendante pour répartir l’ensemble des coûts de l’hôpital selon les départements (également appelés centres de coûts) qui fournissent des services « finaux » aux patients, qu’ils soient traités en ambulatoire ou hospitalisés. Un centre de coûts est donc l’unité la plus petite de l’hôpital, fournissant un type de service, à laquelle des coûts sont rattachés. Les centres de coûts ont été définis au cours de discussions avec le personnel de l’hôpital et les administrateurs afin d’être utiles aux gestionnaires et aux utilisateurs finaux pour réfléchir à la manière dont les départements sont gérés ainsi que le mode de gestion des données de l’hôpital. Les services généraux incluent l’ensemble des opérations liés aux services administratifs et aux infrastructures. Les services intermédiaires incluent les services de diagnostic ainsi que le service de pharmacie. Les services médicaux finaux incluent les services ambulatoires, les urgences et les hospitalisations. Ces services médicaux servent de « centres de coûts finaux » pour l’estimation des coûts des prestations, qui incluent les coûts généraux et les coûts des services intermédiaires. Cette analyse fournit également une estimation des coûts liés à une journée d’hospitalisation et les coûts d’une visite ambulatoire.

Pour l’estimation des coûts des pathologies spécifiques pour lesquels l’hôpital est intéressé à connaître le coût de traitement, nous avons utilisé une approche « par ingrédient ». Cette méthode identifie et multiplie le volume de toutes les ressources nécessaires pour traiter une pathologie par le prix unitaire de ces ressources pour obtenir le coût de traitement.

Résultats

Les coûts d’opération de l’HSCM ont été estimés à 5 154 554 US\$ (Tableau ES-1) pour l’année 2014 (Janvier-Décembre). Ce montant inclut la valeur de l’ensemble des ressources utilisées, et pas seulement celles comprises dans le budget.

Tableau RA-1. Coûts Totaux de l'Hôpital, 2014

Rubrique de Coûts	Montant en USD	% du total
Charges de personnel	2 208 822 USD	42,9 %
Médicaments et consommables médicaux	601 867 USD	11,7 %
Amortissement de l'équipement	563 669 USD	10,9 %
Coûts Directs	3 374 358 USD	65,5 %
Coûts Indirects	1 780 196 USD	34,5 %
Coûts Totaux	5 154 554 USD	100 %

Environ 65 pourcent des dépenses de HSCM peuvent être affectées directement aux centres de coûts. Ce niveau de coûts directs représente une garantie quant aux chiffres finaux de l'estimation des coûts. En effet avec moins de coûts indirects (35%), moins d'allocation est nécessaire. Le Personnel représente 43 pourcent des coûts totaux, les médicaments et les consommables médicaux représentent 12 pourcent, et 11 pourcent sont attribués à l'amortissement de l'équipement.

Charges de personnel

Le personnel est un facteur de coût majeur: les salaires représentaient la plus grande proportion des coûts totaux au moment de l'étude. Ceci reflète le niveau des soins offerts par l'HSCM : soins de santé tertiaires qui nécessitent des médecins spécialisés pour traiter les maladies graves et moins graves. De ce fait, des mesures destinées à contrôler les coûts ou à augmenter l'efficacité des dépenses liées au personnel seront importantes à considérer pour l'avenir.

Médicaments et consommables médicaux

Les médicaments et les consommables médicaux représentent une forte proportion des coûts totaux (12%), ce qui est le reflet de la disponibilité et de l'utilisation de ces fournitures dans les services de soins intermédiaires : laboratoire, radiologie, bloc opératoire. La présence de départements de soins hospitaliers comme la chirurgie, la pédiatrie générale et la maternité explique également ce niveau relativement élevé de consommation de médicaments et consommables médicaux.

Amortissement de l'équipement

HSCM bénéficie d'équipements médicaux qui pour la plupart constituent des dons et n'ont pas été achetés par l'Hôpital. Cependant si l'hôpital a dans le futur besoin de remplacer cet équipement, il faudrait prévoir des dépenses d'amortissement annuelles qui s'élèvent à 563 669 \$US. Si on ne tient pas compte de l'amortissement annuel total¹, le cout de fonctionnement annuel de HSCM est de 4 568 138 US\$.

¹ L'amortissement total comprend l'amortissement de l'Equipment médical (coûts directs \$360 457) ainsi que celui des systèmes d'énergie (coûts indirects \$99 888). L'amortissement des bâtiments n'a pas été pris en compte dans les estimations.

Coûts indirects

Des coûts indirects de \$1 780 196 représentant le coût des ressources utilisées en commun par tous les départements ont été estimés. Les trois catégories de coûts les plus élevés concernent la production d'énergie, la restauration du personnel et l'entretien/maintenance des infrastructures. D'autres lignes de coûts incluent les fournitures de bureau, les autres dépenses de personnel, le transport, la communication, et les autres coûts de fonctionnement.

Centres de coûts intermédiaires

La disponibilité et l'utilisation des services médicaux intermédiaires clés sont essentiels à la qualité des soins que l'HSCM vise à fournir. Ces centres ont des coûts élevés et la plupart ont un niveau d'activité variable. Le bloc opératoire enregistre 462 787 US\$ en coûts, entreprend 1378 actes chirurgicaux qui coutent en moyenne 336\$ par acte, mais il existe une ample variété de types d'actes réalisés. Le laboratoire de l'HSCM est particulièrement prolifique, avec 123 601 tests, à environ 5\$ par test, mais il existe une grande variation dans le coût unitaire réel du fait de la diversité des tests réalisés. Enfin, le département de radiologie enregistre un coût de 97 935 \$, pour un total de 4166 examens avec un coût moyen de 23\$ par examen, ici aussi les coûts unitaires spécifiques devront varier car les types d'examens sont variés.

Centres de Coûts Médicaux Finaux

Ces résultats sur les coûts unitaires doivent être interprétés avec beaucoup de prudence: leur calcul est très fortement dépendant de l'activité de l'hôpital, qui peut changer de façon considérable d'une année à l'autre. En outre, s'il est tentant de penser que les données sur les coûts sont une indication de ce à quoi les frais pour services pourraient ressembler, passer des coûts à la tarification des services à appliquer aux patients est un processus qui implique d'autres variables essentielles telles que la croissance prévue et réalisable en matière de prestation de services, la démographie de la population / l'épidémiologie, la demande de services, les priorités politiques, les fonds propres, les opportunités de revenu etc. Cela étant, l'information ici présentée sur les coûts totaux, l'activité ambulatoire et d'hospitalisation ainsi que les coûts unitaires par prestation, représente une opportunité qui pourrait être approfondie par HSCM dans le cadre de la mise en œuvre de son plan stratégique de financement.

Tableau RA-2. Coûts unitaires des visites ambulatoires par centre de coût final

Centre de Coût final	Coût Total (USD)	Nombre de visites ambulatoires	Coût par visite ambulatoire (USD)
Clinique externe	676 752	42 428	16
Clinique dentaire	57 116	2 753	21
Santé Communautaire	778 263	12 297 ²	63
Urgences	231 987	6 130	38

² Le département de santé communautaire réalise beaucoup de travail éducatif et curatif dans la communauté et à l'hôpital d'où le volume élevé de son activité.

Tableau RA-3. Coûts unitaires d'hospitalisation par centres de coûts finaux

Centres de Coûts finaux	Coût Total (USD)	Nombre de jours d'hospitalisation de patients	Coût par jour d'hospitalisation (USD)	Taux d'occupation des lits	Durée moyenne du séjour (jours)
Maternité	553 895	8 770	63	102%	4,3
Orthopédie	449 770	4 085	110	47%	10,8
Chirurgie	989 688	8 052	123	102%	8,5
Pédiatrie	608 981	12 165	50	97%	8,4
Médecine Interne	657 562	9924	66	106%	7,8
Unité de Soins Intensifs	150 540	999	151	46%	6,3

Coûts Unitaires de traitement des pathologies ciblées

Les résultats sur les coûts unitaires des maladies ciblées sont présentés en fonction des grandes catégories de coûts : personnel, consommables et médicaments, tests et examens, interventions chirurgicales et procédures, et hospitalisation. Cette présentation permet de voir la catégorie qui en général constitue la plus grande partie des coûts, dans ce cas l'hospitalisation. Ce coût de l'hospitalisation représente le « coût hôtelier » estimé avec le MASH et inclut les coûts de tous les services d'appui à l'hospitalisation (buanderie, maintenance, nettoyage, dépréciation de l'équipement des salles d'hospitalisation, etc.). En ce sens, ce coût est fonction du volume d'activité et si la demande est forte, des économies d'échelle peuvent être réalisées par rapport à ce « coût hôtelier » d'une journée d'hospitalisation. L'aspect compressible de ce coût, par rapport aux autres catégories présentées, doit être pris en compte si les estimations du coût de traitement vont être utilisées pour guider l'établissement du prix de ces prestations.

Tableau RA-4. Coûts unitaires de traitement pour les pathologies ciblées

Pathologie	Coût du personnel medical (USD)	Coût des consommables et médicaments (USD)	Coût des tests et Examens (USD)	Coût des interventions chirurgicales et autres procédures (USD)	Coût de l'hospitalisation (USD)	Coût total de traitement (USD)
Pré Eclampsie sévère	47.87	77.50	65.19	339.49	202.81	732.86
Disproportion Céphalo Pelvienne	18.58	44.81	28.76	339.49	121.69	553.34
Infection materno-fœtale	31.44	45.12	131.78	NA	237.92	446.26
Prématurité sévère	117.95	162.06	106.32	NA	713.75	1,100.08
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	55.11	191.55	99.56	NA	282.90	629.11
Décompensation cardiaque	56.01	39.04	126.54	NA	323.31	544.90
Fracture du Fémur	42.19	204.60	113.75	430.45	1,193.07	1,984.06
Fracture de la jambe fermée	28.13	144.17	96.98	430.45	795.38	1,495.10
Fracture de la jambe ouverte	60.04	234.80	96.98	430.45	1,590.76	2,413.03
Occlusion intestinale	46.71	115.60	117.02	407.99	917.80	1,605.12
Péritonite généralisée	69.57	200.99	133.52	426.56	1,101.35	1,931.99

Discussion

Sur la base de ces résultats, les recommandations suivantes sont proposées pour soutenir les efforts de l'administration de l'hôpital vers la viabilité financière.

Prévisions budgétaires

Des budgets précis et réalistes alignés sur la mission de HSCM et sur son plan stratégique sont essentiels.

Dans quelle mesure, financièrement, la structure actuelle des coûts de l'hôpital est-elle totalement prise en compte dans la planification budgétaire ? Quels postes spécifiques de dépenses sont actuellement hors budget ? Quel niveau de dépenses cela représente-t-il ?

HSCM est un hôpital qui dépend encore des dons et des aides provenant de la fondation CRUDEM. Par exemple, la plupart des équipements médicaux de HSCM ont été donnés et la structure actuelle des coûts ne prend pas en compte l'amortissement et le remplacement futur de ces équipements. Cette étude et l'inventaire complété du matériel et des équipements qui lui ont été associés aideront l'hôpital à mieux comprendre la structure des coûts et à planifier le budget en fonction car le niveau de qualité des services fournis dépend de la maintenance et du remplacement de ces équipements.

Les fournitures pharmaceutiques et médicales sont un autre facteur de coûts majeur pour lequel toutes les informations relatives au volume et aux coûts unitaires ne sont pas disponibles pour la période de l'étude du fait que certains des médicaments peuvent être des dons et leur coût n'est pas comptabilisé. De manière générale, HSCM doit distinguer les ressources reçues sous forme de dons et doivent être entièrement comptabilisées et valorisées afin de capturer les besoins précis en ressources et leur utilisation.

Gestion

La mesure exacte et le suivi régulier des indicateurs d'efficacité ainsi que les systèmes permettant de produire ces mesures sont essentiels à la mise en œuvre d'une gestion fiable des ressources à la disposition de l'établissement et à la démonstration de ce fonctionnement aux acteurs du financement.

Comment l'utilisation des ressources évolue-t-elle avec le temps ? L'établissement réalise-t-il des économies d'échelle en même temps qu'il accroît le niveau de prestation de ses services ?

Tous les coûts unitaires moyens présentés dans cette analyse sont soumis à modification si HSCM prévoit une extension des services qu'il offre. La modélisation de la structure des coûts contenue dans cette étude aidera HSCM à exécuter ce processus. Cette analyse inclut les types de mesures qui, si elles sont contrôlées dans le temps, peuvent fournir des informations concernant les secteurs dans lesquels des économies d'échelle seront réalisées, car les coûts unitaires devraient diminuer, au moins à moyen terme, si le volume augmente plus que les ressources supplémentaires pouvant être nécessaires pour l'expansion.

Comment l'utilisation des ressources se compare-t-elle à celle d'autres hôpitaux de même niveau (compte tenu des données disponibles) ?

Actuellement, l'équipe d'étude ne sait pas si des données de coûts similaires sont disponibles pour d'autres hôpitaux du même genre en Haïti. Cela rend la comparaison des coûts difficile. Cependant, comme noté précédemment, les services de soins de santé primaires sont une composante importante de HSCM et ce genre de données de coûts doit certainement être disponibles pour comparaison. De telles comparaisons seraient sans doute intéressantes pour HSCM, car elles explorent les différentes options pour une prestation de soins de santé primaires plus efficaces.

Les systèmes d'information actuels fournissent-ils les données nécessaires pour évaluer l'efficacité ?

HSCM dispose d'un système central de dossiers de patients ; par conséquent, il ne devrait pas être difficile de s'assurer que les données appropriées sont disponibles afin de fournir des estimations de coûts unitaires plus spécifiques dans le futur, qui pourraient être utilisées pour faire le suivi de l'efficacité. Par exemple, il sera important que les indicateurs clés de l'hôpital, tels que le nombre de patients admis et le nombre de journées d'hospitalisation, soient séparément compilés et rassemblés dans un rapport pour l'ensemble des départements de soins internes. De plus, pour l'instant, la structure financière de l'hôpital inclut différentes entités finançant différents départements : par exemple santé communautaire (projet Sidale) et dans certains cas le suivi des données et les indicateurs renseignés ne sont pas toujours les mêmes que pour les autres services. Tous les départements cliniques doivent générer un rapport sur ces indicateurs clés afin de faciliter la compilation et l'utilisation des informations pour la prise de décision.

En plus des départements cliniques, les données sur l'activité et les ressources devront également être compilées pour les centres de coûts administratifs et logistiques (cuisine, buanderie, maintenance, etc.). Ces départements jouent un rôle important dans la prestation de soins et, comme nous l'avons vu dans les résultats de cette évaluation des coûts, leurs coûts peuvent influencer les coûts finaux des services médicaux produits. Ainsi, fournir efficacement des services logistiques permettra de promouvoir la production efficiente des soins de santé.

Planification

HSCM reconnaît la nécessité de progresser vers une situation financière plus durable.

Compte tenu de la structure des coûts actuelle et des niveaux de prestation de services, quels départements/services sont supposés avoir des structures de coûts unitaires susceptibles de leur permettre de subventionner d'autres services sans que cela dresse des obstacles à l'accès aux soins de la population indigente servie ?

Opportunités de génération de revenus : Cette analyse a identifié certaines des opportunités clés de génération de revenus à la disposition de HSCM, y compris l'utilisation de son laboratoire, de ses blocs opératoires et des équipements de radiologie à des fins de génération de revenus. Compte tenu du coût des équipements utilisés, il sera important pour HSCM de les ouvrir aux patients externes, si n'est déjà le cas, et de les utiliser au maximum de leur capacité. L'offre au privé des pathologies dont les coûts de traitement ont été estimés est également une potentielle source de revenus et l'hôpital a déjà des projets dans ce sens. Cependant, avant de mettre en place une telle mesure il serait important pour l'hôpital de faire une étude sommaire de marché pour évaluer l'éventail de prix qu'il pourra appliquer pour de tels services, au vu de la concurrence, et le comparer avec les coûts estimés par cette étude afin d'établir la rentabilité de cette politique d'ouverture à une clientèle privée. En outre, étant donné que l'enseignement médical fait partie de son activité actuelle, HSCM peut envisager d'offrir ce service d'enseignement à des étudiants venant d'autres universités.

Opportunités de subventions croisées : Bien que la principale mission du HSCM soit de soigner les malades à faible revenu, il reçoit également des patients de divers groupes socio-économiques. C'est pourquoi il est raisonnable de prévoir une subvention croisée entre ceux qui peuvent payer les services de soins et ceux qui n'en ont pas les moyens financiers. Par exemple pour les services chirurgicaux ; leurs coûts sont trop élevés pour la population indigente, mais les patients plus aisés peuvent souhaiter

bénéficier des installations de grande qualité de HSCM et sont en mesure de payer le coût plus des frais³ pour ce service.

Contrats de financement basés sur les résultats (FBR) : Le GOH lance un régime de financement axé sur les résultats (FBR) afin de soutenir la prestation de soins de santé maternelle, néonatale et infantile. Si le régime de FBR est étendu aux hôpitaux du secteur tertiaire privé, il peut être possible pour l'HSCM de participer à ce programme de financement axé sur les résultats. Cerner les ressources requises pour fournir le volume considérable de soins de santé primaires produit par HSCM sera important pour négocier les prix contractuels (en particulier, si les paiements FBR sont inférieurs aux coûts de HSCM).

Régimes d'assurance maladie officiels : Bien que la couverture d'assurance privée soit très faible en Haïti (1 %⁴), il y a quand même une partie de la population assurée en quête de soins et qui demande à être servie. Par conséquent, la compréhension de sa structure de coûts permettra à HSCM de conclure éventuellement des contrats avec les régimes d'assurance privée officiels.

HSCM est une institution offrant un niveau de soins généraux de qualité en Haïti, comparable à celui de pays beaucoup plus riches, et visant une population auparavant privée de l'accès aux soins les plus élémentaires. Faire en sorte que l'établissement dispose des ressources nécessaires pour continuer à délivrer ces soins constitue une grande responsabilité qui nécessitera l'implication de nombreux acteurs. La compréhension de sa structure de coûts et la capacité à discuter ses besoins en ressources en fonction de la situation présente permettront à l'administration de HSCM d'exprimer clairement ses besoins aux nombreux acteurs potentiels, de plus en plus à la recherche d'investissements rentables. Cela permettra aussi à HSCM de tirer profit des opportunités de conclure des contrats de financement pour la santé plus complexes, actuellement explorées par le gouvernement d'Haïti.

³ Le montant facturé sera constitué du prix du service plus une marge.

⁴Données préliminaires de l'enquête LSMS (Living Standard Measurement Survey)



I. CONTEXTE

Sur demande de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot, l'USAID Haïti a sollicité l'équipe du Projet de financement et gouvernance de la santé (HFG) pour la conduite d'une étude des coûts sur l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot (HSCM).

I.1 Haïti

La République d'Haïti occupe la partie occidentale de l'île d'Hispaniola (Caraïbes). Sa population compte environ 10 millions de personnes, dont 44 pour cent sont âgés de moins de 18 ans. D'après l'Indice de développement humain, Haïti est classée au 161^e rang, ce qui en fait⁵ le cinquième pays du bas de ce tableau, illustrant ainsi la faiblesse de son économie. Le total des Dépenses de santé pour la période 2011-2012 est estimé à 32,4 milliards de gourdes haïtiennes (HTG), soit 771 millions de dollars US⁶. Pour cette période, les dépenses de santé par habitant sont évaluées à 75,9 dollars US, ce qui est au-dessus de la moyenne des pays à faible revenu. Cependant, les dépenses de santé du pays sont largement couvertes par l'aide étrangère qui représente 53 pourcent (bailleurs bilatéraux et multilatéraux) du total des dépenses de santé pour la période 2011-2012 - ce qui pose de nouvelles difficultés à tous les niveaux de la prestation de services, spécialement au niveau hospitalier. Pour la même période, le total des dépenses hospitalières a été estimé à 8,59 milliards de HTG (soit 200 millions de dollars US). Cependant, les transferts étrangers directs représentent 76 pourcent de ces dépenses, et le gouvernement représente quant à lui moins de 4 pour cent.

I.2 HSCM (Hôpital Sacré-Cœur de Milot)

L'histoire de l'Hôpital Sacré-Cœur de Milot a démarré avec les Frères du Sacré-Cœur du Canada et s'est poursuivie par l'entremise de Docteur Théodore Dubuque, un philanthrope. En effet en 1968, les frères du Sacré-Cœur de Montréal créèrent une fondation dénommée « Centre Rural pour le Développement de Milot (CRUDEM) » qui en 1986, avec le support de deux médecins haïtiens, érigèrent un centre de santé dénommé « Centre Médical Sacré-Cœur de Milot ».

Au cours de cette même période, en 1988, un chirurgien de St-Louis dans l'Etat du Missouri, Docteur Théodore Dubuque arrive au Centre Médical Sacré-Cœur et y séjourna pendant six (6) mois réalisant environ deux cent cinquante (250) interventions chirurgicales. À son retour dans son pays, il rallia autour de lui et de son projet sa famille, et des hommes d'affaires de sa communauté et en 1995, il établit la Fondation CRUDEM qui est un organisme sans but lucratif. Sa mission est entre autres, d'améliorer l'accès aux services de soins de santé pour les personnes pauvres et mal desservies médicalement par la sollicitation, la réception, la gestion et le décaissement des contributions, dons et legs de fonds et autres biens aux hôpitaux dans le monde, principalement l'Hôpital du Sacré-Cœur de Milot en Haïti et de répondre aux besoins de soins de santé de ces personnes. La Fondation CRUDEM

⁵ Rapport sur le développement humain 2013, <http://hdr.undp.org/en/2013-report>

⁶ Comptes nationaux de la santé d'Haïti, 2011/12, à paraître.



ne fournit pas, elle-même directement des services de soins de santé. L'Hôpital du Sacré-Cœur est une organisation juridique distincte.

Après 25 ans, la fondation CRUDEM a transformé ce Centre de Santé de huit (8) lits en un Hôpital communautaire de référence, desservant plus de 225.000 habitants provenant de plusieurs communes du département du Nord.

HSCM offre une grande diversité de services de santé allant de la maternité à la pédiatrie et de la chirurgie à la médecine interne avec plusieurs spécialités. L'hôpital dispose également des services de diagnostic de pointe : Laboratoire et Imagerie médicale avec du matériel de dernière génération.

Les services de santé proposés par l'hôpital sont payant mais inférieurs aux prix pratiqués dans le secteur privé en Haïti. Étant donné que la contribution des donateurs au financement de la santé se réduit significativement alors que la demande de soins de santé a, quant à elle, augmenté, l'hôpital Sacré-Cœur doit étudier sa structure des coûts afin d'augmenter l'efficacité avec laquelle il utilise ses ressources et concevoir une stratégie efficace de financement de l'hôpital à long terme.

2. OBJECTIFS

2.1 Les objectifs de l'étude

Les principaux objectifs de l'analyse consistent à estimer et analyser la structure des coûts de l'hôpital afin de fournir des informations concernant les efforts nécessaires en termes de budget, planification, gestion et mobilisation des ressources dans le contexte de la progression stratégique vers un financement à long terme. Cette stratégie doit s'aligner avec les priorités nationales de financement de la santé afin d'assurer la viabilité à long terme du modèle hospitalier confessionnel en d'Haïti.

2.2 Le raisonnement de l'étude

Une analyse des coûts peut fournir des réponses à des questions spécifiques dans chacun de ces trois domaines, en relation avec la pérennité à long terme.

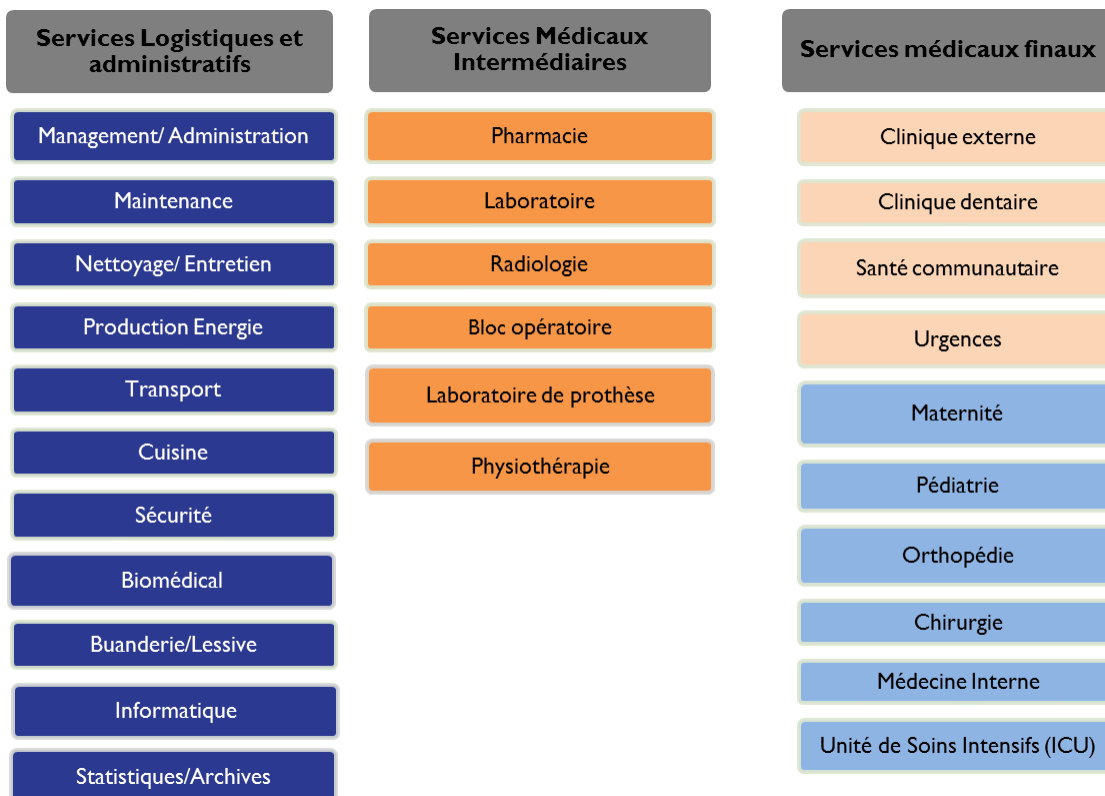
Systeme	Question	Importance pour la pérennité
Budgétisation	<ul style="list-style-type: none">• Dans quelle mesure (au point de vue financier) la structure des coûts actuelle de l'hôpital est-elle prise en compte dans la préparation des budgets?• Quelles catégories de dépenses sont actuellement sous-budgétisées et quel niveau de dépenses cela représente-t-il ?	Connaitre la structure de ces coûts permet à l'HSCM d'augmenter la précision des estimations des besoins de financement futurs.
Gestion	<ul style="list-style-type: none">• Comment l'utilisation des ressources change t'elle en fonction du temps ? Est-ce que l'établissement peut réaliser des économies d'échelle lorsqu'il augmente son niveau de prestations de services?• Les systèmes d'information actuels fournissent-ils les données nécessaires au suivi de l'efficacité ?	Avoir des indicateurs d'efficacité mesurés de façon spécifique et consistante ainsi que les systèmes en place pour réaliser ces mesures est essentiel pour une bonne gestion des ressources disponibles pour l'établissement et pour rendre compte aux bailleurs.
Planification	<ul style="list-style-type: none">• Compte tenu de leur structure de coûts, et des niveaux récents de prestations de services, quels sont les services qui pourraient être utilisées pour une stratégie de génération de revenus sans poser de problème d'accès aux soins pour la population cible, majoritairement indigente ?	<p>Comprendre la structure des coûts permet à l'HSCM de déterminer des opportunités</p> <ul style="list-style-type: none">• de création de revenu• de financements croisés• d'offre de certaines prestations à une clientèle privée. <p>Comprendre comment répondre à des mécanismes de financement de la santé de plus en plus sophistiqués tels que:</p> <ul style="list-style-type: none">• La contractualisation basée sur les résultats• Les dispositifs d'assurance santé

3. METHODOLOGIE

Cette étude utilise un outil d'évaluation des coûts des services hospitaliers appelé Management Accounting System for Hospitals (MASH) (Système de gestion comptable pour les hôpitaux) (Partners for Health Reform *plus* 2004). Cet outil applique une approche verticale de l'affectation des coûts, dans le but que tous les coûts hospitaliers soient imputés aux départements (également appelés centres de coûts) qui, au bout du compte, fournissent des services « finaux » aux patients, en interne comme en ambulatoire. La première étape du processus MASH consiste à définir les centres de coûts. Un centre de coûts est la plus petite unité hospitalière fournissant une catégorie de services, au sein de laquelle les coûts sont cumulés ou affectés. Lors de discussions avec le personnel hospitalier et les administrateurs, des centres de coûts ont été définis de manière utile aux gestionnaires et autres utilisateurs finaux, reflétant à la fois l'organisation actuelle des départements et la façon dont les données hospitalières sont stockées,

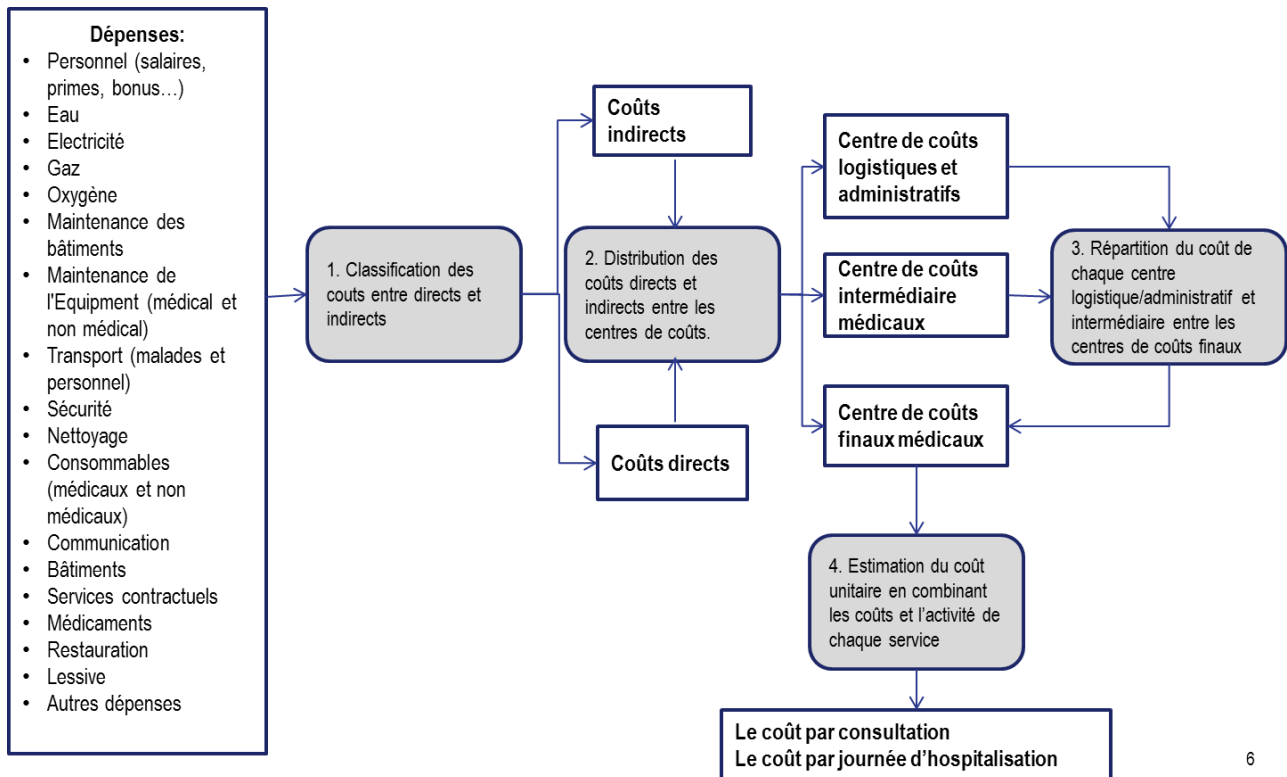
Graphique 1. Les départements hospitaliers ont ainsi été classés en trois types : départements « administratifs et logistiques », départements de « services médicaux intermédiaires » et départements de « services médicaux finaux ».

Graphique 1: Centres de coûts utilisés dans l'organisation du système MASH au sein de HSCM



La méthode d'affectation des coûts suit un processus descendant, commençant par les centres de coûts administratifs et logistiques puis continuant avec les centres de coûts intermédiaires. Une description détaillée de ce processus d'affectation et des hypothèses pertinentes utilisées figurent dans les Annexes B et C. le graphique 2 décrit le processus d'affectation des coûts utilisé par le MASH. La totalité des coûts a été affectée au moyen de ce processus en quatre étapes.

Graphique 2: Schéma d'allocation du MASH



6

Les services généraux et les services liés aux bâtiments sont inclus dans la totalité des services administratifs et logistiques. Les services intermédiaires incluent les services de diagnostic et la pharmacie. Les services médicaux finaux incluent les soins ambulatoires ainsi que les urgences et les soins hospitaliers. Ces services médicaux finaux sont utilisés afin d'estimer les coûts unitaires des prestations et fournir une estimation du coût journalier d'un lit en soins hospitaliers ainsi que celui d'une visite en soins ambulatoires.

La méthode de calcul des coûts de traitement des pathologies par « l'approche ingrédient » consiste en quatre étapes:

- Description détaillée du processus de traitement de la maladie, en particulier l'utilisation en ressources
- Quantification de ces ressources identifiées pour traiter chaque maladie
- Valorisation de ces ressources identifiées
- L'addition de la valeur des différentes ressources identifiées constituera ainsi le coût unitaire de traitement de la maladie.

Pour chaque pathologie nous avons défini le Protocol de traitement de l'admission à l'exeat :

- Traitement ambulatoire ou hospitalisation
- Nombre de jours moyen d'hospitalisation (si applicable)
- Temps de contact moyen avec le personnel médical par type
- Volume moyen de consommables médicaux utilisés par type
- Volume moyen de médicaments utilisés et prescrits par type
- Tests de laboratoire, examen d'imagerie médicale, interventions chirurgicales et autres procédures par type
- Niveau de ressources nécessaires pour ces tests, examens, interventions et procédures (personnel, consommables, médicaments, dépréciation équipement, etc.)

Les volumes définis ci-dessus ont ensuite été multipliés par les prix unitaires correspondant pour obtenir le coût de traitement. Certains des prix unitaires ont été recueillis à partir de la collecte de données quantitatives au sein de l'hôpital (prix unitaires des médicaments, consommables, etc.) mais d'autres prix unitaires ont été dérivés de l'estimation préalable des coûts des prestations par le MASH en particulier le coût d'une journée d'hospitalisation. Le coût d'une journée d'hospitalisation par département estimé par le MASH inclut les coûts de tous les services d'appui à l'hospitalisation (buanderie, maintenance, nettoyage, etc.) ainsi que la dépréciation de l'équipement.

4. RESULTATS

Les résultats de l'analyse MASH sont présentés en cinq parties. Dans la première partie, nous examinons les coûts totaux et les postes représentant la plus grande partie de ces coûts : Coûts directs (main-d'œuvre, médicaments, fournitures médicales et amortissement des équipements) et coûts indirects. Dans la deuxième partie, nous examinons les résultats des principaux centres de coûts intermédiaires ainsi que leurs coûts, comprenant la pharmacie, le bloc opératoire, le laboratoire, la radiologie, etc. Dans la troisième partie, nous examinons la structure des coûts des centres de coûts médicaux finaux et la dernière partie présente le coût unitaire en fonction de l'activité produite pour chaque service médical final, par département de soins internes et externes. Dans la cinquième partie nous présentons les résultats de l'estimation du coût de traitement des pathologies ciblées.

Les résultats présentés ici constituent une synthèse des principales conclusions de l'analyse. Des résultats plus détaillés sont présentés et décrits dans les annexes du présent rapport, en même temps que les résultats intermédiaires de l'analyse et une liste complète des hypothèses utilisées afin de réaliser l'affectation des coûts.

4.1 Coûts totaux

Pour l'année 2014, les coûts opérationnels de HSCM se sont élevés à 5 154 554 USD. Ce chiffre recouvre la valeur de la totalité des ressources utilisées⁷, et pas seulement celles comprises dans les dépenses opérationnelles mentionnées par l'hôpital et la fondation CRUDEM. Si nous ne tenons pas compte des coûts d'amortissement⁸, les coûts opérationnels annuels de HSCM tombent à 4 568 138 USD.

Tableau 1: Coûts totaux pour 2014 en dollars US

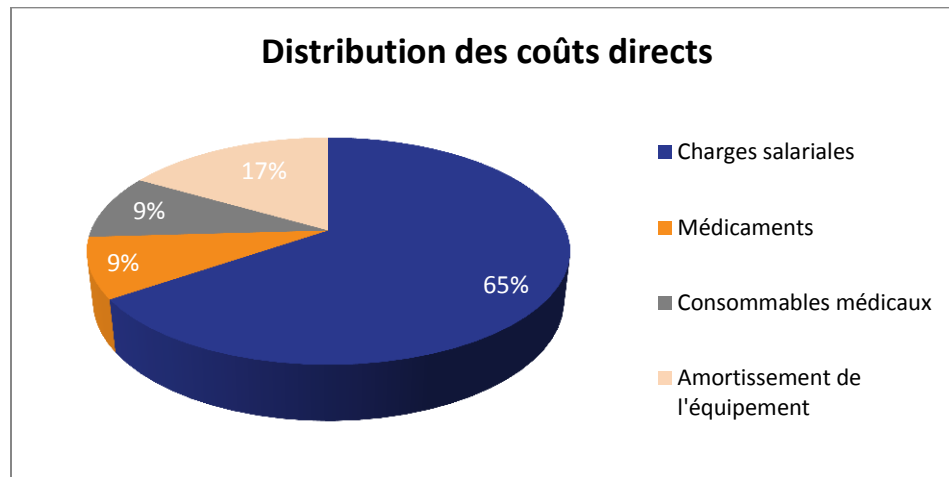
Toutes dépenses	Valeur en Dollars US	%
Charges de personnel	2 208 822 USD	42,9 %
Médicaments et Consommables médicaux	601 867 USD	11,7 %
Amortissement des équipements	563 669 USD	10,9 %
Coûts directs	3 374 358 USD	65,5 %
Coûts indirects	1 780 196 USD	34,5 %
Coûts totaux	5 154 554 USD	100 %

⁷ Inclut l'amortissement de l'équipement

⁸ L'amortissement total comprend l'amortissement des équipements médicaux et non médicaux

Environ 66 % des dépenses du HSCM peuvent être réparties directement sur les centres de coûts. Ce niveau de coûts directs permet une estimation plus précise des coûts pour tous les centres de coûts de l'hôpital du fait que moins de coûts indirects doivent être répartis.

Graphique 3: Répartition des coûts directs



Graphique 3 représente la répartition des coûts directs en fonction des principales catégories de coût, personnel, médicaments et consommables médicaux et amortissement des équipements. Graphique 3 indique que les charges de personnel comptent pour 65 pourcent des coûts directs, les médicaments pour 9 pourcent et les consommables médicaux pour 9 pourcent. Les 17 % correspondant à l'amortissement renvoient à l'amortissement des équipements. Chacun de ces postes est ultérieurement discuté plus en détail.

4.1.1 Charges de personnel

Les salaires et traitements du personnel représentaient la plus grande proportion des coûts directs à hauteur d'environ 65 % (approximativement 2 208 822 USD par an). Cela reflète le modèle de répartition du personnel pour les établissements de soins du secteur tertiaire avec la présence de beaucoup de médecins spécialistes pour diagnostiquer et soigner des maladies complexes. Comme principal facteur de coûts, il sera important à l'avenir de prendre en compte des mesures de contrôle des coûts du personnel.

4.1.2 Médicaments et fournitures médicales

Les fournitures médicales et les médicaments représentent un coût de 601 867 USD par an. Sans compter la pharmacie, une proportion relativement importante des coûts de médicaments et de fournitures médicales est comptabilisée par les principaux services de soins internes, tels que la pédiatrie, la maternité, et la chirurgie. L'utilisation des équipements de diagnostic et chirurgicaux au sein de HSCM (bloc opératoire, laboratoire et radiologie) qui requièrent généralement une quantité relativement grande de fournitures médicales peut également être un facteur de coûts. En dehors de la pharmacie, le bloc opératoire représentent 16 % des coûts, suivie par la médecine interne et la maternité (9 % chacun). Les coûts des médicaments et consommables médicaux sont montrés en détail dans le **Error! Reference source not found.**

Tableau 2: Coûts des médicaments et consommables médicaux par centre de coût

Centre de coûts	Consommables médicaux	
	Valeur en USD ⁹	% du total
Pharmacie	154 651	26 %
Bloc opératoire	94 992	16 %
Médecine Interne	53 204	9 %
Maternité	52 680	9 %
Pédiatrie	39 502	7 %
Chirurgie	37 683	6 %
Tous les autres centres de coûts	169 155	28 %
Total	601 867	100 %

4.1.3 Amortissement du matériel

Les coûts des équipements représentent la valeur des actifs immobilisés (équipements médicaux et non médicaux) utilisés dans le cadre de la prestation de services. Ces coûts constituent une importante composante des coûts hospitaliers et doivent être intégrés dans le coût total de la prestation des services. Pour HSCM, les coûts d'amortissement des équipements sont non négligeables ; ils représentent environ 11 % des coûts totaux et 17% des coûts directs.

L'analyse des coûts pour HSCM inclut les coûts de capital¹⁰. Du fait que l'hôpital reçoit principalement de l'équipement sous forme de dons, il ne tient pas de registre avec le prix d'achat de tous les actifs immobilisés ; les valeurs des actifs actuellement utilisés ne sont donc pas facilement identifiables. La tentative d'estimation du coût des actifs immobilisés s'est avérée excessivement fastidieuse. En effet, en plus des données d'inventaire déjà disponibles auprès des administrateurs de l'hôpital cette opération a nécessité l'intervention d'un membre de l'équipe de HFG qui a dû dresser un inventaire des équipements manquants de chaque département, puis l'équipe d'étude a dû obtenir des estimations de prix correspondant aux coûts de ces équipements. La valeur totale de ces équipements a alors été utilisée afin de calculer un montant d'amortissement annuel, lequel a été ajouté aux autres coûts directs, de façon à parvenir à une estimation plus exacte des coûts totaux d'exploitation de l'hôpital. Pour les calculs de l'amortissement, nous avons utilisé une durée de vie de 5 ans pour les équipements.

Un examen plus minutieux des résultats de l'inventaire en termes de valeur totale des équipements dans le tableau 3 donne un aperçu des centres de coûts qui ont les équipements les plus chers. Parmi les

⁹ Pour plus d'informations sur l'estimation de ces valeurs, reportez-vous aux annexes B et C relatives au processus de répartition des coûts.

¹⁰ Sans le coût des bâtiments.

services médicaux, le laboratoire a la plus grande proportion de la valeur totale des équipements, étant donné que le HSCM est l'une des références en termes de techniques de diagnostic dans la région. Le bloc opératoire semble également bien équipé et indique le niveau de soins potentiellement offerts à HSCM. Les services de pédiatrie et de maternité possèdent une grande quantité d'équipements et cela est normal étant donné le niveau des soins offerts.

Les coûts d'amortissement des constructions n'ont pas été pris en compte dans le calcul de l'amortissement. Ainsi, les futurs coûts de remplacement des bâtiments de l'hôpital ne sont pas comptabilisés dans les estimations de coûts de cette étude mais peuvent être considérées séparément.

Tableau 3: Valeur totale des équipements par centre de coûts en dollars US

Centres de coûts	Équipements	
	Valeur en dollars US	% du total
Production Energie	818 728	29 %
Transport	788 747	28 %
Laboratoire	332 390	12%
Bloc opératoire	224 030	8 %
Pédiatrie	72 786	3 %
Maternité	71 055	3 %
Radiologie	67 247	2 %
Tous les autres centres de coûts	443 364	16 %
Total	2 818 347	100 %

4.1.4 Coûts Indirects

Un total de 1 780 196 USD de coûts indirects par an est estimé pour le coût des ressources utilisées par l'ensemble des centres de coûts. Le poste le plus important en termes de coûts indirects est la production d'énergie (374 659 USD), la restauration pour le personnel (211 210 USD) et l'entretien de l'hôpital (204 871 USD). Les autres postes budgétaires incluent les fournitures de bureau, les autres dépenses de personnel, le transport, les communications et les autres coûts d'exploitation (reportez-vous à l'annexe A pour plus de détails sur les lignes de coût).

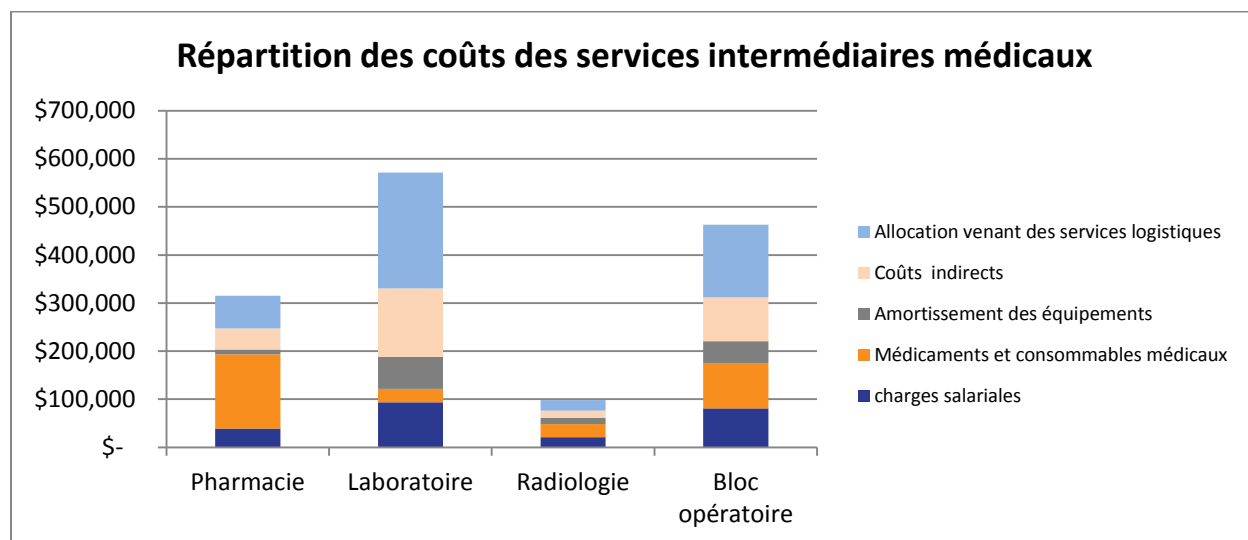
À la suite du calcul des coûts par département en terme de coûts directs (personnel, médicaments et consommables, équipements) et coûts indirects, les coûts des services administratifs et logistiques ont été répartis entre les centres de coûts médicaux intermédiaires et finaux. Le nouveau coût des services médicaux intermédiaires a ensuite été réparti sur les centres de coûts médicaux finaux afin d'obtenir les « coûts totaux finaux ». Les résultats de ces allocations sont présentés dans les paragraphes suivants. Reportez-vous à l'annexe B pour plus de détails sur ce processus d'allocation et aux annexes D et E pour les résultats intermédiaires.

4.2 Principaux centres de coûts intermédiaires

L'affectation descendante des coûts dans l'outil MASH ne rend pas directement compte des coûts finaux associés aux centres de coûts intermédiaires - ce qui peut être aussi important à comprendre pour la direction de l'hôpital que ceux associés aux centres de coûts finaux. Afin de fournir un complément d'information sur les coûts, la présente partie se concentrera sur les principaux centres de coûts intermédiaires : la Pharmacie, le Laboratoire, la Radiologie et le Bloc opératoire.

Il existe trois types de coûts composant le coût total de chaque centre intermédiaire : coûts directs, coûts indirects et coûts affectés en provenance des centres de coûts administratifs et logistiques. Pour ce qui concerne les centres de coûts intermédiaires, les coûts directs comprennent les charges de personnel, les équipements médicaux ainsi que les médicaments et les consommables médicaux. Les coûts indirects comprennent l'eau et l'électricité ainsi que la totalité des autres coûts communs et partagés (par exemple les consommables de bureau). Enfin, les coûts affectés provenant de tous les centres de coûts logistiques et administratifs sont également inclus. Graphique 4 montre aussi que les coûts répartis représentent une portion importante des coûts totaux pour les centres de coûts médicaux intermédiaires. Pour le laboratoire et le bloc opératoire, ils représentent respectivement 42 % et 33% des coûts totaux, alors que la pharmacie et la radiologie enregistre 22 % chacun.

Graphique 4: Répartition des coûts des centres de coûts intermédiaires



La direction de l'hôpital pourrait aussi être intéressée par le coût unitaire des prestations pour les centres de coûts médicaux intermédiaires. En s'appuyant sur l'activité communiquée par l'hôpital, les coûts de ces unités sont indiqués dans le tableau 4. L'interprétation de ces coûts unitaires doit se faire avec beaucoup de prudence car les services offerts dans ces départements ne sont pas homogènes.

Les départements de Laboratoire, de Radiologie, et le Bloc opératoire produisent chacun une série de prestations dont chacune renvoie à un niveau différent de consommation de ressources. Par exemple, le laboratoire exécute différents types de tests nécessitant différents équipements, réactifs ou type de personnel : un test de dépistage VIH est différent d'une biopsie. Le département de Radiologie pratique à la fois des examens simples aux rayons X et d'autres examens plus sophistiqués, chacun de ces types d'examen peut être différent en termes de coûts des équipements nécessaires et des consommables utilisés. De même, le temps consacré aux différentes interventions exécutées dans le bloc opératoire est variable, ainsi que le type de personnel et les consommables médicaux utilisés. En raison de ces considérations, les coûts unitaires du laboratoire, de la radiologie, et du bloc opératoire devraient être interprétés comme le coût moyen d'une unité de soin produite dans ces centres de coûts, et non comme le coût exacte d'une prestation.

Tableau 4: Coûts unitaires des centres de coûts intermédiaires

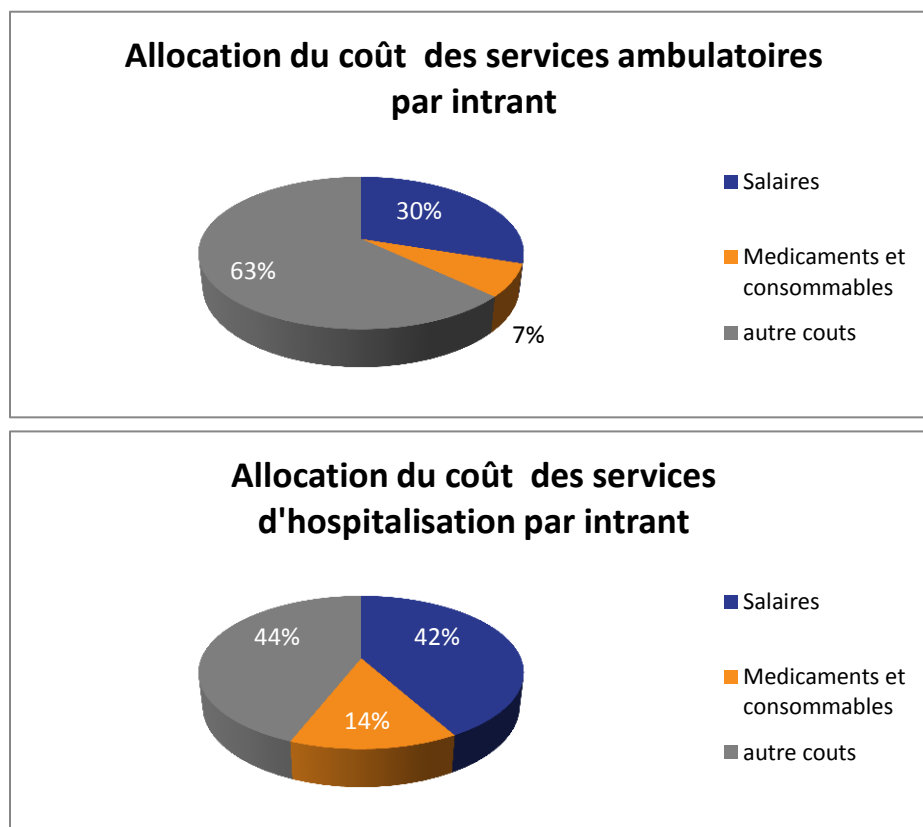
Services médicaux intermédiaires	Coût après l'affectation des coûts des services	Volume des services	Coût unitaire moyen
			Par test
Laboratoire	571 629 USD	123 601	5 USD
			Par examen
Radiologie	97 935 USD	4 166	23 USD
			Par intervention
Bloc opératoire	462 787 USD	1 378	336 USD

4.3 Structure des coûts des services médicaux finaux

Cette section présente la structure des coûts des services médicaux finaux. Pour HSCM, nous avons constaté que les soins externes représentent 63 % des coûts totaux de l'hôpital. Généralement, pour les hôpitaux tertiaires ce chiffre est proche du quart ou du cinquième. Cependant, ce résultat reflète la mission de HSCM qui inclut la prestation de soins de santé primaires à la population indigente locale.

Graphique montre le coût des soins internes et externes réparti en fonction des salaires, des médicaments et des autres intrants. Les salaires et les médicaments composent la majorité des coûts à hauteur de 56 % pour les services d'hospitalisation mais pour les services ambulatoires se sont les autres coûts qui sont les plus important (63 %).

Graphique 5: Structure de coûts abrégée concernant les soins internes et externes



Les tableaux 5 et 6 (unités de soins ambulatoires et internes) indiquent une structure des coûts plus détaillée.

Tableau 5: Répartition des coûts par input pour les centres médicaux finaux, soins ambulatoires

Centres de coûts finaux	Coût global en USD	Salaires en USD	%	Médicaments et consommables en USD	%	Autres inputs en USD	%
Clinique externe	676 752	328 967	49%	44 993	7%	302 792	45%
Clinique dentaire	57 116	21 694	38%	12 604	21%	22 819	40%
Santé Communautaire	778 263	103 887	13%	11 533	1%	662 844	85%
Urgences	231 987	70 365	30%	51 377	22%	110 245	48%
Total	1 744 118	524 913	30%	120 505	7%	1 098 700	63%

Parmi les services de soins en ambulatoires, le service de santé communautaire est le centre de coûts le plus important, suivi de la clinique externe et du service des urgences. Le service de santé communautaire inclut le programme de dépistage et de traitement du VIH et fournit entre autres des soins dans la communauté ce qui peut expliquer la grande concentration de coûts dans ce service. La clinique externe affiche la plus grande proportion de dépenses sur les salaires avec 49 %, alors que le service des urgences affiche la plus grande proportion de dépenses sur les médicaments.

Tableau 6: Répartition des coûts par input pour les centres médicaux finaux, soins internes

Centres de coûts finaux	Coût global en USD	Salaires en USD	%	Médicaments et consommables en USD	%	Autres inputs en USD	%
Maternité	553 895	229 904	42%	82 506	15%	241 484	44%
Orthopédie	449 770	187 297	42%	71 774	16%	190 700	42%
Chirurgie	989 688	411 448	42%	121 845	12%	456 395	46%
Pédiatrie	608 981	259 399	43%	78 444	13%	271 139	45%
Médecine Interne	657 562	300 551	46%	80 117	12%	276 294	42%
Unité de Soins Intensifs	150 540	38 939	26%	46 077	31%	65 524	44%
Total	3 410 436	1 427 538	42%	481 362	14%	1 501 536	44%

La chirurgie et la médecine interne sont les départements les plus importants en termes de coûts parmi les unités de soins internes. Tous les services de soins internes ont une proportion supérieure de dépenses sur les salaires, comparée aux médicaments, sauf pour le service d'urgences pour lequel la tendance est inversée. Cette différence concernant la structure des coûts est caractéristique des unités de soins hospitaliers.

4.4 Coûts unitaires des services médicaux finaux

La dernière étape de l'analyse de la structure de coûts consiste à utiliser les données d'estimation des coûts en combinaison avec les données d'utilisation des services afin d'obtenir les coûts moyens par prestation pour chaque service. Les données d'activité ont été fournies par l'hôpital : nombre de visites en soins ambulatoires, nombre d'admissions et nombre de journées d'hospitalisation en soins internes. Les données concernant le nombre de lits proviennent des données d'inventaire des équipements et des documents fournis par l'hôpital. Les taux d'occupation des lits ont été calculés en multipliant le nombre total de lits par service par 360 journées pour l'année afin d'obtenir le nombre total possible de journées de soins hospitaliers par an. Le nombre de journées d'hospitalisation communiqué pour chaque service a alors été divisé par le nombre de journées possibles de soins hospitaliers par an pour ce même service. La durée moyenne de séjour par service a été calculée comme la proportion du nombre de journées de soins hospitaliers rapportée au nombre d'admissions.

Les résultats suivants concernant les coûts unitaires seront interprétés avec prudence : leur calcul est très sensible à l'activité de l'hôpital. En outre, pour certains centres de coûts il est très difficile de séparer les différents soins fournis. Dans la mesure où ces différents soins utilisent différents niveaux de ressources, la simple division du coût total par le nombre d'unités de soin produites n'est pas suffisante pour l'obtention d'estimations précises des coûts unitaires. Par exemple, le nombre de consultations externes inclut les patients venus pour des visites de suivi et ceux qui venus pour une première consultation curative. À moins qu'ils n'existent des données plus détaillées concernant la consommation des ressources pour chaque type de service (visite de suivi par rapport à première visite curative), il n'est pas possible de fournir une mesure plus exacte de la proportion du coût total du département de clinique externe à affecter aux deux différents types de visites.

Le **Error! Reference source not found.** présente le coût par visite pour les unités de soins externes. La clinique externe par exemple présente la structure logique des prestataires de soins primaires avec un volume de prestations élevé donc un coût unitaire réduit (bien que dans une perspective fiable de recherche il soit nécessaire de comparer ce résultat avec les coûts d'un autre centre de soins primaires dans la région, afin de déterminer s'il est pertinent de qualifier le chiffre de 16 dollars US par visite de réduit).

Tableau 7: Coûts unitaires par centre de coûts finaux, services ambulatoires

Centres de coûts finaux	Coût total (USD)	Nombre de visites de patients externes	Coût par visite (USD)
Clinique externe	676 752	42 428	16
Clinique dentaire	57 116	2 753	21
Santé Communautaire	778 263	12 297 ¹¹	63
Urgences	231 987	6 130	38

Le **Error! Reference source not found.** présente les coûts moyens des journées d'hospitalisation pour les soins internes. Nous constatons que les services de pédiatrie, maternité et médecine interne affichent un taux d'occupation des lits supérieurs à 100 %. Ceci peut être expliqué par le fait que les données disponibles à HSCM ne sont pas encore suffisamment détaillées pour nous permettre de distinguer un lit occupé par deux différents patients au cours d'une même journée. Par exemple, quand un patient est libéré d'un lit et que ce lit est attribué à un autre patient le même jour, une journée d'hospitalisation est comptée pour chacun de ces deux patients ce qui en fait deux au lieu d'une journée. Logiquement, on voit qu'USI a le coût le plus élevé d'une journée d'hospitalisation. Le service de pédiatrie a le plus bas coût d'une journée d'hospitalisation.

Tableau 8: Coûts unitaires par centre de coûts finaux, services internes

Centres de coûts finaux	Coût total (USD)	Nombre de journées d'hospitalisation	Coût par journée d'hospitalisation (USD)	Taux d'occupation des lits	Durée moyenne de séjour (jours)
Maternité	553 895	8 770	63	102%	4,3
Orthopédie	449 770	4 085	110	47%	10,8
Chirurgie	989 688	8 052	123	102%	8,5
Pédiatrie	608 981	12 165	50	97%	8,4
Médecine Interne	657 562	9924	66	106%	7,8
Unité de Soins Intensifs	150 540	999	151	46%	6,3

¹¹ Le département de santé communautaire réalise beaucoup de travail éducatif et curatif dans la communauté et à l'hôpital d'où le volume élevé de son activité.

4.5 Coûts unitaires des pathologies ciblées

Les résultats montrent qu'en général l'hospitalisation constitue la plus importante catégorie de coût et ce coût augmente avec le nombre de jours passés à l'hôpital. Les maladies traitées avec une intervention chirurgicale sont en général plus onéreuses. Les fractures de la jambe et du fémur, l'occlusion intestinale et la péritonite généralisée constituent les pathologies les plus chères à traiter.

Tableau 9: Coûts unitaires des pathologies ciblées

Pathologies	Coût du personnel medical (USD)	Coût des consommables médicaux et des médicaments (USD)	Coût des tests laboratoires ¹² (USD)	Coût des examens d'imagerie médicale (USD)	Coût des interventions chirurgicales (USD)	Nombre de jours moyen d'hospitalisation	Coût de l'hospitalisation (USD)	Coût total de traitement (USD)
Pré Eclampsie sévère	47.87	77.50	65.19	NA	339.49	5	202.81	732
Disproportion Céphalo Pelvienne	18.58	44.81	28.76	NA	339.49	3	121.69	553
Infection materno- fœtale	31.44	45.12	98.24	33.55	NA	7	237.92	446
Prématurité sévère	117.95	162.06	72.77	33.55	NA	21	713.75	1,100
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	55.11	191.55	30.61	68.96	NA	7	282.90	629
Décompensation cardiaque	56.01	39.04	60.05	66.49	NA	8	323.31	544
Fracture du Fémur	42.19	204.60	28.02	85.73	430.45	15	1,193.07	1,984
Fracture de la jambe fermée	28.13	144.17	28.02	68.96	430.45	10	795.38	1,495
Fracture de la jambe ouverte	60.04	234.80	28.02	68.96	430.45	20	1,590.76	2,413
Occlusion intestinale	46.71	115.60	62.73	54.30	407.99	10	917.80	1,605
Péritonite généralisée	69.57	200.99	99.98	33.55	426.56	12	1,101.35	1,931

Note : la maternité a son propre appareil d'échographie donc le cout des échographies effectuées dans le cadre du traitement est compris dans le cout de l'hospitalisation.

¹² Coût des tests, examens et interventions chirurgicales effectués au niveau du laboratoire de l'hôpital

5. DISCUSSION

Cette partie du rapport se penche sur la structure de coûts décrite dans la partie consacrée aux résultats et utilise ces données pour fournir des réponses et des recommandations pour chacun des sujets considérés et mentionnés dans les objectifs de l'étude, dans la mesure où elles soutiennent les efforts de la direction de l'hôpital vers la viabilité financière.

Prévisions budgétaires

Des budgets précis et réalistes alignés sur la mission de HSCM et sur son plan stratégique sont essentiels.

Dans quelle mesure, financièrement, la structure actuelle des coûts de l'hôpital est-elle totalement prise en compte dans la planification budgétaire ? Quels postes spécifiques de dépenses sont actuellement hors budget ? Quel niveau de dépenses cela représente-t-il ?

HSCM est un hôpital qui dépend encore des dons et des aides provenant de la fondation CRUDEM. Par exemple, la plupart des équipements médicaux de HSCM ont été donnés et la structure actuelle des coûts ne prend pas en compte l'amortissement et le remplacement futur de ces équipements. Cette étude et l'inventaire complété du matériel et des équipements qui lui ont été associés aideront l'hôpital à mieux comprendre la structure des coûts et à planifier le budget en fonction car le niveau de qualité des services fournis dépend de la maintenance et du remplacement de ces équipements.

Les fournitures pharmaceutiques et médicales sont un autre facteur de coûts majeur pour lequel toutes les informations relatives au volume et aux coûts unitaires ne sont pas disponibles pour la période de l'étude du fait que certains des médicaments peuvent être des dons et leur coût n'est pas comptabilisé. De manière générale, HSCM doit distinguer les ressources reçues sous forme de dons des ressources achetées. Les ressources reçues sous forme de dons doivent être entièrement comptabilisées et valorisées afin de capturer les besoins précis en ressources et leur utilisation. Être capable de quantifier précisément les ressources dont HSCM a besoin sera utile pour aborder d'autres potentiel donateurs qui peuvent avoir différentes priorités pour le financement ou qui souhaitent faire des contributions en nature, par exemple en fournitures pharmaceutiques, en équipements, en carburant ou en autres ressources.

Gestion

La mesure exacte et le suivi régulier des indicateurs d'efficacité ainsi que les systèmes permettant de produire ces mesures sont essentiels à la mise en œuvre d'une gestion fiable des ressources à la disposition de l'établissement et à la démonstration de ce fonctionnement aux acteurs du financement.

Comment l'utilisation des ressources évolue-t-elle avec le temps ? L'établissement réalise-t-il des économies d'échelle en même temps qu'il accroît le niveau de prestation de ses services ?

Tous les coûts unitaires moyens présentés dans cette analyse sont soumis à modification si HSCM prévoit une extension des services qu'il offre. La modélisation de la structure des coûts contenue dans cette étude aidera HSCM à exécuter ce processus. Cette analyse inclut les types de mesures qui, si elles

sont contrôlées dans le temps, peuvent fournir des informations concernant les secteurs dans lesquels des économies d'échelle seront réalisées, car les coûts unitaires devraient diminuer, au moins à moyen terme, si le volume augmente plus que les ressources supplémentaires pouvant être nécessaires pour l'expansion. Toutefois, il est important de signaler que l'estimation du coût unitaire doit être encore affinée pour être plus spécifique aux types de services (par exemple les types de tests), ainsi qu'aux types de patients qui reçoivent les services de la part d'un centre de coûts offrant plusieurs types de services. Cet affinement de l'estimation des coûts unitaires peut être effectué pour un nombre choisi de services sur lesquels l'hôpital souhaite se focaliser comme il a été fait avec les pathologies ciblées par cette étude.

Comment l'utilisation des ressources se compare-t-elle à celle d'autres hôpitaux de même niveau (compte tenu des données disponibles) ?

Actuellement, l'équipe d'étude ne sait pas si des données de coûts similaires sont disponibles pour d'autres hôpitaux du même genre en Haïti. Cela rend la comparaison des coûts difficile. Cependant, comme noté précédemment, les services de soins de santé primaires sont une composante importante de HSCM et ce genre de données de coûts doit certainement être disponibles pour comparaison. De telles comparaisons seraient sans doute intéressantes pour HSCM, car elles explorent les différentes options pour une prestation de soins de santé primaires plus efficaces.

Les systèmes d'information actuels fournissent-ils les données nécessaires pour évaluer l'efficacité ?

HSCM dispose d'un système central de dossiers de patients ; par conséquent, il ne devrait pas être difficile de s'assurer que les données appropriées sont disponibles afin de fournir des estimations de coûts unitaires plus spécifiques dans le futur, qui pourraient être utilisées pour faire le suivi de l'efficacité. Par exemple, il sera important que les indicateurs clés de l'hôpital, tels que le nombre de patients admis et le nombre de journées d'hospitalisation, soient compilés et rassemblés dans un rapport pour l'ensemble des départements de soins internes. De plus, pour l'instant, la structure financière de l'hôpital inclut différentes entités finançant différents départements : par exemple santé communautaire (projet Sidale). Chacune de ces agences de financement possède sa propre requête de surveillance des données avec différents indicateurs. Bien qu'il soit important pour l'hôpital de suivre les conseils reçus de la part de ces agences en termes d'indicateurs à inclure dans les rapports, l'hôpital doit également avoir un ensemble harmonisé d'indicateurs qui sont les plus importants pour le suivi de l'activité et des ressources. Tous les départements cliniques doivent générer un rapport sur ces indicateurs clés afin de faciliter la compilation et l'utilisation des informations pour la prise de décision.

En plus des départements cliniques, les données sur l'activité et les ressources devront également être compilées pour les centres de coûts administratifs et logistiques (cuisine, buanderie, maintenance, etc.). Ces départements jouent un rôle important dans la prestation de soins et, comme nous l'avons vu dans les résultats de cette évaluation des coûts, leurs coûts peuvent influencer les coûts finaux des services médicaux produits. Ainsi, fournir efficacement des services logistiques permettra de promouvoir la production efficiente des soins de santé.

La possibilité de déterminer précisément les coûts unitaires sera d'autant plus essentielle au fur et à mesure du développement des stratégies de financement pour HSCM et de la collecte de revenus à partir des frais d'utilisateurs, des compagnies d'assurance et des clients privés.

Planification

HSCM reconnaît la nécessité de progresser vers une situation financière plus durable.

Compte tenu de la structure des coûts actuelle et des niveaux de prestation de services, quels départements/services sont supposés avoir des structures de coûts unitaires susceptibles de leur permettre de subventionner d'autres services sans que cela dresse des obstacles à l'accès aux soins de la population indigente servie ?

Opportunités de générer des revenus : Cette analyse a identifié certaines opportunités clés capables de générer des revenus pour HSCM. Il s'agit par exemple de l'utilisation du laboratoire, des blocs opératoires et des équipements de radiologie. Compte tenu du coût des équipements utilisés, il sera important pour HSCM de les ouvrir aux patients externes, si n'est déjà le cas, et de les utiliser au maximum de leur capacité. L'offre au privé des pathologies dont les coûts de traitement ont été estimés est également une potentielle source de revenus et l'hôpital a déjà des projets dans ce sens. Cependant, avant de mettre en place une telle mesure il serait important pour l'hôpital de faire une étude sommaire de marché pour évaluer l'intervalle de prix qu'il pourra appliquer pour de tels services, au vu de la concurrence, et le comparer avec les coûts estimés par cette étude afin d'établir la rentabilité de cette politique d'ouverture à une clientèle privée. En outre, étant donné que l'enseignement médical fait partie de son activité actuelle, HSCM peut envisager d'offrir ce service d'enseignement à des étudiants venant d'autres universités.

Opportunités d'inter-subvention : Bien que la principale mission du HSCM soit de soigner les malades à faible revenu, il reçoit également des patients de divers groupes socio-économiques. Il est donc raisonnable de prévoir une inter-subvention entre ceux qui peuvent payer les services de soins et ceux qui n'en ont pas les moyens financiers. On pourrait citer comme exemples de services dans ce groupe les services chirurgicaux ; leurs coûts sont trop élevés pour la population indigente, mais les patients plus aisés peuvent souhaiter bénéficier des installations de grande qualité de HSCM et sont en mesure de payer le coût plus des frais¹³ pour ce service. De la même façon, les services à faible coût peuvent voir leur prix légèrement majoré de façon à subventionner les services plus onéreux.

Contrats de financement basé sur les résultats (FBR) : Le GOH lance un régime de financement axé sur les résultats (FBR) afin de soutenir la prestation de soins de santé maternelle, néonatale et infantile. Compte tenu de l'engagement de HSCM envers la santé des mères et de leurs enfants, si le régime de FBR est étendu aux hôpitaux du secteur tertiaire privé, il peut être possible pour l'HSCM de participer à ce programme de financement axé sur les résultats. Cerner les ressources requises pour fournir le volume considérable de soins de santé primaires produit par HSCM sera important pour négocier les prix contractuels (en particulier, si les paiements FBR sont inférieurs aux coûts de HSCM).

Régimes d'assurance maladie officiels : Bien que la couverture d'assurance privée soit très faible en Haïti (1 %¹⁴), il y a quand même une partie de la population assurée en quête de soins et qui demande à être servie. Par conséquent, la compréhension de sa structure de coûts permettra à HSCM de conclure éventuellement des contrats avec les régimes d'assurance privée officiels.

¹³ Le montant facturé sera constitué du prix du service plus une petite marge.

¹⁴ Données préliminaires de l'enquête LSMS (Living Standard Measurement Survey)

HSCM est une institution offrant un niveau de soins généraux de qualité en Haïti, comparable à celui de pays beaucoup plus riches, et visant une population auparavant privée de l'accès aux soins les plus élémentaires. Faire en sorte que l'établissement dispose des ressources nécessaires pour continuer à délivrer ces soins constitue une grande responsabilité qui nécessitera l'implication de nombreux acteurs. La compréhension de sa structure de coûts et la capacité à discuter ses besoins en ressources en fonction de la situation présente permettront à l'administration de HSCM d'exprimer clairement ses besoins aux nombreux acteurs potentiels, de plus en plus à la recherche d'investissements rentables. Cela permettra aussi à HSCM de tirer profit des opportunités de conclusion de contrats de financement pour la santé plus complexes, actuellement explorées par le gouvernement d'Haïti.

ANNEXE A : TOTAL DEPENSES PAR TYPE

Types et sources de données

Après avoir déterminé les centres de coûts, l'étape suivante a consisté à rassembler les données nécessaires concernant l'activité et les coûts. Ces données comprennent les volumes des services, les quantités de médicaments et de fournitures médicales, les effectifs totaux de personnel, les données concernant les dépenses directes ainsi que d'autres données comme la répartition de la surface du bâtiment, les inventaires des équipements et des véhicules ainsi que d'autres coûts relatifs aux investissements et aux actifs immobilisés.

Les données relatives aux dépenses ont été collectées auprès de l'hôpital. Les données concernant les médicaments et les consommables médicaux ont été fournies par le département financier (dépenses relatives aux dépenses) et par la pharmacie (volume de médicaments et de fournitures médicales). La collecte des données concernant le volume des services comprend le nombre de lits, les admissions en soins internes, le nombre de journées d'hospitalisation, les consultations externes ainsi que le nombre de procédures par département. De manière générale, les données concernant le volume des services ont été collectées auprès du département des archives de l'hôpital pour toutes les consultations externes, tous les services de soins internes, le service des urgences, le laboratoire, la radiologie et le bloc opératoire. Les données pour les services logistiques (production d'énergie, transport, etc.) ont été fournies par le département administratif de l'hôpital. Les données collectées concernant les médicaments et les fournitures médicales comprennent la quantité de médicaments et de fournitures utilisés par chaque centre de coûts médical ainsi que certains coûts unitaires de médicaments spécifiques. Le nombre de membres du personnel, les salaires/traitements ainsi que toutes rémunérations complémentaires et la répartition des heures passées par certains personnels dans différents centres de coûts ont été obtenus auprès du département administratif de l'hôpital. Les données concernant les dépenses ont été collectées auprès du département financier et comprennent les coûts indirects (couvrant les installations, les équipements, le carburant, la maintenance, etc.). Des inventaires portant sur les équipements ont été dressés, de même que les surfaces occupées par les différents services.

Données concernant la masse salariale

Coûts du personnel (dépenses en ressources humaines) : il s'agit des dépenses en ressources humaines encourues pour la prestation de services par unité de production. Dans le cadre de cette étude, ces dépenses comprennent les salaires de base, les frais de cotisation à l'Office National Assistance Vieillesse (ONA) à la charge de l'établissement ainsi que les primes reçues par les employés en relation avec leur poste et la catégorie en référence à la classification de l'hôpital.

En ce qui concerne la répartition des heures de travail des ressources humaines entre les centres de coûts, une estimation de ces heures (exprimée en pourcentage) a été obtenue à partir des programmes de travail fournis par le département administratif de l'hôpital.

Hypothèses concernant l'amortissement

Les périodes d'amortissement utilisées pour l'évaluation des coûts dans le modèle sont variables et dépendent du type des équipements (équipements lourds, équipements légers, matériel roulant, etc.). Ces informations sont généralement mises à disposition par le fabricant. Au sein de HSCM, la plus

grande partie de ces équipements ont été reçus à titre de don. Il a donc été difficile de retracer la valeur exacte et la durée de vie utile probable de ces biens. Par l'intermédiaire des sites Web d'achats centralisés, une recherche a été menée sur le coût théorique d'acquisition desdits équipements. En fonction de ce qui est le plus utilisé dans la littérature en « costing », nous avons pris en compte une durée de vie moyenne de 5 ans pour les équipements disponibles dans chacun des centres de coûts définis.

Les coûts d'amortissement des bâtiments n'ont pas été pris en compte dans le calcul de l'amortissement. Ainsi, les futurs coûts de remplacement des bâtiments de l'hôpital ne sont pas comptabilisés dans les estimations de coûts de cette étude.

Données concernant les médicaments et les fournitures médicales

Les données sur le volume de médicaments et de fournitures médicales pour chaque département médical ont été fournies par la pharmacie. Cette dernière les a fournis à la fois pour les services de consultations externes et les départements d'hospitalisation. Toutefois, les données concernant les médicaments et les fournitures médicales pour l'ensemble de l'année étudiée n'étaient pas complètes et nous avons eu recours aux données financières pour compléter pour certains services. Ce manque d'informations exactes et complètes sur les fournitures médicales et les médicaments est causé par l'absence d'un système de surveillance permettant de retracer tous les médicaments et consommables utilisés dans chaque unité ou département de l'hôpital.

Données concernant les dépenses

Bien que des informations budgétaires soient disponibles, l'équipe HFG a suivi le processus standard d'utilisation des données concernant les dépenses qui étaient effectivement effectuées pour 2014. Les données réelles concernant les dépenses constituent des ressources financières utilisées plus précises que les budgets car elles sont susceptibles de varier, par rapport au budget initial. Le Tableau 10 présente les dépenses utilisées dans cette analyse. De manière générale, tous les coûts directs ont été estimés à partir des consommations réelles. L'équipe a estimé les coûts d'amortissement des équipements directement à partir de l'inventaire. Les dépenses de personnel ont également été estimées à partir des données de masse salariale reçues de HSCM.

Tableau 10: Total des dépenses fournies pour 2014 en USD

Rubriques	Montant en USD	% du total
Charges salariales	2, 208,822	43%
Médicaments	291,088	6%
Consommables médicaux	310,779	6%
Amortissement de l'équipement ¹⁵	563,669	11%
Entretien Hôpital et CRUDEM	204,871	4%
Linge et Nettoyage	40,666	1%
Production d'électricité	374,659	7%
Autres dépenses énergie	46,608	1%
Véhicules et Transport	107,868	2%
Dépenses cafeteria	211,210	4%
Bonus et autres paiements	142,956	3%
Fret, poste, douane, légal et banque	163,034	3%
Secrétariat, Imprimerie et consommables de bureau	46,087	1%
Informatique et communication	63,349	1%
Dépenses sociales	36,620	1%
Amortissement du petit matériel	22,747	0.4%
Autres dépenses liées aux patients	154,473	3%
Autres dépenses	165,048	3%
Total	5,154, 554	100%

¹⁵ L'amortissement ne constitue pas une sortie réelle d'argent

ANNEXE B : PROCESSUS D'AFFECTATION DES COÛTS

Affectation des coûts

Le processus d'analyse des coûts finaux comprend l'affectation des coûts directs aux centres de coûts appropriés, la détermination des règles d'affectation des coûts indirects, la finalisation de la séquence « par paliers » et l'exécution des calculs de coûts finaux.

Les principales ressources hospitalières contribuant à la fourniture de soins sont : le personnel, les équipements et les médicaments ainsi que les consommables médicaux. La plupart du temps, ces coûts peuvent être directement retracés et attribués à un centre de coûts en particulier. C'est la raison pour laquelle nous les avons définis comme des « coûts directs » : masse salariale + amortissement des équipements + consommation en médicaments et consommables médicaux spécifiques à chaque centre de coûts. Nous définissons ensuite les « coûts directs fixes » (masse salariale + dépréciation des équipements) et les « coûts directs variables » (médicaments + consommables médicaux). Il s'agit de distinguer entre les coûts directs qui varient instantanément avec le volume de patients (variable) et ceux qui ne dépendent pas instantanément du volume d'activité médicale (fixe).

Certaines ressources hospitalières sont partagées de sorte qu'il est impossible ou très incommode de mesurer directement quelle quantité d'une ressource est utilisée dans un centre de coûts en particulier : nous parlons ici de « coûts indirects ». Pour les coûts d'administration, de communication et de transport, un processus d'affectation indirecte a été utilisé afin de les répartir entre les centres de coûts. L'affectation des coûts indirects est fondée sur des « facteurs de coûts » identifiés, ou des indicateurs exerçant l'influence la plus étroite sur les coûts encourus. Il pourrait s'agir, pour chaque centre de coût, de la surface occupée, du nombre de personnel, du nombre de patients, etc. Les coûts directs, fixes et variables, définis ci-dessus peuvent également être utilisés comme critère pour l'affectation des coûts indirects.

Dans la séquence descendante, les centres de coûts sont affectés à différents « niveaux ». Les centres du sommet « fournissent » aux centres de niveau inférieur qui, à leur tour, fournissent aux centres de niveau inférieur au leur. L'hypothèse est qu'un centre de coûts est soit un fournisseur soit un client d'un autre centre de coûts. Par exemple, dans cette analyse, nous avons supposé que les départements administratifs sont au « service » de l'unité de nettoyage, tout en reconnaissant que l'unité de nettoyage peut proposer des services de nettoyage pour les bureaux du département administratif. Dans ce cas précis (et dans beaucoup d'autres), la prestation de services ne se fait pas nécessairement dans une seule direction mais, afin de mener à bien le processus d'allocation descendante des coûts, une nécessaire décision de hiérarchisation a été prise basée sur la valeur des services proposés. Dans certains cas, la différence de valeur entre services est suffisamment réduite pour que la hiérarchie des niveaux n'affecte pas significativement les coûts finaux.

ANNEXE C : HYPOTHESES CONCERNANT L'AFFECTATION DESCENDANTE DES COÛTS

Afin de procéder à l'affectation descendante, chaque centre de coûts a reçu une base d'affectation/critère utilisée pour l'affectation du total de ces coûts en direction de tous les centres de coûts à des niveaux inférieurs. **Error! Reference source not found.** présente une liste des bases d'affectation utilisées pour chaque centre de coûts, ainsi que les hypothèses ou les calculs utilisés afin de déterminer le montant de l'unité de base à appliquer à chacun des centres de coûts inférieurs.

Tableau 11: Hypothèses concernant l'affectation descendante

Centre de coûts	Base d'affectation	Hypothèses
Services administratifs et Logistique		
Entretien/Nettoyage	Surface au sol	<ul style="list-style-type: none"> La surface du bâtiment en mètre carré a été mesurée et reportée sur la base des plans de l'hôpital et des mesures réelles prises pendant l'inventaire. Plus l'espace utilisé est grand, plus la quantité de ressources pour le nettoyage est élevée.
Administration générale	Distribution des membres du personnel	<ul style="list-style-type: none"> À partir des données de masse salariale le personnel a été réparti sur différents centres de coûts en fonction du temps passé dans les centres de coûts concernés. Plus le personnel est nombreux, plus les services de gestion sont élevés.
Transport	Coûts directs	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts directs ont été calculés en faisant la somme de la consommation en médicaments/fournitures médicales, de la masse salariale et de l'amortissement des équipements attribuables à un centre de coûts. Plus la valeur est élevée, plus le centre de coûts est important en termes de ressources directement utilisées par rapport au transport.
Buanderie/Lessive	Coûts directs des services d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts directs ont été calculés en faisant la somme de la consommation en médicaments/fournitures médicales, de la masse salariale et de l'amortissement des équipements attribuables à un centre de coûts. Plus la valeur est élevée, plus le centre de coûts est important en termes de ressources directement utilisées par rapport à la lessive.
Maintenance	Surface au sol	<ul style="list-style-type: none"> La surface du bâtiment par mètre carré a été mesurée et reportée sur la base des plans de l'hôpital et des mesures réelles prises pendant l'inventaire. Plus l'espace utilisé est grand, plus la quantité de ressources pour la maintenance est élevée.

Centre de coûts	Base d'affectation	Hypothèses
Cuisine/Restauration	Distribution des membres du personnel	<ul style="list-style-type: none"> À partir des données de masse salariale le personnel a été réparti sur différents centres de coûts en fonction du temps passé dans les centres de coûts concernés. Plus le personnel est nombreux, plus les services de restauration sont élevés. La cuisine ne sert de repas qu'au personnel, pas aux patients.
Maintenance équipement biomédical	Valeur des équipements médicaux	<ul style="list-style-type: none"> A partir des données d'inventaire, la valeur des équipements dans chaque service/département a été compilée. Plus la valeur de ces équipements est grande plus il est important de bien les maintenir.
Archives médicales	Coûts directs des services médicaux	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts directs ont été calculés en faisant la somme de la consommation en médicaments/fournitures médicales, de la masse salariale et de l'amortissement des équipements attribuables à un centre de coûts. Plus la valeur est élevée, plus le centre de coûts est important en termes de temps le service des archives dévoue à ce département. Seule l'activité des services médicaux est suivie par le service des archives.
Sécurité	Surface au sol	<ul style="list-style-type: none"> La surface du bâtiment par mètre carré a été mesurée et reportée sur la base des plans de l'hôpital et des mesures réelles prises pendant l'inventaire. Plus l'espace utilisé est grand, plus la quantité de ressources pour la sécurité est élevée.
Informatique	Coûts directs	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts directs ont été calculés en faisant la somme de la consommation en médicaments/fournitures médicales, de la masse salariale et de l'amortissement des équipements attribuables à un centre de coûts. Plus la valeur est élevée, plus le centre de coûts est important en termes de ressources informatiques utilisées.
Production d'énergie	Coûts directs	<ul style="list-style-type: none"> Les coûts directs ont été calculés en faisant la somme de la consommation en médicaments/fournitures médicales, de la masse salariale et de l'amortissement des équipements attribuables à un centre de coûts. Plus la valeur est élevée, plus le centre de coûts est important en termes de consommation d'énergie.

Services médicaux intermédiaires

Pharmacie	Estimations en pourcentage	<ul style="list-style-type: none"> Basées sur la valeur des médicaments achetés provenant du rapport financier et répartie sur chaque centre de coûts selon le niveau d'activité par type (interne/externe)
Laboratoire	Nombre de tests	<ul style="list-style-type: none"> Réparti sur chaque centre de coûts utilisant les services proposés par ce département selon le niveau d'activité par type (interne/externe)
Radiologie	Nombre d'exams	<ul style="list-style-type: none"> Réparti sur chaque centre de coûts utilisant les services proposés par ce département selon le niveau d'activité par type (interne/externe)
Bloc opératoire	Nombre d'interventions chirurgicales	<ul style="list-style-type: none"> Réparti sur chaque centre de coûts utilisant les services proposés par ce département selon le niveau d'activité par type (interne/externe)

ANNEXE D : RESULTATS DE L'AFFECTATION DESCENDANTE DES COÛTS

Étape 1 : Classer les coûts en coûts directs et indirects

Toutes les dépenses correspondant aux postes budgétaires répertoriés dans le tableau 10 ont été classées en catégorie directe et indirecte en fonction des critères suivants :

- Coûts directs : coûts qui peuvent être directement tracés et attribués à un centre de coûts en particulier, par exemple salaires, médicaments, etc.
- Coûts indirects : coûts partagés entre de nombreux centres de coûts, par exemple services publics, entretien, etc.

Étape 2 : Affecter les coûts directs et indirects aux centres de coûts

Dans cette analyse de coûts, les centres de coûts sont divisés en « services administratifs et logistiques », « services médicaux intermédiaires » et « services médicaux finaux ». L'objectif de ce premier stade de l'évaluation des coûts hospitaliers consiste à définir un coût total pour chaque centre de coûts administratif/logistique, médical intermédiaire et médical final de l'hôpital. Cette opération est exécutée tout d'abord par l'accumulation des coûts directs¹⁶ de chaque centre de coûts, puis par l'affectation des coûts indirects¹⁷ dans un deuxième temps, à l'aide des statistiques d'affectation appropriées. Ce coût par centre de services représente une information nécessaire à la gestion budgétaire et à la planification à l'échelle de l'hôpital. La structure des coûts de HSCM est présentée dans le **Error! Reference source not found.**, dans le

et dans le **Error! Reference source not found.**

Les services médicaux finaux sont les plus chers à exploiter avec environ 50 % des coûts totaux, suivis des services logistiques (30 %) et des services médicaux intermédiaires (20 %).

¹⁶ Dans ce rapport, le terme « coûts directs » désigne des coûts associés aux principales ressources de la production de soins de santé, facilement associés à un centre de coûts spécifique : Personnel, Équipements, Médicaments et consommables médicaux.

¹⁷ Les coûts indirects renvoient à tous les autres coûts hospitaliers.

Tableau 12: Affectation des coûts administratifs et logistiques

Centres de coûts	Coûts directs (USD)	%	Coûts indirects (USD)	%	Total des coûts (USD)	%
Services administratifs et logistiques						
Administration générale	306,076	9.1%	207,306	11.6%	513,382	10.0%
Production Energie	178,372	5.3%	52,442	2.9%	230,814	4.5%
Cuisine	29,372	0.9%	68,137	3.8%	97,509	1.9%
Entretien/Nettoyage	76,195	2.3%	80,679	4.5%	156,874	3.0%
Maintenance bâtiment	64,638	1.9%	69,884	3.9%	134,522	2.6%
Sécurité	68,876	2.0%	49,063	2.8%	117,939	2.3%
Transport	170,346	5.0%	40,425	2.3%	210,772	4.1%
Service informatique	12,862	0.4%	8,459	0.5%	21,321	0.4%
Maintenance de l'équipement biomédical	4,332	0.1%	6,649	0.4%	10,981	0.2%
Buanderie	15,227	0.5%	26,031	1.5%	41,258	0.8%
Statistiques/Archives	26,250	0.8%	24,824	1.4%	51,075	1.0%
Total	952,548	28.2%	633,898	35.6%	1, 586,447	30.8%

Tableau 13: Affectation des coûts des services médicaux intermédiaires

Centres de coûts	Coûts directs (USD)	%	Coûts indirects (USD)	%	Total des coûts (USD)	%
Services médicaux intermédiaires						
Pharmacie	203,659	6.0%	43,413	2.4%	247,072	4.8%
Laboratoire	187,965	5.6%	142,265	8.0%	330,230	6.4%
Radiologie	61,937	1.8%	14,452	0.8%	76,389	1.5%
Bloc opératoire	220,437	6.5%	91,655	5.1%	312,092	6.1%
Laboratoire prothèse	16,433	0.5%	11,224	0.6%	27,657	0.5%
Physiothérapie	5,419	0.2%	13,683	0.8%	19,102	0.4%
Total	695,850	20.6%	316,692	17.8%	1, 012,542	19.6%

Tableau I4: Affectation des coûts des services médicaux finaux

Centres de coûts	Coûts directs (USD)	%	Coûts indirects (USD)	%	Total des coûts (USD)	%
Services médicaux finaux						
Clinique externe	232,365	6.9%	83,810	4.7%	316,175	6.1%
clinique dentaire	23,364	0.7%	9,327	0.5%	32,691	0.6%
Santé Communautaire	297,987	8.8%	269,514	15.1%	567,501	11.0%
Urgences	51,935	1.5%	30,576	1.7%	82,511	1.6%
Maternité/gynécologie	212,370	6.3%	82,254	4.6%	294,624	5.7%
Orthopédie	125,424	3.7%	43,782	2.5%	169,206	3.3%
Chirurgie	255,259	7.6%	113,395	6.4%	368,655	7.2%
Pédiatrie	210,071	6.2%	76,681	4.3%	286,753	5.6%
Médecine Interne	263,233	7.8%	101,192	5.7%	364,425	7.1%
Unité de Soins Intensifs	53,951	1.6%	19,074	1.1%	73,025	1.4%
Total	1, 725,960	51.1%	829,605	46.6%	2, 555,565	49.6%

Tableau I5: Affectation du total des coûts directs et indirects

Centres de coûts	Coûts directs (USD)	%	Coûts indirects (USD)	%	Total des coûts (USD)	%
Services administratifs/logistiques	952,548	28.2%	633,898	35.6%	1, 586,447	30.8%
Services médicaux intermédiaires	695,850	20.6%	316,692	17.8%	1, 012,542	19.6%
Services médicaux finaux	1, 725,960	51.1%	829,605	46.6%	2, 555,565	49.6%
Total	3, 374,358	100%	1, 780,196	100%	5, 154,554	100%

Étape 3 : Affecter les coûts administratifs/logistiques aux centres de coûts intermédiaires et finaux

L'étape 3 du processus d'affectation comprend l'affectation des coûts des centres de coûts administratifs et logistiques aux centres de coûts intermédiaires et finaux. Les critères d'affectation des coûts de tous les centres de coûts (décrit dans l'Annexe B) reflète l'utilisation des services du centre de coûts considéré par les autres et peut inclure l'espace occupé, le nombre de personnel ou le nombre de patients. À la fin de l'étape 3, les coûts apparaissent tels qu'indiqués dans le **Error! Reference source not found..** Après allocation, les centres de coûts intermédiaires représentent alors environ 30 pourcent du total des coûts de l'hôpital, et les centres de coûts finaux les 70 pourcent restants.

Tableau 16: Affectation des coûts administratifs et logistiques aux centres de coûts intermédiaires et finaux

Centres de coûts	Total des coûts avant affectation (USD)	Coûts administratifs et logistiques affectés		Total des coûts après affectation (USD)	Nouveau % des coûts totaux
		Valeur en dollars US	% du total		
Services médicaux intermédiaires	1,012,542	525,313	33%	1,537,856	30%
Pharmacie	247,072	68,419	4.3%	315,491	6%
Laboratoire	330,230	241,399	15.2%	571,629	11%
Radiologie	76,389	21,546	1.4%	97,935	2%
Bloc opératoire	312,092	150,695	9.5%	462,787	9%
Laboratoire prothèse	27,657	18,623	1.2%	46,279	1%
Physiothérapie	19,102	24,631	1.6%	43,733	1%
Services médicaux finaux	2,555,565	1,061,134	67%	3,616,699	70%
Clinique externe	316,175	112,242	7.1%	428,417	8%
clinique dentaire	32,691	14,467	0.9%	47,158	1%
Santé Communautaire	567,501	155,907	9.8%	723,408	14%
Urgences	82,511	54,505	3.4%	137,016	3%
Maternité/gynécologie	294,624	137,914	8.7%	432,537	8%
Orthopédie	169,206	70,689	4.5%	239,895	5%
Chirurgie	368,655	188,755	11.9%	557,409	11%
Pédiatrie	286,753	126,113	7.9%	412,866	8%
Médecine Interne	364,425	166,533	10.5%	530,958	10%
Unité de Soins Intensifs	73,025	34,010	2.1%	107,035	2%
Total	3,568,108	1,586,447	100%	5,154,554	100%

Remarque : le total en bas de la colonne « Coûts administratifs et logistiques affectés » est égal au sous-total du **Error! Reference source not found.**, et il est ajouté à la colonne des Coûts totaux (sur sa gauche) afin de calculer les nouveaux totaux de chaque centre de coûts intermédiaires et finaux. Les centres de coûts administratifs ont été affectés en fonction des critères définis dans le tableau 10.

Étape 4 : Affectation des coûts des centres intermédiaires à l'ensemble des services médicaux finaux

L'étape quatre consiste à affecter les coûts des centres de services médicaux intermédiaires aux centres de coûts finaux. Cela se fait sur la base de l'utilisation des services de ces centres de coûts intermédiaires par les centres de coûts finaux. Le résultat est le « total des coûts par centre de coûts médicaux finaux », comme indiqué dans le **Error! Reference source not found.**

Les centres de coûts intermédiaires ont été affectés en fonction de la consommation pour la Pharmacie, le nombre de tests du Laboratoire, le nombre d'examens pour la Radiologie, et le nombre d'interventions chirurgicales pour le Bloc opératoire. Davantage de détails concernant ces bases d'allocation et hypothèses figurent dans le tableau 10.

Tableau 17: Total des coûts par centre de coûts médicaux finaux

Centres de coûts	Coût avant affectation (USD)	Coûts médicaux intermédiaires affectés		Coût total après affectation (USD)	Nouveau % des coûts totaux
		Valeur en dollars US	% du total		
Clinique externe	428,417	248,335	16.1%	676,752	13%
clinique dentaire	47,158	9,958	0.6%	57,116	1%
Santé Communautaire	723,408	54,855	3.6%	778,263	15%
Urgences	137,016	94,971	6.2%	231,987	5%
Maternité/gynécologie	432,537	121,357	7.9%	553,895	11%
Orthopédie	239,895	209,875	13.6%	449,770	9%
Chirurgie	557,409	432,279	28.1%	989,688	19%
Pédiatrie	412,866	196,115	12.8%	608,981	12%
Médecine Interne	530,958	126,604	8.2%	657,562	13%
Unité de Soins Intensifs	107,035	43,505	2.8%	150,540	3%
Total	3,616,699	1,537,856	100%	5,154,554	100%

Les centres de coûts de soins internes représentent environ 34 % des coûts, alors que les services externes représentent environ 66 %. La chirurgie est le centre de coûts le plus important (19 %), suivi par la santé communautaire (15 %), la clinique externe et la médecine interne (13 % chacun) et la pédiatrie (12 %).

ANNEXE E : LISTE ET COÛTS DES TESTS, EXAMENS, INTERVENTIONS ET PROCEDURES POUR CHAQUE PATHOLOGIE

Le tableau ci-dessous montre la liste des tests, examens, interventions et procédures pour chaque pathologie tels que recueillis lors des entretiens avec le personnel médical pour chaque département concernés. Noter qu'en plus de ces tests de laboratoire, tous les patients reçus à HSCM subissent un test rapide de diagnostic pour la syphilis et le VIH. Certains tests non disponibles à l'hôpital sont effectués à l'extérieur et dans certains cas le patient paye pour ces tests. Cependant la plupart des tests identifiés pour les maladies ciblées sont effectués à l'hôpital et ce sont ces tests qui ont été considérés dans le calcul des coûts.

Tableau I8: Liste des tests, examens, interventions et procédures par pathologie

Pathologies	Tests de laboratoire (nombre de tests nécessaires entre parenthèses)	Examens imagerie médicale (nombre d'examen nécessaires entre parenthèses)	Interventions chirurgicales et autres procédures	Durée moyenne d'hospitalisation
Pré Eclampsie sévère	hémogramme(2) groupe sanguin(1) TS-TC (1) bilan hépatique(2) bilan rénal (2) protéinurie (2)	échographie	césarienne	5
Disproportion Céphalo Pelvienne	hémogramme(2) groupe sanguin(1) TS-TC (1)	échographie	césarienne	3
Infection materno-fœtale	hémogramme(2) CRP(2) ECBC du LCR (1) glycémie(1) bilirubinémie (4) groupe sanguin (1) lonogramme(2) bilan rénal (1) bilan hépatique (2)	radio thorax(1), radio abdomen(1)	NA	7
Prématurité sévère	hémogramme(3) CRP(3) ECBC du LCR (1) glycémie(1) bilirubinémie (3) groupe sanguin (1)	radio thorax (1), radio abdomen (1)	NA	21
Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	hémogramme(1) urine test (1) Bilan rénal(2) lonogramme(1)	Radio poumon(1) ECG(2)	NA	7
Décompensation cardiaque	hémogramme (2) urine test (1) bilan rénal(1) enzymes cardiaques(1), lonogramme(1), cholestérol(1) groupe sanguin(1) vitesse de	Radio poumon(1) ECG(1) Echocardiographie	NA	8

	sédimentation(1) bilan lipidique(1)	(1)		
Fracture du Fémur	hémogramme(2) glycémie(1) TS-TC (1)	ECG(2) Radio cuisse(2)	Enclouage	15
Fracture de la jambe fermée	hémogramme(2) TS-TC (1) glycémie(1)	ECG(2) radio thorax (1)	Enclouage	10
Fracture de la jambe ouverte	hémogramme(2) TS-TC (1) glycémie(1)	ECG(2) radio thorax (1)	Enclouage	20
Occlusion intestinale	hémogramme (3) bilan rénal(3) lonogramme(3) vitesse de sédimentation(1) TS-TC(1) PT-INR(1)	radio thorax(1), radio abdomen(1), échographie abdomen (1)	colostomie	10
Péritonite généralisée	hémogramme (4) bilan rénal(3) lonogramme(3) TS-TC(1) glycémie capillaire(4) glycémie plasmatique (1), groupe sanguin (1)	radio thorax(1), radio abdomen(1)	laparotomie	12

Le tableau des coûts présente le cout détaillé des tests, examens et procédures. Les couts sont divisés en :

- coût des consommables médicaux (tout ce qui s'utilise à usage unique ou pour un seul et même patient lors du traitement : gants, seringues, sondes, etc.)
- coût du personnel : la valorisation du temps que le personnel médical passe à réaliser un test, un examen ou une intervention chirurgicales. Différents types de personnel (médecins, infirmières, etc.) peuvent intervenir et chaque type de temps est valorisé à partir du salaire correspondant.
- coût des produits chimiques et médicaments (tout produit nécessaire pour faire les tests ainsi que les médicaments utilisés lors des interventions)
- coût structurel : estimé à partir du MASH et qui représente le ratio du coût de fonctionnement de chaque département de services médicaux intermédiaires (incluant l'amortissement des équipements et les coûts alloués à partir des services logistiques et administratifs) par le volume d'activité de ce département en 2014. Ce coût structurel reflète la partie fixe du coût de production d'un test, examen, etc. comparée à la partie variable qui est constituée des consommables et produits utilisés. Le coût structurel ainsi défini pourrait bénéficier de possibles économies d'échelle à travers l'augmentation de son dénominateur donc l'augmentation de l'activité des services concernés.

Tableau 19: Total des coûts par test, examen , intervention ou procédure

Centres de coûts	Coût des consommables médicaux (USD)	Coût produits chimiques et médicaments (USD)	Coût structurel (USD)	Coût du personnel (USD)	Coût total (USD)
Tests de laboratoire					
Hémogramme	0.654	1.409	3.350	0.310	5.723
Ionogramme	0.654	2.191	3.350	0.310	6.506
Bilan rénal	0.654	1.302	3.350	0.465	5.772
ECBC	1.676	1.098	3.350	0.775	6.898
CRP (protéinurie)	0.654	1.314	3.350	0.465	5.783
Enzymes cardiaques	0.654	1.147	3.350	0.930	6.081
Vitesse de sédimentation	0.704	0.000	3.350	0.310	4.364
Test urine	0.553	0.149	3.350	0.155	4.207
Bilan lipidique	0.654	3.787	3.350	0.930	8.721
Groupe sanguin	0.654	0.239	3.350	0.310	4.554
Cholestérol	0.654	1.596	3.350	0.465	6.065
Glycémie capillaire	0.308	0.000	3.350	0.155	3.813
Bilan hépatique	0.654	1.726	3.350	0.930	6.660
Glycémie plasmatique	0.654	3.217	3.350	0.465	7.686
TS/TC- PT/INR	0.704	0.000	3.350	0.310	4.364
Test kit, Syphilis	0.410	0.000	3.350	0.155	3.915
test kit HIV	0.980	0.000	3.350	0.155	4.485
Bilirubinémie	0.654	0.550	3.350	0.310	4.864
Examens d'imagerie médicale					
Radio/Rayons X	4.893	0.000	10.540	1.340	16.773
Echographie	8.200	0.000	10.540	2.010	20.750
ECG	14.212	0.000	10.540	1.340	26.092

Echocardiographie	9.587	0.000	10.540	1.490	21.617
Interventions chirurgicales et autres procédures					
Laparotomie	66.576	134.064	190.190	35.730	426.559
Colostomie	65.901	119.734	190.190	32.160	407.985
Césarienne	91.833	29.989	190.190	27.480	339.493
Enclouage	73.654	126.404	190.190	40.200	430.449



**BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT**