

**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**

*Paix - Travail - Patrie*



**REPUBLIC OF CAMEROON**

*Peace - Work - Fatherland*

**INSTITUT NATIONAL DE LA  
STATISTIQUE**

**NATIONAL INSTITUTE OF  
STATISTICS**

**2<sup>E</sup> ENQUÊTE SUR LE SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES ET LE NIVEAU DE  
SATISFACTION DES BENEFICIAIRES DANS LES SECTEURS DE  
L'EDUCATION ET DE LA SANTE AU CAMEROUN  
(PETS2)**

**SYNTHESE DES RESULTATS**

**Volet SANTE**

***Décembre 2010***

---

## 1- NOTE DE PRESENTATION

---

### Qu'est ce qu'une enquête sur le suivi des dépenses publiques ?

Une enquête sur le circuit des dépenses publiques "Budget tracking" (encore appelé PETS) est un audit statistique (et non comptable) qui a but l'évaluation de la traçabilité de la dépense publique dans certains secteurs ciblés. La traçabilité des dépenses publiques suit le cheminement du flux des fonds publics et des ressources matérielles provenant du gouvernement et autres donateurs à travers la hiérarchie administrative jusqu'aux ordonnateurs des formations sanitaires qui sont les prestataires de services de santé.

*Une enquête sur le suivi de la dépense publique "Budget Tracking" (encore appelé PETS<sup>1</sup>) est un audit statistique et non comptable.*

L'enquête PETS2 permet de disposer des informations pour l'appréciation de la gestion des finances publiques dans les secteurs prioritaires considérés. Elle permet de répondre à quelques questions :

- (i) *Les fonds publics et ressources matérielles parviennent t-ils là où ils le doivent ?*
- (ii) *Quels sont les niveaux de fuites de fonds ?*
- (iii) *Quel est le pourcentage des responsables qui perdent des ressources dans le circuit de la dépense ?*
- (iv) *A qui sont destinées les ressources perdues ?*
- (v) *Quel est le niveau de satisfaction des bénéficiaires des services offerts ?*

Compte tenu de l'importance du volet gouvernance dans la politique actuelle du Gouvernement et la place de la gestion axée sur les résultats dans le nouveau régime financier de l'Etat, il a été recommandé qu'une telle enquête soit réalisée périodiquement, avec des outils de collecte allégés.

---

<sup>1</sup> *Public Expenditure Tracking Survey*

## 2- TRACABILITE DE LA DEPENSE PUBLIQUE

### La préparation budgétaire

Un responsable de délégation régionale sur 3 a déclaré avoir participé en 2009 à la préparation de son budget. Concernant les formations sanitaires, les gestionnaires des CMA et des CSI sont les moins associés à la préparation de leur budget (26% et 31% respectivement). Quelque soit le milieu d'implantation et le type de budget, au plus un responsable de structure sur quatre est informé de la dotation budgétaire avant l'arrivée des ressources.

*Le sentiment d'être impliqué à l'élaboration du budget reste faible pour les acteurs du secteur Santé. Seuls 31% et 26% de responsables des CSI et CMA respectivement pensent qu'ils y sont impliqués.*

**Tableau 1 : Pourcentage des responsables ayant été associés à la préparation du budget en 2009**

Type de structure	Niveau de structure	Urbain	Rural	Ensemble
Services déconcentrés	DRSP	66,7	-	66,7
	SSD	54,3	-	54,3
Formation sanitaires	HD	69,6	26,7	52,6
	CMA	22,2	30,8	25,8
	CSI	28,2	32,7	30,9

Source : INS/PETS2, 2010

### La disponibilité de l'information budgétaire

*L'information budgétaire est moins fluide au fur et à mesure qu'on s'éloigne des services centraux. 81% de directeurs des HD ont fourni une information détaillée sur leur budget de fonctionnement contre 71 et 62% pour les CMA et CSI respectivement.*

Pour les services déconcentrés intermédiaires de la santé, 88,9% de délégués régionaux ont fourni une information détaillée sur leur budget de fonctionnement contre 71,4% pour l'investissement. Pour ce dernier type de budget, la situation est encore plus déplorable dans les SSD où près de 56% de responsables n'ont pas connaissance du montant de leur budget d'investissement.

Pour ce qui est des formations sanitaires, au fur et à mesure que l'on passe de la catégorie supérieure à la catégorie inférieure, les gestionnaires ont moins d'informations sur le budget de fonctionnement comme sur celui d'investissement. En outre, compte tenu du fait qu'une grande partie de l'investissement dans les formations sanitaires est gérée à l'échelon supérieur, l'information sur le budget d'investissement est très faiblement disponible au niveau de ces responsables.

**Tableau 2 : Proportion de responsables de structures de la santé ayant une information disponible sur leur budget 2009**

	Structure	Fonctionnement			Investissement		
		Collecté	Loi des Finances	Collecté et Loi des Finances	Collecté	Journal de projets	Collecté et journal de projets
<b>Services déconcentrés</b>	DRSP	88,9	100,0	88,9	71,4	100,0	71,4
	SSD	97,0	100,0	91,0	27,3	44,4	12,1
<b>Formation sanitaire</b>	HD	80,8	100,0	80,8	73,1	57,9	42,3
	CMA	70,8	71,4	41,7	66,7	14,3	8,3
	CSI	62,3	80,3	59,0	54,1	9,8	3,3

Source : INS/PETS2, 2010

### La gestion des ressources publiques

*Il existe une inadéquation entre les ressources reçues et celles inscrites dans la loi des finances/journal des projets.*

A l'exception des CSI, au moins la moitié des responsables des autres structures de la santé déclarent que le montant des ressources reçues de l'administration ne correspondait pas à celui inscrit dans la loi des finances et/ou dans le journal des projets des formations sanitaires.

**Tableau 3 : Proportion d'ordonnateurs ayant déclaré avoir reçu de l'administration en 2009 un montant des ressources correspondant à celui inscrit dans la loi des finances**

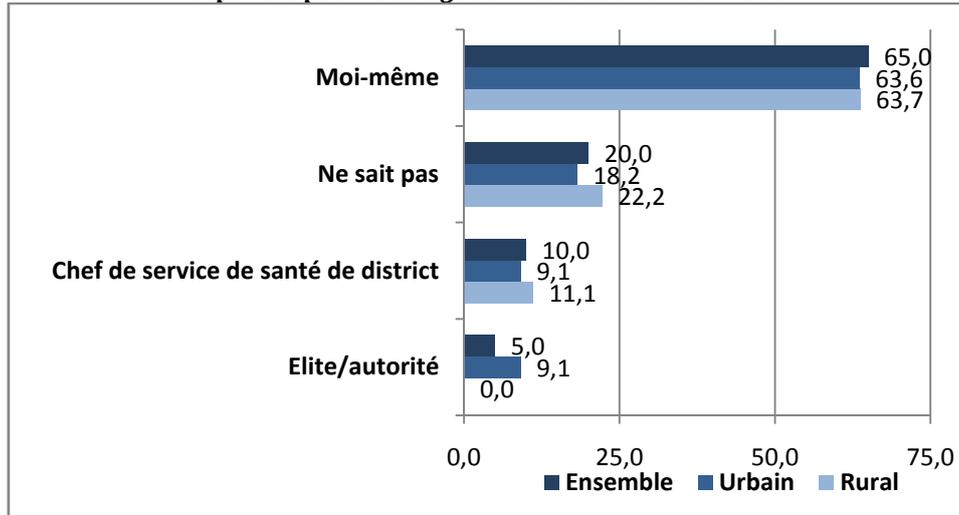
Type de structure	Niveau	Urbain	Rural	Ensemble
<b>Services déconcentrés</b>	DRSP	55,6	-	55,6
	SSD	54,3	-	54,3
<b>Formations sanitaires</b>	HD	56,0	-	56,0
	CMA	70,0	40,0	55,0
	CSI	35,0	39,5	37,9

Source : INS/PETS2, 2010

*Les autorisations de dépenses d'une structure sur trois sont retirées par des personnes autres que les gestionnaires attitrés.*

Dans les formations sanitaires, près de 4 gestionnaires sur 10 déclarent que les autorisations de dépenses destinées à leurs structures n'ont pas été retirées par eux-mêmes. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural sauf pour les hôpitaux de district. De plus, 20% des gestionnaires n'ont pas connaissance de la qualité de la personne ayant retiré leur autorisations.

**Graphique 1: Proportion des formations sanitaires selon la qualité de la personne ayant retiré les autorisations de dépenses pour le budget d'investissement en 2009**



Source : INS/PETS2, 2010

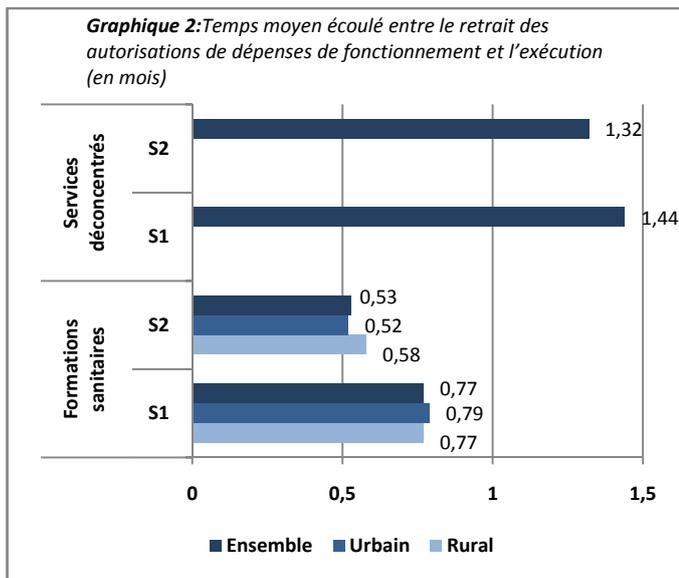
### Les délais d'exécution budgétaire

*La réduction des délais dans l'exécution de la dépense publique reste un défi. En 2009, le budget a été exécuté par les ordonnateurs plus de 2,5 mois après le début de chaque semestre.*

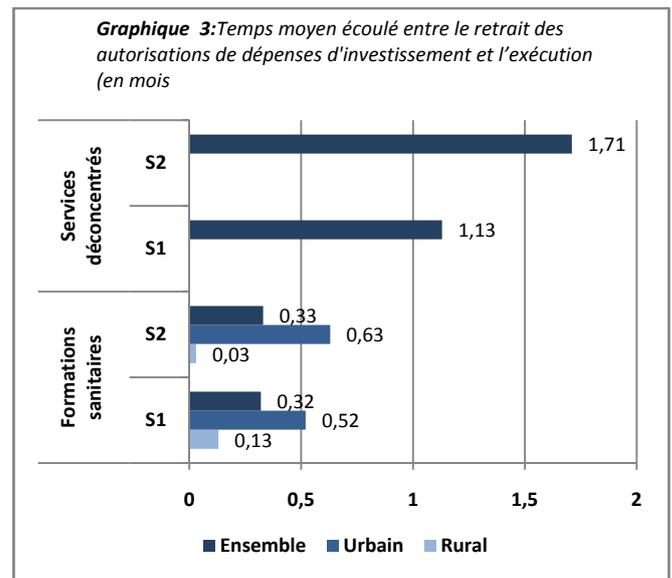
Les autorisations de dépenses du premier semestre 2009 au titre du budget de fonctionnement ont été retirées en fin février par les SDI et en mi-mars par les formations sanitaires. Ceux du second semestre l'ont été en mi-septembre quel que soit la structure.

Une fois que les autorisations de dépenses sont retirées, les ordonnateurs des formations sanitaires passent un peu plus d'un demi mois pour exécuter ceux ayant le montant le plus élevé. Les responsables des services déconcentrés quant à eux prennent beaucoup plus de temps (le double du temps mis dans les FS). Une analyse par semestre montre que les écarts sont moins importants au second semestre qu'au premier. Cela peut être justifié par le fait que la préparation de certaines dépenses du second semestre est anticipée par les ordonnateurs dès le début de la réception des premières autorisations de dépenses de l'année budgétaire.

**Graphique 2: Temps moyen écoulé entre le retrait des autorisations de dépenses de fonctionnement et l'exécution (en mois)**



**Graphique 3: Temps moyen écoulé entre le retrait des autorisations de dépenses d'investissement et l'exécution (en mois)**



Pour ce qui est du budget d'investissement, les premières autorisations de dépenses exécutées sont celles ayant le montant le plus élevé. Elles ont été exécutées environ 10 jours après leur retrait pour les formations sanitaire et après plus d'un mois pour les services déconcentrés intermédiaires de la santé. On note également que, pour les formations sanitaires, les délais d'exécution sont beaucoup plus réduits en milieu rural qu'en milieu urbain.

### Le taux d'exécution du budget

A l'exception des formations sanitaires de la région du Sud et des services déconcentrés de la région du sud-ouest, le taux d'exécution du budget de fonctionnement est proche de 100% de façon générale. Par contre le taux d'exécution du budget d'investissement reste encore faible sur l'ensemble du territoire national. Au fur et à mesure que l'on passe d'un échelon à l'échelon supérieur, le taux d'exécution du budget d'investissement s'accroît considérablement. Pour les formations sanitaires par exemple, il va de 50% pour les CSI à 60% pour les CMA et 90% pour les HD.

*Si le taux d'exécution du budget de fonctionnement est satisfaisant, celui de l'investissement reste très faible car il atteint à peine 60% au niveau national.*

Indépendamment de la ligne budgétaire, les ressources perdues par les services déconcentrés intermédiaires de la santé sont imputables en majeure partie aux contrôleurs financiers. Dans l'ensemble, les lignes les plus concernées sont "achat du matériel courant" et "achat des fournitures".

*Une fraction importante des ressources budgétaires, soit 35 à 40%, est perdue pour prendre en charge divers intervenants identifiés comme maillons du circuit de la dépense ou non identifiés (acteurs de la vie politique).*

Pour la majorité des formations sanitaires implantées en milieu rural, du fait que le retrait de leurs autorisations de dépenses est réalisé par un tiers, peut valoir une contre partie. Autant en milieu urbain qu'en milieu rural, les lignes qui font le plus l'objet des pertes en ressources pour les formations sanitaires sont respectivement "achats des médicaments", "fournitures de bureau" et "matériel informatique".

**Tableau 4 : Pourcentage des ressources déclarées perdues par les responsables des services déconcentrés de la santé pour prendre en charge des intervenants dans le circuit de la dépense**

	Hiérarchie et autorités administratives	Contrôles des Finances	Comptabilité Matière	Commission de passation des marchés	Services propres de la structure
<b>Achat fournitures</b>	19,9	23,3	10,5	4,0	42,3
<b>Achats de matériels courants</b>	7,0	48,0	4,0	7,7	33,2
<b>Achats de petits matériels</b>	18,7	41,1	6,2	9,7	24,2
<b>Carburant et lubrifiants</b>	18,3	28,3	7,0	8,4	38,0
<b>Entretien et réparation de véhicules</b>	21,2	35,5	5,9	0,0	37,5
<b>Indemnités de mission</b>	7,0	35,1	4,2	0,0	53,8

Source : INS/PET2, 2010

**Tableau 5 : Pourcentage des responsables des formations sanitaires ayant perdu des ressources pour prendre en charge des intervenants dans le circuit de la dépense selon leur milieu d'implantation**

	Hiéarchies et autorités administratives	Contrôles des Finances	Comptabilité Matière	Commission de passation des marchés	Services propres de la formation sanitaire
<b>Achat des médicaments</b>	32,0	9,7	18,8	27,2	12,4
<b>fournitures de bureau</b>	37,8	11,0	4,4	29,7	17,1
<b>matériel informatique</b>	40,4	10,2	3,2	1,0	45,1
<b>entretien de bureau</b>	27,9	9,0	3,3	45,5	14,2
<b>carburant</b>	69,9	5,4	0,9	0,1	23,6
<b>primes de personnel</b>	35,4	1,4	1,4	57,4	4,4

Source : INS/PET2, 2010

*L'exécution budgétaire reste entachée de nombreuses difficultés...*

Les responsables des formations sanitaires et des services déconcentrés intermédiaires de la santé ont dans leur quasi totalité éprouvé en 2009 les mêmes difficultés dans l'exécution de leur budget de fonctionnement et d'investissement.

Par ordre d'importance, les difficultés relevées sont :

- ✓ *l'insuffisance et l'inadéquation des crédits ;*
- ✓ *les lenteurs administratives ;*
- ✓ *les tracasseries dans le paiement ;*
- ✓ *le retard dans la réception des cartons.*

### L'appréciation du fonctionnement des commissions des marchés

*Les responsables du secteur déplorent le plus : l'opacité dans l'attribution des marchés (25%), le désordre dans la passation des marchés (18,5%) et le favoritisme (18,5%).*

Au sujet des délibérations de la commission de passation des marchés, plus de 7 responsables sur 10 pensent qu'elles correspondent à leurs attentes. Cette proportion est plus importante en milieu urbain (90,9%) qu'en milieu rural (50%). Les principales raisons évoquées par les responsables du secteur insatisfaits sont : l'opacité dans l'attribution des marchés (25%), le désordre dans la passation des marchés (18,5%) et le favoritisme (18,5%).

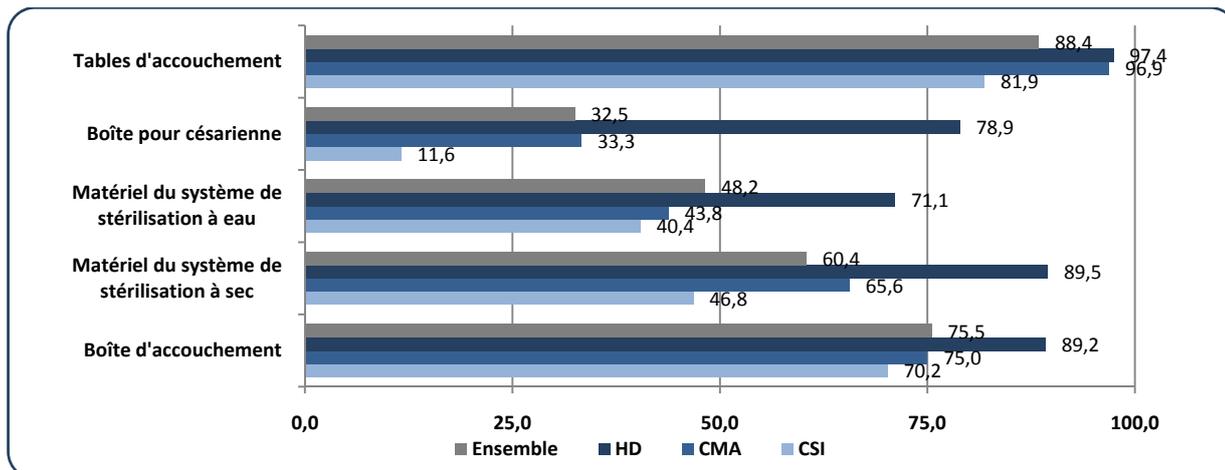
Parmi ces responsables, un peu plus de 2 sur 5 pensent qu'ils devraient y jouer un rôle plus important comme par exemple donner leurs avis sur les résultats attendus et les prestataires à retenir.

### 3- OFFRE ET DEMANDE DES SERVICES DE SANTE

#### Disponibilité d'infrastructures et d'équipements de base

La proportion de FS disposant des équipements médicaux de base (*boite d'accouchement, matériel du système de stérilisation à sec et à eau*) diminue lorsqu'on passe d'une catégorie supérieure à une catégorie inférieure. Les FS situées en milieu urbain sont mieux équipées que celles situées en milieu rural. De 2004 à 2010, la proportion de FS disposant des équipements de base a augmenté. Toutefois, il faut relever que la proportion des CMA et CSI qui ne disposent pas de boite pour césarienne reste encore très élevée.

**Graphique4: Pourcentage des formations sanitaires disposant de quelques équipements médicaux**



Source : INS/PET2, 2010

Sept formations sanitaires sur dix ont accès à un réseau d'énergie électrique. Cet accès au réseau électrique est plus élevé en milieu urbain. En milieu rural une FS sur deux est connectée au réseau AES-SONEL. Comme on peut s'y attendre, l'accès au courant électrique décroît en fonction de la catégorie de la FS. Dans l'ensemble, les responsables des FS déplorent des coupures d'électricité dont la durée varie de 11 à 16 heures. Les dégâts causés par ces coupures en 2009 ont induit des pertes évaluées à des millions de FCFA pour certaines formations sanitaires. Pour remédier à cette situation, 50% des formations sanitaires ont recours à des solutions alternatives comme l'énergie solaire et les groupes électrogènes (78,9% de HD, 43,8% de CMA et 33,3% de CSI).

L'étude révèle que seules 46,8% de formations sanitaires ont accès à l'eau courante. Il est à relever qu'une formation sanitaire sur 5 s'approvisionne en eau dans un forage, presque autant dans une source d'eau aménagée ou puits et environ 15% ailleurs (rivières, sources non aménagées...). En milieu rural où seulement 2

formations sanitaires sur 10 ont accès à l'eau contre 7 formations sur 10 en milieu urbain. L'approvisionnement en eau courante se fait également rare au fur et à mesure qu'on passe des HD au CSI.

*Trois formations sanitaires sur dix ne disposent pas de source d'énergie d'éclairage et deux sur quatre ne possèdent pas d'une source d'eau améliorée.*

**Tableau 6 : Pourcentage des formations sanitaires disposant de services de base**

	Electricité	Eau courante	Laboratoire d'analyse médicale	Morgue	Salle de consultation	Salle d'opération	Pro-pharmacie
<b>Catégorie des formations sanitaires</b>							
HD	94,7	83,8	97,4	47,4	100,0	92,1	92,1
CMA	87,5	51,6	93,8	6,3	100,0	43,8	96,9
CSI	54,3	30,0	69,1	1,1	95,7	17,0	94,7
<b>Milieu d'implantation</b>							
Urbain	90,0	70,9	95,0	17,5	97,5	52,5	92,5
Rural	50,6	21,8	66,3	8,4	97,6	26,5	96,4
<b>Ensemble</b>	<b>70,1</b>	<b>46,8</b>	<b>80,5</b>	<b>12,8</b>	<b>97,6</b>	<b>39,6</b>	<b>94,5</b>

Source : INS/PET2, 2010

### Couverture médicale

En 2010, les formations sanitaires de base comptent en moyenne 24 personnes dont 20 permanents et 4 temporaires. Pour le personnel permanent l'effectif moyen est de 14 pour le public et 35 pour le privé. L'effectif du personnel varie selon le statut et la catégorie de la FS. S'agissant du personnel temporaire, l'effectif moyen par FS est de 4 pour le public et 3 pour le privé.

*Au niveau périphérique, le système de santé compte en moyenne 2 médecins par HD et 1 par CMA.*

*Dans l'ensemble les patients consultent plus les infirmiers, l'effectif des médecins étant trop faible.*

Concernant le personnel médical et paramédical des formations sanitaires, la couverture médicale en médecins spécialistes est en moyenne près de 2 pour un HD, près de 1 pour un CMA et quasi nulle pour un CSI. La couverture en médecins généralistes est quasi identique à celle des médecins spécialistes pour les HD, mais double pour les CMA et les CSI. Un nombre réduit de CSI vraisemblablement des cliniques et cabinets médicaux privés disposent des médecins généralistes ou même spécialistes qui travaillent à temps partiel. En ce qui concerne les infirmiers non spécialisés, cette couverture est de 27 pour un HD, 10 pour un CMA et de 3 pour un CSI. Par ailleurs on peut noter que dans les CSI, il n'y a presque pas de techniciens de radiologie.

Six malades sur dix n'ont pas rencontré un médecin lors d'une consultation. La majorité d'entre eux s'adresse à un infirmier chef. C'est dans les FS privées que les malades consultent plus les médecins. Ainsi près de 5 malades sur 10 ont rencontré un médecin dans une formation sanitaire privée et seulement 3 sur 10 dans une formation sanitaire publique. La consultation par un médecin reste essentiellement un phénomène urbain tandis que celle d'un infirmier chef demeure un phénomène rural.

## Disponibilité des médicaments essentiels dans les FS

*La rupture en stocks des médicaments essentiels est une réalité dans les FS. Elle s'observe plus dans les CSI. Les FS sont davantage en rupture du coartem, de l'Amodiaquine (cp) + Artesunate et du Cotrimoxazole (cp)*

Concernant la durée de rupture de stock, elle varie de trois à dix neuf jours. Le coartem est le produit le plus souvent en rupture de stock et pendant une longue période dans les formations sanitaires (environ une moyenne de dix neuf jours), contrairement à la quinine qui est en rupture tout au plus trois jours. Sept médicaments sur treize sont le plus souvent indisponibles dans les formations sanitaires publiques que celles privées. Tandis que neuf de ces médicaments sont très souvent indisponibles en milieu urbain que rural.

## Fréquentation des FS et profil des patients

*En 2009, trois patients sur quatre se sont rendus dans une formation sanitaire publique. Selon le lieu d'implantation, environ deux patients sur trois (69,0%) ont eu recours à une formation sanitaire située en milieu urbain.*

En ce qui concerne la fréquentation des formations sanitaires de base, l'étude révèle qu'en 2009, trois patients sur quatre se sont rendus dans une formation sanitaire publique. Selon le lieu d'implantation, environ deux patients sur trois (69,0%) ont eu recours à une formation sanitaire située en milieu urbain. Les patients se rendent le plus souvent dans les HD en milieu urbain

(33,0%) et dans les CSI en milieu rural (31,1%). Par ailleurs, les femmes fréquentent plus les formations sanitaires que les hommes. En effet, sur 10 patients reçus dans les formations sanitaires au cours des trois derniers mois ayant précédé l'enquête, environ 7 sont des femmes. Concernant le groupe socio économique des patients, les employés qualifiés sont les plus nombreux à fréquenter les HD tandis qu'on retrouve plus souvent les cadres dans les CMA et les apprentis dans les CSI.

Les résultats font aussi ressortir que les formations sanitaires ont reçu en moyenne 12 patients par jour dont 2 ont été admis en hospitalisation. Les formations sanitaires à plateau technique plus relevé sont en moyenne plus fréquentées que d'autres. En effet, les HD ont ainsi reçu en moyenne 22 patients par jour. Cette moyenne est de 8 pour les CMA et 6 pour les CSI.

## Déterminants du choix d'une formation sanitaire

*Des patients interrogés, 35% choisissent une FS à cause de la proximité, 28% pour la qualité du service et 25% suite à une recommandation d'un praticien.*

Le coût des soins de santé semble laisser indifférents les patients. En effet, dans l'ensemble, 67,1% des patients jugent suffisant/normal le niveau des dépenses

réalisées. Toutefois, 6,5% de patients estiment que les frais payés étaient très excessifs. La dépense moyenne par personne pour une consultation est de 1 381 FCFA, soit 1 840 FCFA dans les HD, 1 252 FCFA dans les CMA et 1 097 FCFA dans les CSI.

S'agissant de l'appréciation de la qualité des services reçus par les bénéficiaires, il ressort des résultats qu'environ 9 patients sur 10 sont satisfaits de la qualité de la consultation et la jugent bonne et même complète.

Suivant le milieu d'implantation, le jugement est plus favorable pour les formations sanitaires en zone rurale (92%) qu'en zone urbaine (89%). Selon le statut, les formations sanitaires privées (94%) sont meilleures que celles du

secteur public (89%), et pour la catégorie, malgré le fait que la consultation dure plus de temps dans les CMA, la compétence y est assurée (94%).

### Satisfaction des bénéficiaires

#### *Les patients pauvres et moins instruits sont les plus nombreux à s'estimer satisfaits de l'offre de santé*

Les personnes pauvres sont plus satisfaites de l'offre de santé (81,1%) que les personnes non pauvres (79,5%). Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes non pauvres sont plus exigeantes en matière de santé tandis que

les pauvres se contentent du strict minimum. L'analyse est similaire pour ce qui concerne le niveau d'instruction car lorsqu'on est d'un niveau intellectuel assez élevé, on est plus apte à apprécier les défauts d'un système de santé. C'est ainsi que les patients venant d'un ménage où le chef est sans niveau d'instruction sont plus satisfaits de l'offre de santé (81,9%) que ceux dont le chef est de niveau primaire (80,6%) et secondaire ou plus (78,9%).

## 4- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les réformes dans la gestion des finances publiques et l'amélioration de l'offre de santé au Cameroun par le recrutement du personnel de la santé, la création des FS et le relèvement du plateau technique ont permis de relever la qualité des prestations. Cependant, de nombreux problèmes subsistent quant à la réponse à la demande des populations.

Ces problèmes sont relatifs à l'insuffisance de la traçabilité de la dépense publique qui se traduit par l'insuffisance de l'information budgétaire, les longs délais d'exécution du budget, la dépendance des différents intervenants dans la chaîne de dépense entraînant des pertes de ressources et l'insatisfaction des bénéficiaires suite à l'insuffisance de la couverture sanitaire et médicale, à l'équipement des FS et à la mauvaise gouvernance hospitalière.

Pour améliorer l'offre des services de santé les recommandations suivantes sont formulées pour la mise en œuvre :

#### *Sur le circuit de la dépense*

- Associer davantage les responsables des services déconcentrés et des structures de dialogue à la préparation du budget ;
- Déconcentrer la structure technique de préparation du budget ;
- Prendre en compte les besoins réels exprimés par les structures de santé ;
- Permettre aux responsables des structures de définir leurs priorités ;
- Créer un comité Planification–Programmation–Budgétisation–Suivi (PPBS) au sein du MINSANTE ;
- Décentraliser autant que possible la gestion du BIP ;

- Revoir le rôle des Contrôles financiers et des autorités administratives dans le circuit de la dépense ;
- Systématiser la mise à la disposition du public (par le biais des structures de dialogue comme les comités de gestion) de l'information sur les ressources budgétaires et leur utilisation ;
- Rendre disponible le manuel de procédures budgétaires et comptables et faciliter son acquisition et son utilisation aux responsables ;
- Mettre en place un système d'archivage des documents budgétaires ;
- Améliorer les délais de transmission des autorisations de dépenses ;
- Rehausser le poids décisionnel des ordonnateurs au sein des commissions locales des marchés ;
- Etoffer suffisamment les cahiers de clauses techniques pour écarter les prestataires aventuriers ;
- Considérer les capacités financière et technique des soumissionnaires lors de l'attribution des marchés ;
- Mettre en place un mécanisme d'appropriation de l'exercice "Budget tracking" au Ministère de la Santé publique.

### *En rapport avec le niveau de satisfaction des bénéficiaires*

- Equiper adéquatement les formations sanitaires ;
- Améliorer la qualité de l'offre des services de santé surtout dans les zones rurales et difficiles d'accès ;
- Promouvoir des méthodes modernes d'évacuation des déchets tout en respectant la protection de l'environnement ;
- Assurer l'accès de toutes les FS en eau de boisson ;
- Assurer l'accès de toutes les FS en électricité ;
- Rendre disponibles les médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que des tests de laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en particulier dans les zones rurales et celles d'accès difficile ;
- Rendre disponible et motiver le personnel qualifié dans les FS surtout dans les zones rurales et celles d'accès difficile ;
- Définir clairement un dispositif d'orientation des patients dans la FS ;
- Améliorer la qualité des équipements des FS pour répondre à la demande et intensifier la lutte contre certaines maladies prioritaires telles que le Paludisme.