

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PREVOYANCE SOCIALE**

**COMPTES DE LA SANTE (CS)**

ENQUETE SUR LES PRESTATAIRES

**Madame, Monsieur,**

**Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale produit les Comptes de la Santé (CS) pour informer le processus de prise de décision. Les CS passent en revue les dépenses en santé de leur origine à leur utilisation finale et suivent l'évolution des dépenses tant des secteurs public et privé que des bailleurs de fonds en ce qui concerne la santé.**

**Dans l'accomplissement de cette tâche, le Ministère de la Santé a besoin de votre collaboration. Nous vous prions de bien vouloir compléter ce questionnaire et de le retourner dûment rempli au plus tard le « ………………………….. » à ses superviseurs :**

**Nom**: **OVILI Murielle / MOUANGA Euloge / Léa BISSAGOU KOMBILA**

**Numéro de téléphone :** (00241) 02099236 / 06250191 / 06278005 / 06412764

**Email** : cnsgabon@yahoo.fr

**Date butoir**:

**Veuillez noter que toutes les informations que vous fournirez seront traitées confidentiellement et utilisées uniquement sous forme d'agrégats. De plus, elles ne seront en aucun cas utilisées à des fins fiscales.**

**Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale vous remercie encore pour votre franche collaboration.**

PARTIE A : QUESTIONS GENERALES

|  |
| --- |
| **Année de l'estimation des dépenses: année civile**  |
| **Nom de l'entreprise:** **Adresse : E-mail :****Téléphone : Fax :****NIF :**  |
| 1. **Statut de l’Entreprise** (cocher la case qui convient)
 | 1. **Etablissement public ou semi-public[[1]](#footnote-1)** [ ]
2. **Secteur privé - but lucratif** [ ]
3. **Secteur privé - sans but lucratif** [ ]
 |
| 1. **Activité principale/Segment du marché** (cocher la case qui convient)
 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. **Nombre de consultations :**
 |  |
| 1. **Nombre d’hospitalisations de nuits :**
 | **Nombre d’hospitalisations de jour :** |
| 1. **Exercice financier :**
 |
| 1. **Personne à contacter (nom, titre, téléphone et e-mail) :**
 |

Combien votre institution a-t-elle dépensée au total pour la santé au cours de l’année concernée (tenir compte des donations en nature ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien a été consacré aux dépenses courantes (dépenses liées au fonctionnement des établissements/structures récipiendaires ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien a été consacré aux dépenses de formation du capital (investissements & formation) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARTIE B : Dans le tableau ci-après, veuillez vos sources de financement.

 (Si la liste est trop longue, fournir une copie en annexe)

|  |  |
| --- | --- |
| *Nature de la source de financement* | *Montant* |
| *Dotation budgétaire de l’Etat* |  |
| *Payement CNAMGS (Caisse Nationale d’Assurance maladie et de Garantie Sociale)* |  |
| *Payement assurance privée 1 (préciser le nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Payement assurance privée 1 (préciser le nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Payement assurance privée 1 (préciser le nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Payement assurance privée 1 (préciser le nom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Payement direct des ménages* |  |
| *Autres revenu 1 (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Autres revenu 1 (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *Total* |  |

PARTIE C : Dans le tableau ci-après, veuillez préciser vos montants dépensés pour l’année concernée par type de fonctions. Si vous ne disposez de montant veuillez préciser les quantités (exemples : nombre de consultations, nombre de journées d’hospitalisations, nombre d’examens de labo etc.)

 (Si la liste est trop longue, fournir une copie en annexe).

|  |  |
| --- | --- |
| *Nature des soins* | *Montants ou quantité* |
| **Soins curatifs** | En hospitalisation |  |
| En ambulatoire |  |
| En hospitalisation de jour |  |
| **Soins de santé de longue durée**  | En hospitalisation |  |
| En ambulatoire |  |
| En hospitalisation de jour |  |
| **Services de soins de réadaptation** | En hospitalisation |  |
| En ambulatoire |  |
| En hospitalisation de jour |  |
| **Services auxiliaires non spécifiés par fonctions (laboratoire et imagerie)** | Laboratoire |  |
| Imagerie |  |
| Autres services auxiliaires |  |
| **Biens médicaux non spécifiés par fonction (produits pharmaceutiques et appareils thérapeutiques)** | Médicaments délivrés sur ordonnance et en vente libre |  |
| Appareils thérapeutiques & autres biens médicaux durables |  |
| Autres biens médicaux non durables |  |
| **Soins préventifs** | Programme d'IEC |  |
| Programme de vaccination |  |
| Programme de détection précoce de la maladie |  |
| Programme de suivi de l'état de santé |  |
| Programme de surveillance épidémiologique et programme de lutte contre les risques de la maladie |  |
| Programme de préparation contre les catastrophes et de réponses d'urgences |  |
| **Gouvernance et administration du système de santé et des financements**  |  |  |
| **Autres services de soins de santé non classés ailleurs** |  |  |

PARTIE D : Dans le tableau ci-après, veuillez indiquer le montant dépensé pour les consultations curatives suivant les maladies décrites en colonnes dans le tableau ci-dessous pendant l’année concernée.

Si vous ne disposez de montant veuillez préciser les quantités (exemples : nombre de consultations, nombre de journées d’hospitalisations, nombre d’examens de labo etc.)

|  |
| --- |
| *Montants dépensés ou nombre de consultations* |
| *0 à 11 mois* | *1 à 4 ans* | *5 à 14 ans* | *15 à 49 ans* | *50 ans et plus* | *TOTAL*  |
| ***Maladie*** | ***Nature des soins remboursés*** | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |  |
| *Maladies infectieuses et parasitaires* | *VIH/SIDA* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Tuberculose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Paludisme* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Infection des voies**respiratoires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies diarrhéiques* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies tropicales négligées* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies à prévention vaccinale* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies infectieuses et parasitaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Santé de la reproduction* | *Affections maternelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Affections périnatales* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Prise en charge de la contraception (planning familiale)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Accouchements …* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Carences nutritionnelles* | *Carences nutritionnelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies non transmissibles* | *Tumeurs* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Diabète* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies endocrinienne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Hypertension artérielle (HTA)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies cardiovasculaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Drépanocytose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies non transmissibles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres Traumatismes* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Non lié à une maladie* | *Affections non liées à une maladie spécifique* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies* | *Autres maladies &**affections* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PARTIE E : Dans le tableau ci-après, veuillez indiquer le montant dépensé pour les hospitalisations de jour suivant les maladies décrites en colonnes dans le tableau ci-dessous pendant l’année concernée.

Si vous ne disposez de montant veuillez préciser les quantités (exemples : nombre de consultations, nombre de journées d’hospitalisations, nombre d’examens de labo etc.)

|  |
| --- |
| *Montants dépensés ou nombre de consultations* |
| *0 à 11 mois* | *1 à 4 ans* | *5 à 14 ans* | *15 à 49 ans* | *50 ans et plus* | *TOTAL*  |
| ***Maladie*** | ***Nature des soins remboursés*** | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |  |
| *Maladies infectieuses et parasitaires* | *VIH/SIDA* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Tuberculose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Paludisme* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Infection des voies**respiratoires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies diarrhéiques* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies tropicales négligées* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies à prévention vaccinale* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies infectieuses et parasitaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Santé de la reproduction* | *Affections maternelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Affections périnatales* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Prise en charge de la contraception (planning familiale)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Accouchements …* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Carences nutritionnelles* | *Carences nutritionnelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies non transmissibles* | *Tumeurs* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Diabète* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies endocrinienne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Hypertension artérielle (HTA)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies cardiovasculaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Drépanocytose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies non transmissibles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres Traumatismes* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Non lié à une maladie* | *Affections non liées à une maladie spécifique* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies* | *Autres maladies &**affections* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PARTIE F : Dans le tableau ci-après, veuillez indiquer le montant dépensé pour les hospitalisations avec nuitées suivant les maladies décrites en colonnes dans le tableau ci-dessous pendant l’année concernée.

Si vous ne disposez de montant veuillez préciser les quantités (exemples : nombre de consultations, nombre de journées d’hospitalisations, nombre d’examens de labo etc.)

|  |
| --- |
| *Montants dépensés ou nombre de consultations* |
| *0 à 11 mois* | *1 à 4 ans* | *5 à 14 ans* | *15 à 49 ans* | *50 ans et plus* | *TOTAL*  |
| ***Maladie*** | ***Nature des soins remboursés*** | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |  |
| *Maladies infectieuses et parasitaires* | *VIH/SIDA* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Tuberculose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Paludisme* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Infection des voies**respiratoires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies diarrhéiques* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies tropicales négligées* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies à prévention vaccinale* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies infectieuses et parasitaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Santé de la reproduction* | *Affections maternelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Affections périnatales* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Prise en charge de la contraception (planning familiale)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Accouchements …* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Carences nutritionnelles* | *Carences nutritionnelles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Maladies non transmissibles* | *Tumeurs* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Diabète* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies endocrinienne* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Hypertension artérielle (HTA)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies cardiovasculaires* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Drépanocytose* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies non transmissibles* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres Traumatismes* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Non lié à une maladie* | *Affections non liées à une maladie spécifique* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Autres maladies* | *Autres maladies &**affections* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PARTIE G : DEPENSES DE FORMATION DE CAPITAL

Veuillez indiquer le total des sommes dépensées pour l’année concernée en ce qui concerne la formation de capital *pour votre établissement de santé*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Description | Etablissements/organisations bénéficiaires | Total |
| **Infrastructures**  |  |  |
| Bâtiments résidentiels et non résidentiels |  |  |
| Autres ouvrages |  |  |
| **Machines & équipements** |  |  |
| Equipements médicaux |  |  |
| Matériel de transport |  |  |
| Equipement TIC |  |  |
| Machines et équipements nca |  |  |
| Produits de la propriété intellectuelle |  |  |
| Logiciels et bases de données informatiques  |  |  |
| Produits de la propriété intellectuelle n.c.a  |  |  |
| **Terrains** |  |  |
| **Autres actifs non financiers non produits** |  |  |
| Recherche et développement en santé |  |  |
| Education et formation du personnel de santé |  |  |
| Autre formation brute de capital (n.c.a) |  |  |

1. Un établissement de l'Etat ou semi-étatique signifie une entité dont l'Etat est propriétaire à 50% au moins. [↑](#footnote-ref-1)