

SANTÉ PUBLIQUE/PUBLIC HEALTH



Coûts additionnels payés par les femmes enceintes bénéficiaires de la gratuité des soins au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)

Additional costs paid by pregnant women receiving free care in the Sourô SANOU University Hospital in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Seydou TRAORÉ*, Laure Miriam Boudnoma YAMÉOGO, Ziemlé Clément MÉDA

RÉSUMÉ **Introduction.** Le Burkina-Faso a mis en œuvre en 2016 la gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques chez les femmes enceintes et les accouchées récentes. Cependant, certaines dépenses ne sont ni couvertes ni remboursées. L'objectif de cette étude est d'estimer ce coût additionnel.

Méthode. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive et prospective des dépenses de santé additionnelles payées par les femmes enceintes bénéficiaires de la gratuité des soins. Les patientes ont été incluses de façon consécutive. Les données ont été recueillies pendant un mois.

Résultats. L'étude a concerné 220 femmes enceintes et accouchées récentes parmi lesquelles 180 (soit 81,8 %) ont dû s'acquitter d'un paiement additionnel. La moyenne d'âge de ces dernières était de 27 ans (IC 95 % 25-31). Le motif d'admission le plus fréquent était l'accouchement (66,7 %) dont la majorité était eutocique (57,5 %). Le coût direct médical moyen était de 7 693 FCFA (IC 95 %, 6 565-8 821) et représentait 7,2 % du coût direct total. Le coût direct non médical moyen était de 5 127 FCFA (IC 95 % 4 738-5 516). Le coût additionnel total moyen était de 10 356 FCFA (IC 95 %, 9 186-11 527). Le coût direct total additionnel représentait 13,4 % du coût direct total. La majorité (70 %) des femmes n'était pas préparée à des coûts additionnels en se rendant à l'hôpital et 65,6 % d'entre elles ont eu des difficultés pour les honorer. Plus de la moitié (55,6 %) était insatisfaite du non-respect de la gratuité des soins.

Conclusion. Les coûts additionnels subsistent malgré l'instauration de la gratuité des soins et compromettent la prise en charge des femmes les plus pauvres.

Mots clés : Gratuité des soins, Femmes enceintes, Accouchées récentes, Coûts additionnels, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Afrique subsaharienne

ABSTRACT **Introduction.** In 2016, Burkina Faso began offering free healthcare at public health facilities to pregnant women and new mothers. However, certain expenses are neither covered nor reimbursed. This study aims to estimate these additional costs.

Methods. This cross-sectional, descriptive, prospective study examined the additional healthcare expenses paid by pregnant women and were beneficiaries of the free healthcare program. Patients were enrolled consecutively. Data were collected over a one-month period.

Results. The study included 220 pregnant and postpartum women, 180 of whom (81.8%) had to make an additional payment. The mean age of these women was 27 years (95% CI, 25–31 years). The most common reason for admission was childbirth (66.7%), most of which were uncomplicated deliveries (57.5%). The average direct medical cost was 7,693 CFA francs (95% CI: 6,565–8,821), accounting for 7.2% of the total direct costs. The average direct non-medical cost was 5,127 CFA francs (95% CI: 4,738–5,516). The average total additional cost was 10,356 CFA francs (95% CI: 9,186–11,527). The total additional direct costs accounted for 13.4% of the total direct costs. Most women (70%) were not prepared for the additional costs associated with going to the hospital, and 65.6% had difficulty paying them. More than half (55.6%) were dissatisfied with the lack of free care.

Conclusion. Despite the introduction of free healthcare, additional costs persist and compromise the care of the poorest women.

Keywords: Free healthcare, Pregnant women, Postpartum, Additional costs, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, Sub-Saharan Africa

Introduction

En 1993, le Burkina Faso a généralisé le système de paiement direct issu de l'initiative de Bamako dont l'objectif principal était la recherche de l'autonomie financière des districts. Les frais de consultations et les médicaments essentiels vendus dans les pharmacies des centres de santé devenaient payants. Ces sommes servaient à l'achat des médicaments et devaient en principe améliorer la qualité des soins [17].

Depuis plusieurs années, le système de santé du pays a montré ses limites avec une couverture sanitaire parmi les plus faibles au monde.

Parmi les pays de l'Afrique de l'Ouest qui ont adopté l'initiative de Bamako, rares sont ceux qui avaient plus de 0,5 consultation par an et par habitant [14]. Il était impératif de développer des initiatives pour améliorer l'accès aux soins dans ces pays.

C'est dans cette logique que s'inscrit la politique de gratuité des soins. Au cours des années 2000, les politiques de subvention et d'exemption se sont multipliées mais souvent sans s'intégrer dans un programme coordonné avec une vision à long terme. Les programmes de gratuité des soins ont été aussi parfois mis en œuvre pour l'obtention des subventions auprès des institutions internationales [15].

Les bailleurs de fonds ont fait de l'amélioration de la santé maternelle et infantile une priorité majeure de la communauté internationale devenue une cible à part entière des objectifs du développement durable (ODD 2023) [6].

Le Burkina Faso s'est engagé à atteindre ces objectifs. Cela passe par la mise en œuvre de réformes majeures dans le secteur de la santé. Dans un pays où 45 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et en l'absence d'un régime d'assurance maladie, il était nécessaire de développer des politiques adaptées pour permettre aux populations concernées d'avoir accès aux soins [8].

C'est ainsi que le gouvernement a promu la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à partir de 2016 [14]. Cette gratuité prévoit la prise en charge des actes de soins, d'hospitalisation, des examens et des médicaments. Elle comprend le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus, tels que l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) ou de solution de Lugol (IVL), la cryothérapie et la résection par anse diathermique. Elle inclut également le coût des services de planning familial, y compris

Introduction

In 1993, Burkina Faso implemented the direct payment system stemming from the Bamako Initiative, which aimed to make districts financially autonomous. Patients were required to pay for consultations and essential medications sold at health center pharmacies. These funds were intended to improve the quality of care by purchasing medications [17].

However, for several years, the country's health-care system has shown its limitations, with health coverage ranking among the lowest in the world. Among West African countries that adopted the Bamako Initiative, few had more than 0.5 consultations per capita per year [14]. It was imperative to develop initiatives to improve access to care in these countries.

The policy of free healthcare fits within this framework. During the 2000s, subsidy and exemption policies proliferated, but they were not often integrated into coordinated programs with long-term visions. Programs providing free healthcare were sometimes implemented merely to secure grants from international institutions [15].

Improving maternal and child health has become a major priority for donors and a full target within the Sustainable Development Goals (SDG 2023) [6].

Burkina Faso has committed to achieving these goals. This requires major health sector reforms. In a country where 45% of the population lives below the poverty line and there is no health insurance system, developing appropriate policies to enable affected populations to access healthcare was necessary [8].

As a result, starting in 2016, the government introduced free healthcare for pregnant women and children under the age of five [14]. This coverage includes medical procedures, hospitalization, tests, and medications. It includes screening for and treatment of precancerous cervical lesions, such as visual inspection after application of acetic acid (VIA) or Lugol's solution (VIL), cryotherapy, and diathermic loop resection. It also includes the cost of family planning services, including management of side effects related to family planning, as well as care during pregnancy, childbirth, and obstetric procedures. Pregnant women receiving curative care are entitled to all necessary examinations available at health centers offering free services, including transportation costs to the health center [14].

The goal of the free care policy is to increase beneficiaries' use of health centers [7,16,18]. Despite

la prise en charge des effets secondaires liés à la planification familiale (PF), ainsi que les soins pendant la grossesse, l'accouchement et les interventions obstétricales. Lors des soins curatifs, la femme enceinte bénéficie de tous les examens nécessaires à sa prise en charge et disponibles dans les centres de santé mettant en œuvre la gratuité, y compris les frais liés à l'évacuation vers le centre de santé [14].

La gratuité des soins a pour objectif d'améliorer la fréquentation des centres de santé par les bénéficiaires [7,16,18]. Malgré cette gratuité, certaines bénéficiaires continuent de payer des frais pour des soins normalement pris en charge. Cette situation survient lorsque les médicaments prescrits ou les examens demandés aux patientes ne sont pas disponibles dans la structure de santé concernée. Cela les oblige à payer ces médicaments dans les officines privées ou à réaliser les examens concernés dans les cliniques ou laboratoires privés [21]. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'importance du coût additionnel payé par les femmes enceintes bénéficiaires de la gratuité théorique des soins dans un établissement public spécialisé de niveau 3.

this policy, some beneficiaries continue to pay fees for care that is normally covered. This occurs when prescribed medications or requested tests are unavailable at the health facility. This forces them to purchase these medications from private pharmacies or undergo the relevant tests at private clinics or laboratories [21].

This study aimed to evaluate the additional costs incurred by pregnant women who receive free care at a specialized Level 3 public facility.

Matériels et méthodes

Il s'est agi d'une étude monocentrique descriptive et à collecte prospective des dépenses de santé additionnelles payées par les patientes bénéficiaires de la gratuité des soins au Centre hospitalier universitaire Sourô Sanou (CHUSS) du Burkina Faso. Ce CHU est un établissement public spécialisé de niveau 3, retenu en raison de la qualité de l'offre de soins curatifs qu'il propose dans la pyramide sanitaire du pays. Il s'agissait d'évaluer le coût des dépenses du point de vue des patientes.

La taille d'échantillon a été déterminée à partir de la formule classique d'estimation d'une proportion en population. En l'absence d'information préalable sur la prévalence recherchée, on a retenu la situation la plus défavorable à 50 %, le niveau de confiance à 95 % et la marge d'erreur à 7 %. Ce dernier choix a été fait dans le contexte d'une étude observationnelle menée en milieu hospitalier, caractérisée par une population source limitée et des contraintes logistiques de collecte, soit environ 196 femmes à inclure. Nous avons choisi un taux de non-réponse de 10 % et avons estimé à 220 le nombre total de patientes.

Nous avons inclus uniquement les femmes

Materials and methods

This single-center, descriptive study collected prospective data on additional healthcare expenses paid by patients eligible for free care at Sourô Sanou University Hospital (CHUSS) in Burkina Faso. CHUSS is a Level 3 specialized public facility selected for the quality of its curative care within the country's healthcare system. The objective was to assess these costs from the patients' perspective. The sample size was determined using the standard formula for estimating a population proportion. In the absence of prior information on the prevalence of interest, the worst-case scenario of 50% was adopted, with a 95% confidence level and a 7% margin of error. This choice was made in the context of an observational study conducted in a hospital setting characterized by a limited source population and logistical constraints on data collection. This resulted in the inclusion of approximately 196 women. Assuming a 10% non-response rate, we estimated the total number of patients to be 220.

Only women who received free medical care on a consecutive basis during the data collection period were included. They were either pregnant or had given birth within the last 42 days, were 18 years

bénéficiaires de la gratuité des soins de manière consécutive durant la période de collecte. Il s'agissait des femmes enceintes ou accouchées récentes (moins de 42 jours), âgées de plus de 18 ans, admises dans le service d'obstétrique du département de gynécologie, d'obstétrique et de médecine de la reproduction (DGOMR) du CHUSS. Elles devaient avoir donné leur consentement pour participer à l'étude et disposer de fiches de collecte complètes. Les patientes qui ont été transférées dans un autre service pour la suite de la prise en charge ont été exclues de l'étude.

La collecte des données a été faite de manière prospective durant une période d'un mois, du 1^{er} au 31 octobre 2024. Les patientes ont été incluses durant leur séjour à l'hôpital. La fiche de collecte a été renseignée quotidiennement depuis l'admission jusqu'à la sortie pour ce qui concerne les prescriptions faites au quotidien. Le total a été fait à la sortie.

Le flux des participantes à l'étude est présenté à la Figure 1.

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche (Annexe 1). Le questionnaire a été administré sous forme de support papier rempli par nous-mêmes au cours d'un entretien individuel auprès des femmes bénéficiaires de la gratuité et répondant à nos critères d'inclusion.

Les sources retenues étaient : l'interrogatoire des patientes, les registres de consultation, les dossiers cliniques des patientes hospitalisées, les registres d'hospitalisation, les reçus et quittances de paiement et les déclarations des parents. Pour les

of age or older, and were admitted to the obstetrics unit of the Department of Gynecology, Obstetrics, and Reproductive Medicine (DGOMR) at CHUSS. They had to give their consent to participate in the study and complete the data forms. Patients transferred to another department for further care were excluded from the study.

Data were collected prospectively over a one-month period from October 1 to October 31, 2024. Patients were enrolled during their hospital stay. The data collection form was completed daily from admission through discharge regarding daily prescriptions. The total was calculated at discharge.

Figure 1 shows the flow of study participants.

Data were collected using a data collection form (see Appendix 1). The questionnaire was administered in paper form and completed during individual interviews with women who were eligible for free care and met our inclusion criteria.

Data sources included patient interviews, consultation records, clinical records of hospitalized patients, hospitalization records, payment receipts and invoices, and statements from parents. For healthcare expenses, we reviewed insurance receipts for medications and tests paid for outside the scope of free healthcare.

We calculated average costs by dividing the total costs for a patient by the number of patients surveyed.

Transportation costs were estimated by multiplying the price per kilometer by the number of kilometers traveled by the patient.

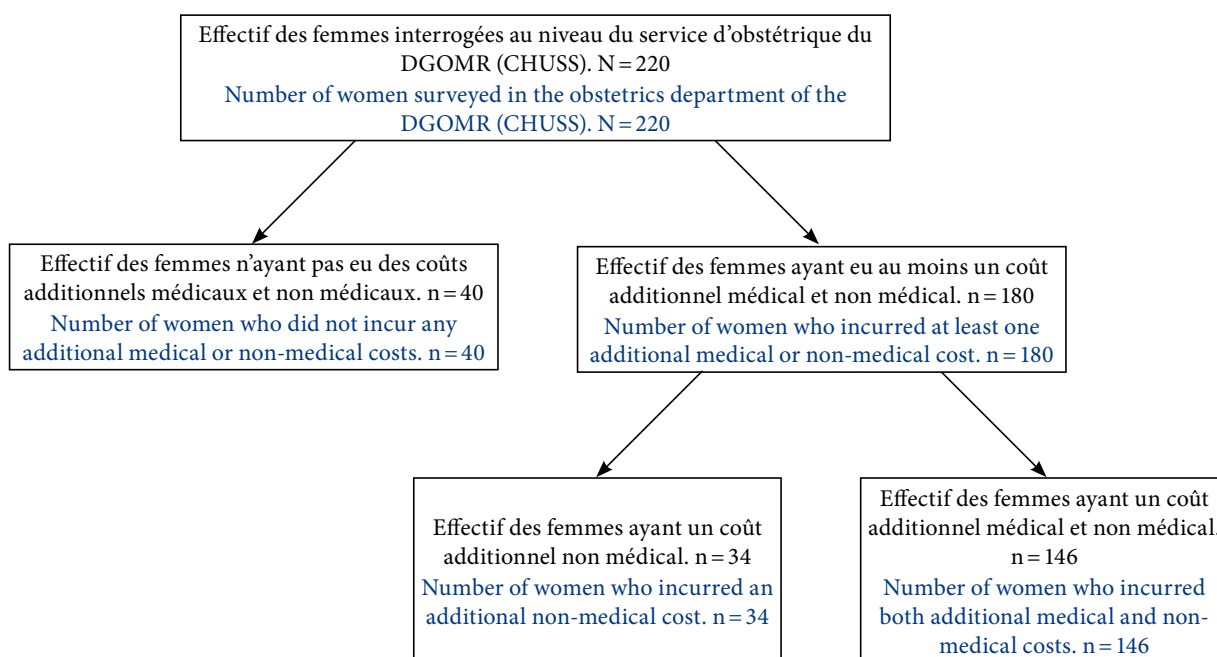


Figure 1 : Flux des femmes bénéficiaires interrogées et celles incluses dans l'étude

Figure 1: Flow of the female beneficiaries interviewed and included in the study

dépenses de santé, nous avons consulté les reçus de caisse pour les médicaments et les examens payés hors de la gratuité des soins.

Les coûts moyens ont été calculés en rapportant la somme des coûts pour une patiente à l'effectif interrogé concerné.

Les frais de transport ont été estimés au prix du kilomètre rapporté au nombre de kilomètres parcourus par le patient.

Les différents coûts ont été définis de la manière suivante :

- Coût direct total = coûts directs médicaux + coûts directs non médicaux ;
- Coût direct médical = coût du diagnostic + coût du traitement ;
- Coût du diagnostic = coût des consultations diagnostic + coût des examens diagnostic ;
- Coût du traitement = coût des médicaments et dispositifs médicaux ayant servi à la prise en charge ;
- Coût direct non médical = coût du transport pour aller chercher les médicaments et consommables inclus normalement dans la gratuité et qui ne sont pas disponibles à l'hôpital + coût de l'alimentation + coût de l'hébergement + coût du crédit téléphonique (pour contacter les pharmacies de villes et les laboratoires privés pour la disponibilité des médicaments et des examens normalement pris en charge) + coût des autres dépenses annexes aux soins ;
- Coût additionnel des soins de santé : l'ensemble des coûts directs totaux qui devraient être pris en charge par la gratuité mais qui, pour diverses raisons, sont assumés par les patientes elles-mêmes. Ces frais concernent les coûts directs médicaux et les coûts directs non médicaux.

L'analyse a été faite à l'aide du logiciel R studio et du logiciel Excel dans sa version 2019.

Avant d'entreprendre cette étude, nous avons obtenu l'accord du comité de thèse de l'université Nazi Boni et l'autorisation N° 2024-431/MSHP/SG/CHUSS/DRH de la direction du CHUSS. La participation à l'étude, librement acceptée et exprimée oralement par chaque patiente, ne donnait droit à aucun avantage et le refus de participer n'avait aucun impact sur la continuité des soins.

The various costs were defined as follows:

- Total direct cost = direct medical costs + direct non-medical costs
- Direct medical cost = cost of diagnosis + cost of treatment
- Cost of diagnosis = cost of diagnostic consultations + cost of diagnostic tests
- Cost of treatment = cost of medications and medical devices used in treatment
- Non-medical direct costs include the cost of transportation to obtain medications and supplies that are normally covered by the free healthcare program but unavailable at the hospital, as well as the costs of food, lodging, phone credit (to contact pharmacies and private laboratories in other cities regarding the availability of covered medications and tests), and other care-related expenses.
- Additional healthcare costs are the total direct costs that should be covered by the free healthcare program, but which are instead borne by patients for various reasons. These costs include direct medical and non-medical costs.

The analysis was conducted using R Studio software and Excel 2019.

Before undertaking this study, we obtained approval from the thesis committee at Nazi Boni University and authorization no. 2024-431/MSHP/SG/CHUSS/DRH from the CHUSS administration. Participation in the study was freely consented to and verbally confirmed by each patient. Participation did not entitle patients to any benefits, and refusal to participate did not impact the continuity of care.

Résultats

L'échantillon étudié était constitué de 220 femmes. Parmi elles, 180 ont eu à payer des coûts additionnels. Pour 34 d'entre elles, il s'agissait uniquement de coût additionnel non médical et pour les 146 autres, de coût additionnel médical et non médical. L'âge moyen était de 27 ans (IC 95 % 25-31) avec des extrêmes de 18 à 43 ans. Les femmes résidant en milieu urbain représentaient 84,4 % de l'effectif total des 180 femmes étudiées. Celles qui avaient tout au plus un niveau d'instruction primaire représentaient 80,6 %. La majorité des femmes (51,7 %) étaient des femmes au foyer, mariées dans leur majorité (82,8 %) et dont le motif d'hospitalisation était principalement l'accouchement (67 %). Les diagnostics les plus fréquents étaient respectivement les accouchements eutociques (38,3 %) et les disproportions fœto-pelviennes (28,3 %). Le Tableau I donne la répartition des patientes par diagnostic principal. Les femmes venues d'elles-mêmes représentait 91,1 % de l'effectif. La durée moyenne d'hospitalisation était 2,9 jours (IC 95 % = 2-3,6) avec des extrêmes allant de 1 à 13 jours. La majorité des femmes sont sorties avec un avis médical favorable (97,8 %).

Le nombre total d'ordonnances prescrites était de 1 057, dont 79,6 % ont été honorées totalement et 20,4 % partiellement par les patientes. Au total, 1 874 médicaments, kits ou consommables médicaux ont été prescrits aux 180 patientes avec une moyenne de 11,4 par personne. Sur les 896 médicaments prescrits, plus des $\frac{3}{4}$ étaient des médicaments génériques (76,1 %).

Le nombre moyen de médicaments payés hors de la gratuité était de 2,2 (IC 95 % 1,64-2,84) pour un nombre minimum de 1 et un nombre maximum de 25.

Results

The study sample consisted of 220 women. Of those women, 180 had to pay additional costs. For 34 of the women, the additional costs were solely non-medical, while for the remaining 146 women, the additional costs were both medical and non-medical. The mean age was 27 years (95% CI: 25–31), ranging from 18 to 43 years. Eighty-four percent of the women studied lived in urban areas. Those with at most a primary school education accounted for 80.6% of the sample. Most of the women (51.7%) were homemakers, most of whom (82.8%) were married. The primary reason for hospitalization was childbirth (67%). The most common diagnoses were uncomplicated deliveries (38.3%) and cephalopelvic disproportion (28.3%). Table I shows the distribution of patients by primary diagnosis.

Women who presented on their own initiative accounted for 91.1% of the sample. The average hospital stay was 2.9 days (95% CI = 2–3.6), ranging from one to 13 days. Most women were discharged with a favorable medical prognosis (97.8%).

A total of 1,057 prescriptions were issued, 79.6% of which were filled in full and 20.4% of which were filled partially by the patients. A total of 1,874 medications, kits, or medical supplies were prescribed to the 180 patients, with an average of 11.4 items per person. Of the 896 prescribed medications, more than three-quarters were generic drugs (76.1%).

On average, patients paid for 2.2 medications out of pocket (95% CI: 1.64–2.84), ranging from a minimum of one to a maximum of 25.

Patients paid for 267 medications and medical supplies, representing 14.2% of all prescriptions.

Tableau I : Répartition des diagnostics posés

Table I: Breakdown of diagnoses made

Diagnostics / Diagnoses	Effectifs (n) / Number (n)	% / %
Disproportion fœto-pelvienne / Fetal-pelvic disproportion	51	28,3
Eutocie / Eutocic delivery	69	38,3
Hémorragies / Hemorrhage	3	1,7
Infections* / Infections	35	19,4
Prééclampsie/éclampsie / Preeclampsia/eclampsia	10	5,6
Autres** / Other**	12	6,7
Total / Total	180	100,0

* paludisme, dengue, fièvre typhoïde / * malaria, dengue fever, typhoid fever

** anémie, avortement spontané, crise drépanocytaire, diabète, grossesse extra-utérine, grossesse molaire, hypotension et thrombose veineuse / ** anemia, spontaneous abortion, sickle cell crisis, diabetes, ectopic pregnancy, molar pregnancy, hypotension, and venous thrombosis

On dénombrait 267 médicaments et consommables médicaux payés par les patientes, soit 14,2 % de l'ensemble des prescriptions.

Le coût direct médical additionnel moyen était de 7 693,3 FCFA¹ (IC 95 % = 6 565-8 821), le coût médian de 5 800 FCFA (IIQ: 3 170-10 100). Les coûts additionnels représentaient 12,5 % du coût direct total dépensé pour les médicaments et consommables, et 2,5 % du coût total des examens. Aucun coût additionnel sur les actes médicaux n'est apparu. Le coût moyen des examens était de 7 477,4 FCFA (IC 95 % = 6 359-8 596). Seulement 4 examens ont été réalisés hors de la gratuité pour un coût moyen de 8 400 FCFA (IC 95 % = 4 645-12 154).

Les coûts additionnels représentaient 7,2 % des coûts directs médicaux totaux.

Le Tableau II donne la répartition des coûts directs médicaux additionnels.

Les frais de transport pour hospitalisation, la réalisation des examens complémentaires et l'achat des médicaments représentaient 34 % des coûts directs non médicaux totaux. Le coût moyen du transport pour l'hospitalisation était de 1 247 FCFA (IC 95 % = 1 125-1 368). Seulement quatre patientes ont déclaré avoir payé le transport pour l'achat des médicaments. Le coût moyen des dépenses de transport pour achat des médicaments était de 879 (IC 95 % = 792-966). Le Tableau III précise la répartition des coûts directs non médicaux additionnels.

Dans leur grande majorité, les patientes ont eu leurs coûts additionnels financés par les accompagnateurs (94,4 %). Dans la plupart des cas (70 %), elles n'étaient pas préparées à un coût additionnel, et plus de la moitié a eu des difficultés financières à honorer ces coûts (65,6 %). Une grande partie des femmes bénéficiaires de la gratuité déclarait que les coûts additionnels étaient très élevés (66,7 %) et 55,6 % se déclaraient insatisfaites des services reçus. Les femmes insatisfaites ont eu les coûts directs médicaux et non médicaux des paiements additionnels les plus élevés. Le Tableau IV récapitule cette relation.

1. 656 FCFA = 1 euro

The average additional direct medical cost was 7,693.3 CFA francs¹ (95% CI = 6,565–8,821), with a median cost of 5,800 CFA francs (IQR = 3,170–10,100). These additional costs accounted for 12.5% of the total direct costs spent on medications and supplies and 2.5% of the total diagnostic test costs. No additional costs were incurred for medical procedures. The average cost of diagnostic tests was 7,477.4 CFA francs (95% CI = 6,359–8,596). Only four tests were performed outside the free program at an average cost of 8,400 CFA francs (95% CI = 4,645–12,154).

Additional costs accounted for 7.2% of total direct medical costs.

Table II shows the breakdown of additional direct medical costs.

Transportation costs for hospitalization, additional tests, and medication purchases accounted for 34% of total non-medical direct costs. The average transportation cost for hospitalization was 1,247 CFA francs (95% CI = 1,125–1,368). Only four patients reported paying for transportation to purchase medications. The average transportation cost for purchasing medications was 879 CFA francs (95% CI = 792–966). Table III details the breakdown of additional non-medical direct costs. The vast majority of patients (94.4%) had their additional costs covered by their companions. Most patients (70%) were not prepared for these costs, and more than half (65.6%) experienced financial difficulties covering them. A large proportion of women receiving free care reported that the additional costs were very high (66.7%), and 55.6% expressed dissatisfaction with the services received. The dissatisfied women incurred the highest direct medical and non-medical costs from additional payments. Table IV summarizes this relationship.

1. 656 CFA francs = 1 euro

Coûts additionnels payés par les femmes enceintes bénéficiaires de la gratuité des soins au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso)
Additional costs paid by pregnant women receiving free care in the Sourô SANOU University Hospital in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Tableau II : Récapitulatif des coûts directs médicaux additionnels en FCFA

Table II: Summary of additional direct medical costs in CFA francs

Type de coûts directs médicaux additionnels / Type of additional direct medical costs	Effectifs (n) / Number (n)	Moyenne / Mean	Écart type / Standard deviation	IC 95 % / 95% CI
Coûts totaux des médicaments et consommables médicaux honorés hors gratuité / Total costs of medications and medical supplies covered, excluding those provided free of charge	120	7 477,4	6 250,3	[6 359- 8 595]
Coûts directs médicaux totaux additionnels / Additional total direct medical costs	121	7 693,3	6 331,4	[6 565- 8 821]

Tableau III : Récapitulatif des coûts directs non médicaux additionnels en FCFA

Table III: Summary of additional direct non-medical costs in CFA francs

Type de coûts directs non médicaux additionnels / Type of additional direct non-medical costs	Effectifs (n) / Number (n)	Moyenne / Mean	Écart type / Standard deviation	IC 95 % / 95% CI
Frais de transport pour hospitalisation en FCFA / Transportation costs for hospitalization in CFA Francs	164	1 246,9	793,9	[1 125-1 368]
Frais de transport pour achat des médicaments en FCFA / Shipping costs for medication purchases in CFA francs	120	879	486,1	[791-966]
Coûts téléphoniques en FCFA / Phone charges in CFA francs	84	704	301,8	[639-769]

Tableau IV : Relation entre les coûts directs médicaux et non médicaux additionnels en FCFA et opinion des femmes sur les services rendus

Table IV: Relationship between additional direct medical and non-medical costs in CFA francs and women's opinions on the services provided

Opinion des bénéficiaires / Beneficiaries' opinions	Effectifs (n) / Number (n)	Moyenne des coûts directs médicaux et non médicaux additionnels / Average of additional direct medical and non-medical costs	IC 95 % / 95% CI	p / p
Insatisfaisante / Unsatisfactory	100	15 418,5	[10 824,1 - 20 012,9]	< 0,001
Satisfaisante / Satisfactory	80	3 900,4	[2 145,7 - 5 655,1]	
Total / Total	180	10 299,4	[7 682,3 - 12 916,5]	

Discussion

Cette étude visait à estimer le coût additionnel supporté par les femmes enceintes bénéficiaires de la gratuité des soins au CHU Sourô SANOU de Bobo-Dioulasso.

La gratuité des soins au Burkina Faso couvre en principe le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col utérin, la planification familiale, le suivi de grossesse, l'accouchement et les interventions obstétricales, ainsi que les examens complémentaires nécessaires disponibles dans les centres de santé et les frais d'évacuation [14]. Les examens réalisés hors de l'hôpital et les médicaments achetés en pharmacie privée par les bénéficiaires devraient donc, en théorie, être intégralement pris en charge, ce qui n'a pas été le cas dans notre série.

Cet écart s'explique en partie par le contexte de mise en œuvre du programme. Décidée dans un contexte politique marqué par l'instabilité de 2014-2015 et présentée comme une promesse électorale tenue, la gratuité des soins a été une décision d'abord politique avant d'être technique, instaurée sans réelle concertation préalable avec les acteurs de terrain à savoir les soignants, gestionnaires et bénéficiaires. Son extension progressive aux formations sanitaires privées et confessionnelles conventionnées repose sur un mécanisme de remboursement par l'État, aujourd'hui marqué par des retards qui fragilisent le réapprovisionnement des structures. La Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques pallie en partie cette difficulté en fournissant médicaments et dispositifs médicaux à crédit, mais les ruptures qu'elle connaît elle-même, ainsi que les pannes récurrentes des équipements de laboratoire et d'imagerie, contraignent régulièrement les patientes à se procurer médicaments et examens dans le secteur privé.

Le recueil prospectif des dépenses, avec vérification des pièces justificatives chaque fois que possible, constitue un atout méthodologique: il a permis de limiter le biais de mémorisation inhérent aux enquêtes rétrospectives sur les dépenses de santé.

L'étude comporte cependant des limites. D'abord, elle repose uniquement sur les informations rapportées par les patientes, sans triangulation systématique avec la comptabilité des formations sanitaires, ce qui expose à un biais de déclaration. Ensuite, l'absence de comptabilité exhaustive des dépenses et la diversité des accompagnateurs chargés des achats ont pu conduire à une sous-estimation des coûts directs; ce biais a été atténué,

Discussion

The objective of this study was to estimate the additional costs incurred by pregnant women and received free care at the Sourô SANOU University Hospital in Bobo-Dioulasso.

In Burkina Faso, free healthcare generally covers the screening and treatment of precancerous cervical lesions, family planning, prenatal care, childbirth, obstetric interventions, and necessary diagnostic tests, as well as evacuation costs [14]. In theory, tests performed outside the hospital and medications purchased at private pharmacies by beneficiaries should be fully covered. However, this was not the case in our study.

This discrepancy can be partly explained by the context in which the program was implemented. Decided amid political instability in 2014–2015 and presented as a campaign promise fulfilled, the provision of free healthcare was a political decision, not a technical one. It was implemented without prior consultation with stakeholders, such as healthcare providers, administrators, and beneficiaries. The gradual expansion of the program to private and faith-based healthcare facilities under contract relies on a state reimbursement mechanism that is currently plagued by delays, which jeopardize the restocking of these facilities. The Central Purchasing Agency for Essential Generic Medicines partially mitigates this difficulty by supplying medicines and medical devices on credit. However, the shortages it experiences and the recurring breakdowns of laboratory and imaging equipment regularly force patients to obtain medicines and tests in the private sector. The prospective collection of expenditure data, with verification of supporting documents whenever possible, is a methodological strength: it has helped limit the recall bias inherent in retrospective surveys of health expenditures.

However, the study has limitations. First, it relies solely on information reported by patients, without systematic cross-checking against the healthcare facilities' accounting records, which introduces reporting bias. Second, the lack of comprehensive expense records and the variety of caregivers responsible for purchases may have led to an underestimation of direct costs; this bias was mitigated—though not entirely eliminated—by verifying the available supporting documents. Finally, the study was conducted in only one of the country's five teaching hospitals, which limits the generalizability of the results to the entire country, even though comparable practices have been reported in other facilities. Despite these

sans être totalement éliminé, par la vérification des justificatifs disponibles. Enfin, l'étude a été menée dans un seul des cinq hôpitaux universitaires du pays, ce qui limite l'extrapolation des résultats à l'ensemble du territoire, même si des pratiques comparables ont été rapportées dans d'autres structures. Malgré ces limites, nous avons pu estimer les coûts résiduels payés par les bénéficiaires de la gratuité des soins.

Nos résultats montrent que, malgré cette politique, la grande majorité des femmes a dû engager des dépenses supplémentaires, non médicales comme médicales, d'un montant non négligeable au regard des ressources des ménages concernés. Cette persistance de paiements directs, plus fréquente et plus coûteuse chez les femmes les moins préparées financièrement, confirme que la gratuité, telle qu'elle est actuellement mise en œuvre, ne couvre pas l'ensemble des besoins des bénéficiaires et compromet en particulier l'accès aux soins des femmes les plus pauvres.

L'existence de paiements directs malgré des politiques de gratuité a été rapportée dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, avec des amplitudes variables selon le contexte. Au Ghana, Dalinjong *et al.* ont relié ce phénomène au manque d'intrants et d'infrastructures, traduisant une allocation de ressources insuffisante aux établissements de soins [5]. Au Burkina Faso, l'augmentation croissante des dépenses de la gratuité des soins depuis sa mise en œuvre va se traduire par une insuffisance des dotations budgétaires du gouvernement [20]. En effet, en 2024, le taux de couverture financière des prestations de la gratuité des soins par l'état était de 82,85 %. Cette situation pouvant être à la base des dysfonctionnements rencontrés dans les centres de santé mettant en œuvre la gratuité des soins. Il s'agit entre autres des ruptures de stock des intrants d'où la nécessité de planifier correctement les programmes et de conduire des études d'évaluation d'impact prenant en compte toutes les parties prenantes. Au Maroc, Boukhalfa *et al.* ont décrit une participation financière des femmes enceintes concernant aussi bien les accouchements simples que compliqués, avec en outre des paiements informels non retrouvés dans notre série [3]. Au Bénin, Lange *et al.* ont fait un constat similaire dans le cadre de la gratuité de la césarienne, incluant également des paiements informels au bénéfice du personnel soignant [11]. Au Burkina Faso, Méda *et al.* ont rapporté des paiements additionnels d'un montant inférieur au nôtre [13], écart pouvant s'expliquer par un recours plus large aux médicaments génériques dans les centres de santé et de promotion sociale

limitations, we were able to estimate the residual costs paid by beneficiaries of free healthcare.

Our results show that, despite this policy, the vast majority of women had to incur additional expenses—both medical and non-medical—that were significant relative to the resources of the households concerned. This persistence of out-of-pocket payments—which is more frequent and more costly among the least financially secure women—confirms that free care, as currently implemented, does not cover all of the beneficiaries' needs and, in particular, compromises access to care for the poorest women.

The existence of out-of-pocket payments despite free healthcare policies has been reported in several sub-Saharan African countries, with varying degrees depending on the context. In Ghana, Dalinjong *et al.* linked this phenomenon to a lack of supplies and infrastructure, reflecting insufficient resource allocation to healthcare facilities [5]. In Burkina Faso, the steady increase in expenditures for free health care since its implementation has led to insufficient government budget allocations [20]. In fact, in 2024, the state's financial coverage rate for free healthcare services was 82.85%. This situation may underlie the operational problems encountered in health centers implementing free healthcare. These include, among other things, shortages of supplies, hence the need to plan programs properly and conduct impact assessment studies that take all stakeholders into account. In Morocco, Boukhalfa *et al.* described financial contributions by pregnant women for both uncomplicated and complicated deliveries, along with informal payments not observed in our data set [3]. In Benin, Lange *et al.* made a similar observation regarding free cesarean sections, which also included informal payments to healthcare staff [11]. In Burkina Faso, Méda *et al.* reported additional payments of a lower amount than ours [13], a discrepancy that may be explained by the wider use of generic drugs in the health and social welfare centers studied, by the large number of sites included with significant regional disparities, and by the exclusion of transportation costs from their analysis—all factors likely to underestimate the average cost. Direct non-medical costs (transportation, food, communication) account for a significant portion of additional expenses, as was also observed in Ghana by Anafi *et al.* [1]. These costs, which are often underestimated in assessments of the financial burden of free healthcare, deserve attention comparable to that given to medical costs.

étudiés, par la multiplicité des sites inclus avec d'importantes disparités régionales, et par la non-prise en compte des coûts de transport dans leur travail, autant de facteurs susceptibles de minorer le coût moyen estimé.

Les coûts directs non médicaux (transport, alimentation, communication) occupent une place importante dans les dépenses additionnelles, comme cela a également été observé au Ghana par Anafi *et al.* [1]. Ces frais, souvent minorés dans l'évaluation du fardeau financier de la gratuité, méritent une attention comparable à celle portée aux coûts médicaux.

Le lien entre paiement additionnel et insatisfaction retrouvé dans notre étude est cohérent avec les travaux de Méda *et al.* dans deux autres districts du Burkina Faso [13], ainsi qu'avec ceux d'Anafi *et al.* au Ghana [1]. Dans notre série, cette insatisfaction tenait moins au montant lui-même qu'au fait que les femmes ne s'attendaient pas à devoir payer pour des actes et produits normalement couverts par la gratuité.

Ces difficultés persistantes de mise en œuvre ont conduit le ministère de la Santé à prendre, en mars 2024, une mesure de suspension temporaire de la gratuité dans les structures sanitaires privées non confessionnelles, dans le but déclaré de redéfinir les conditions d'inclusion et le dispositif de suivi du programme. Ceci est une illustration des ajustements en cours pour améliorer l'efficacité de cette politique.

Ces constats plaident pour la mise en place d'un mécanisme de financement pérenne garantissant une exemption réelle et effective des femmes les plus pauvres, pour un renforcement de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments, consommables et intrants diagnostiques, ainsi que pour une meilleure implication des bénéficiaires et des soignants dans le suivi et l'ajustement du dispositif de gratuité. Cela passe également par le développement des outils pour permettre la rationalisation des prescriptions afin de réduire les dépenses. Il peut s'agir entre autres de logiciels d'aide à la prescription, la prescription de médicaments génériques et des guides de bon usage.

The link between out-of-pocket payments and dissatisfaction observed in our study aligns with the findings of Méda *et al.* in two other districts of Burkina Faso [13] and Anafi *et al.* in Ghana [1]. In our study, women were less dissatisfied with the amount they had to pay than with the fact that they had to pay for services and products normally covered by the free healthcare program. Due to these persistent implementation challenges, the Ministry of Health temporarily suspended the free healthcare program in non-denominational private health facilities in March 2024. The stated aim was to redefine the program's eligibility criteria and monitoring mechanisms. This illustrates the ongoing adjustments being made to improve the efficiency of this policy.

Our findings underscore the need for a sustainable financing mechanism that ensures genuine and effective exemption for impoverished women. This mechanism must also strengthen the supply of medicines, consumables, and diagnostic supplies to health facilities and encourage greater involvement of beneficiaries and healthcare providers in monitoring and adjusting the free healthcare program. It also requires developing tools to streamline prescribing practices to reduce expenditures. These tools may include prescribing assistance software, prescriptions of generic drugs, and guidelines for proper use.

Conclusion

Notre étude a permis d'évaluer la part additionnelle payée par les femmes bénéficiaires de la gratuité des soins dans le DGOMR du CHUSS. Nous avons ainsi montré que malgré la mise en œuvre de cette gratuité dans les formations sanitaires publiques du Burkina Faso, il persiste toujours un coût additionnel. Le paiement additionnel à la charge des patientes et de leurs accompagnateurs s'explique par un dysfonctionnement du dispositif de la gratuité, cette situation pouvant compromettre l'utilisation des services de santé par les populations les plus pauvres malgré la mise en œuvre de la gratuité des soins à l'échelle nationale. Le dispositif de gratuité mis en œuvre peine à cibler les ménages les plus pauvres. Cette étude menée dans un seul hôpital du pays nécessite d'être répétée dans les autres formations sanitaires afin d'avoir des données plus exhaustives et de mettre en œuvre des solutions adéquates pour y remédier comme la planification rigoureuse des ressources nécessaires et le développement des outils pour permettre la rationalisation des prescriptions et la bonne gestion des stocks de médicaments.

Financement

Aucun

Contribution des auteurs et autrices

TS: conception de l'étude, revue de la littérature, rédaction du document final et correction.

ZCM: conception de l'étude, correction du manuscrit final.

LMBY: collecte des données, revue de la littérature et traitement des données.

Déclaration de liens d'intérêt

Aucun lien d'intérêt n'a été déclaré.

Conclusion

Our study assessed the additional amount paid by women who are beneficiaries of free healthcare at the CHUSS's DGOMR. We thus demonstrated that despite the implementation of this free healthcare program in Burkina Faso's public health facilities, an additional cost still persists. The additional payment borne by patients and their companions stems from a breakdown in the free healthcare system; this situation may hinder the use of health services by the poorest populations despite the nationwide implementation of free healthcare. The free healthcare system in place struggles to target the poorest households. The persistence of out-of-pocket costs prevents the mitigation of the financial burden of healthcare expenses. This study, conducted in a single hospital in the country, needs to be replicated in other healthcare facilities to obtain more comprehensive data and implement appropriate solutions to address this issue, such as rigorous planning of necessary resources and the development of tools to rationalize prescriptions and ensure proper management of medication inventories.

Funding

None

Authors' contributions

TS: study design, literature review, drafting of the final document, and proofreading.

ZCM: study design, proofreading of the final manuscript.

LMBY: data collection, literature review, and data analysis.

Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Auteurs et autrices / Authors

Seydou TRAORÉ* (1), Laure Miriam Boudnoma YAMÉOGO (2, yameogo1999@laure@gmail.com), Ziemlé Clément MÉDA (1, medacle1@yahoo.fr)

1. Département de santé publique, Université NAZI BONI, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

2. Pharmacienne généraliste indépendante

Auteur correspondant : Seyd3@yahoo.fr

Références / References

1. Anafi P, Mprah WK, Jackson AM, Jacobson JJ, Torres CM, Crow BM, O'Rourke KM. Implementation of Fee-Free Maternal Health-Care Policy in Ghana: Perspectives of Users of Antenatal and Delivery Care Services From Public Health-Care Facilities in Accra. *Int Q Community Health Educ*. 2018 Jul;38(4):259-267. doi: 10.1177/0272684X18763378.
2. Binyaruka P, Borghi J. An equity analysis on the household costs of accessing and utilising maternal and child health care services in Tanzania. *Health Econ Rev*. 2022 Jul 8;12(1):36. doi: 10.1186/s13561-022-00387-7.
3. Boukhalfa C, Abouchadi S, Cunden N, Witter S. The free delivery and caesarean policy in Morocco: how much do households still pay? *Trop Med Int Health*. 2016 Feb;21(2):245-52. doi: 10.1111/tmi.12638.
4. Boukhalfa C, Abouchadi S, Cunden N, Witter S. The free delivery and caesarean policy in Morocco: how much do households still pay? *Trop Med Int Health*. 2016 Feb;21(2):245-52. doi: 10.1111/tmi.12638.
5. Bukele TK, Mvunzi J, Ngutu DB, Samba N. Déterminants des coûts directs de la maladie en soins ambulatoires dans les ménages à Kinshasa. *Ann Afr Med*. 2022;16(1):e4899-912.
6. Dalinjong PA, Wang AY, Homer CSE. The implementation of the free maternal health policy in rural Northern Ghana: synthesised results and lessons learnt. *BMC Res Notes*. 2018 May 29;11(1):341. doi: 10.1186/s13104-018-3452-0.
7. Guégan JF, Azpiri GS, Kati-Coulibaly S, Nkoko Bonpamgue D, Moatti JP. L'ODD 3, ou la nécessité d'une approche de santé globale. In Caron P, Châtaigner JM, Un défi pour la planète, IRD Éditions, Marseille, 2017.
8. Haddad S, Nougara A, Fournier P. Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Trop Med Int Health*. 2006 Dec;11(12):1889-97. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x.
9. Institut national de la statistique et de la démographie. Principaux résultats de l'enquête harmonisée sur les conditions de vie des ménages de 2021/2022 (EHCVM-2). Ouagadougou : INSD; 2024.
10. Khan SH. Free does not mean affordable: maternity patient expenditures in a public hospital in Bangladesh. *Cost Eff Resour Alloc*. 2005 Jan 19;3(1):1. doi: 10.1186/1478-7547-3-1.

11. Lambert D. Coût médical et coût indirect. In Lambert D, Le coût mondial du sida : 1980-2000. CNRS Éditions, Paris. 1992:45-85.
12. Lange IL, Kanhonou L, Goufodji S, Ronsmans C, Filippi V. The costs of 'free': Experiences of facility-based childbirth after Benin's caesarean section exemption policy. *Soc Sci Med*. 2016 Nov;168:53-62. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.09.008.
13. Masiye F, Kaonga O, Kirigia JM. Does User Fee Removal Policy Provide Financial Protection from Catastrophic Health Care Payments? Evidence from Zambia. *PLoS One*. 2016 Jan 21;11(1):e0146508. doi: 10.1371/journal.pone.0146508.
14. Meda IB, Baguiya A, Ridde V, Ouédraogo HG, Dumont A, Kouanda S. Out-of-pocket payments in the context of a free maternal health care policy in Burkina Faso: a national cross-sectional survey. *Health Econ Rev*. 2019 Mar 27;9(1):11. doi: 10.1186/s13561-019-0228-8.
15. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. Burkina Faso. Gratuité des soins de santé : plus de 120 milliards de francs CFA investis en 5 ans. Octobre 2020.
16. Olivier de Sardan JP, Ridde V. L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques. *Afrique contemporaine*. 2012;243(3):11-32. doi: 10.3917/afco.243.0011.
17. Okolo CO, Reidpath DD, Allotey P. Socioeconomic inequalities in access to health care: examining the case of Burkina Faso. *J Health Care Poor Underserved*. 2011 May;22(2):663-82. doi: 10.1353/hpu.2011.0039.
18. Ridde V. Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'initiative de Bamako au Burkina Faso. *Bull Amades*. 2007;69. doi: 10.4000/amades.380.
19. Ridde V, Richard F, Bicaba A, Queuille L, Conombo G. The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy Plan*. 2011 Nov;26 Suppl 2:iii30-40. doi: 10.1093/heapol/czr060.
20. Thiombiano F. Burkina/Gratuité des soins : un taux de couverture financière de 82,85 % entre avril 2016 et octobre 2024.
21. Traoré S, Some WAL, Ouattara CA, Traoré IT, Média ZC, Savadogo GLB. Paiement additionnel malgré la gratuité des soins au Burkina Faso. *Santé Publique*. 2023 Oct 17;35(3):307-314. doi: 10.3917/pub.233.0307.

Annexe 1 : Questionnaire semi-structuré : Étude du paiement additionnel dans un contexte de gratuité des soins chez les femmes enceintes et accouchées récentes au CHUSS

Appendix: Semi-structured questionnaire: Study of additional payments in the context of free healthcare for pregnant women and women who have recently given birth at the CHUSS

Numéro de fiche / _____/

Numéro de téléphone/ _____/

Questions/données/informations Modalités et Codes Réponses

1-Données sociodémographiques et économiques de la femme

1.2	QUEL EST VOTRE ÂGE EN ANNÉES	AGE EN ANNÉE	-----
	RÉVOLUES ?		
1.2	Quel est votre milieu d'habitation ?	1=Urbain	/ ____/
		2-Rural	
1.3	Quel est votre niveau d'étude ?	1=non scolarisé	/ ____/
		2=primaire	
		3=secondaire	
		4= supérieur	
1.4	Habitez-vous à Bobo Dioulasso ?	1. Oui	/ ____/
		2. non	Si non préciser-----

1.5	Quelle est la distance Résidence-CHUSS (en km)	1= moins de 5Km ;	/ ____/
		2= 5-10 Km ;	
		3= 10-15 Km ;	
		4= 15-20 Km ;	
		5= 20-25 Km ;	
		6= Plus de 25 Km	
1.6	Quelle est votre situation matrimoniale ?	1=monogame	/ ____/
		2=polygame	
		3=divorcée	
		4=célibataire	
		5=veuve	
1.7	Quelle est votre profession ?	1=ménagère	/ ____/
		2=élève/étudiante	
		3=fonctionnaire du public	
		4=travailleur du privé	
		5=commerçante	
		6=cultivateur	

1.8	QUELLE EST VOTRE REVENU MENSUEL (FCFA)?	1=MOINS DE 50000 2= 50000-100000 3=100000-200000 4=PLUS DE 200000	/____/
1.9	Qui est l'accompagnateur principal ?	1= époux 2= belle-mère 3= mère 4= tante 5= autre	/____/ Si autre préciser -----
1.10	Quelle est l'occupation de l'accompagnateur principal ?	1=cultivateur 2=fonctionnaire du public 3=travailleur du privé 5=commerçant 6= autres	/____/
1.11	Quelle est le revenu mensuel de l'accompagnateur en FCFA?	1=moins de 50000 2= 50000-100000 3=100000-200000 4=plus de 200000	/____/
2-Données cliniques, paracliniques et thérapeutiques			
2.1	Quel est le motif d'admission ?	1. Grossesse pathologique 2. accouchement 3. avortements 4. complications post-partum	/____/ Si autre préciser -----
2.2	Quel a été le type d'accouchement?	1. Voie basse 2. Césarienne	/____/
2.3	Quelle est votre date d'admission au service de gynécologie ?	JJ /MM/AA	/__/__/__/
	Quelle est votre date de sortie du service de gynécologie ?	JJ /MM/AA	/__/__/__/
2.4	Quel a été le diagnostic posé ?	1.Préclampsie/éclampsie 2.infections 3.hémorragies 4.disproportion foeto-pelvienne 5.autres	/____/ Si autre préciser -----

2.5	Quel a été votre type de recours au CHUSS?			1=direct ; / ____/
				2=évacué
2.6	Quel est le mode de sortie			1.Sans avis médical / ____/
				2.Avec avis médical favorable
				3.Contre avis médical
2.7	Quel est l'évolution clinique ?			1. Guérison / ____/
				2. Décès
				3. Evacuation
				4.Complications
2.8	DCI des médicaments	Type de médicaments (générique, spécialité)	Forme galénique (comprimé, gélule, injectable, sirop)	Observations
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			

3-Couts directs médicaux des paiements additionnels

3.1 Coûts des médicaments et consommables médicaux

Nombre de médicaments prescrits -----

Nombre de médicaments payés -----

Nombre d'ordonnance honorés -----

Nombre d'ordonnance honorés partiellement -----

Médicaments honorés hors gratuité	Prix unitaire	Prix total
Coûts totaux	En FCFA	

3.2 Coûts des examens complémentaires demandés

Examens réalisés sous la gratuité	Examens fait hors gratuité	Coûts des examens sous / hors gratuité	Coût total

3.3	COÛTS DES ACTES MÉDICAUX	-----	EN FCFA
3.4	Coût de l'hospitalisation	-----	en FCFA
4- Coûts directs non médicaux des paiements additionnels			
4.1	FRAIS DE TRANSPORT POUR L'HOSPITALISATION	EN FCFA	-----
4.2	FRAIS DE TRANSPORT POUR L'ACHAT DE MÉDICAMENTS	EN FCFA	-----
4.3	FRAIS DE TRANSPORT POUR RÉALISER LES EXAMENS EN EXTERNE	EN FCFA	-----
4.4	COÛTS TÉLÉPHONIQUE POUR MÉDICAMENTS	EN FCFA	-----
4.5	DÉPENSES POUR L'ALIMENTATION	EN FCFA	-----
4.6	COÛTS TOTAUX DE LA PATIENTE	EN FCFA	-----
5- SOURCES DE FINANCEMENT DES PAIEMENTS ADDITIONNELS			
	1. GRATUITÉ : OUI, OU NON	/___/	
	2. PATIENTE : OUI, OU NON	/___/	
	3. ACCOMPAGNANT : OUI, OU NON	/___/	
	4. ASSURANCE SANTE : OUI, OU NON	/___/	
	5. MUTUELLE DE SANTE : OUI, OU NON	/___/	
	6. AUTRES : OUI, OU NON	/___/	
6-CAUSES DES PAIEMENTS ADDITIONNELS			
	SURCONSOMMATION :	OUI, OU NON	/___/
	SUR-PRESCRIPTION :	OUI OU NON	/___/
	MÉDICAMENTS ET CONSOMMABLES EN SPÉCIALITÉS	OUI, OU NON	
	NON PRIS EN CHARGE PAR LA GRATUITE :	/___/	
7. NIVEAU DE SATISFACTION			
	EST-CE QUE VOUS VOUS ATTENDIEZ À UN COÛT ADDITIONNEL ?	OUI OU NON	/___/
	AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTÉS À COUVRIR SES COÛTS ?	OUI OU NON	/___/
COMMENT JUGER VOUS CES COÛTS ADDITIONNELS ?			
1. PEU COÛTEUX/___/			
2. TRÈS COÛTEUX			
QUEL EST VOTRE OPINION, PAR RAPPORT AUX SERVICES			
	REÇUS DE LA GRATUITÉ	1. SATISFAISANT	/___/
		2.INSATISFAISANT	

JE VOUS REMERCIE POUR VOTRE PARTICIPATION