



FOCUS SUR LE FINANCEMENT BASE SUR LA PERFORMANCE AU BURUNDI : INTEGRATION DU FBP ET DE LA GRATUITE DES SOINS

Introduction

Au cours du mois de juin 2016, le Bulletin RBF numéro 67 de la Banque Mondiale vient de publier trois articles scientifiques sur le FBP au Burundi. Ces articles ont été rédigés par les membres de la Cellule Technique FBP élargie avec l'appui technique de l'Institut de Médecine tropicale des Pays Bas (KIT). Ces articles sont en rapport avec : (i) l'évolution des indicateurs contractualisés, (ii) la transparence et la redevabilité dans la gestion du FBP/Gratuité et (iii) la durabilité financière du FBP/Gratuité.

Votre bulletin des nouvelles FBP revient sur les points saillants de ces trois articles.

**I. Financement Basé sur la Performance et Gratuité :
Evolution des indicateurs entre 2011 et 2013**

(Article rédigé par Dr Emmanuel SEHEYE, CT FBP ; Mr Richard SHUGUGU, Banque Mondiale ; Dr Thaddée NDINDURWAHA, CT FBP ; Dr Jean KAMANA, CT FBP)



L'analyse porte sur les données de la base des données (BDD) du FBP et une capitalisation des expériences et des connaissances sur la mise en oeuvre du FBP dans le pays. Les données mensuelles de janvier 2011 jusqu'à décembre 2013 ont été utilisées pour calculer le nombre de prestations (déclarées, vérifiées et validées) annuels pour les 22 indicateurs du Paquet Minimum d'Activité (PMA) et les 24 indicateurs du Paquet

Complémentaire d'Activités (PCA). Par la suite, une analyse de l'évolution relative des indicateurs à travers un calcul du nombre de services fournis par indicateur en 2013, comme pourcentage des services fournis en 2011. Suite au développement continu de la base, certaines formules de calcul des tendances des indicateurs peuvent avoir été altérées. Par conséquent, l'option a été prise d'utiliser les données brutes telles que saisies au niveau de la base. Pour l'analyse, les données vérifiées dont le degré de fiabilité est plus élevé ont été utilisées malgré l'existence d'un biais en rapport avec les données de janvier à août 2011 où seules les données validées étaient disponibles.

Les résultats de cette analyse montrent que 19 des 22 indicateurs du PMA ont connu une évolution positive, avec un accroissement variant de 3% à 127%. Trois (3) indicateurs ont connu une évolution négative : le nombre de nouveaux cas sous ARV ; le nombre de clients ARV suivi semestriellement ; et le nombre de cas de petite chirurgie.

Concernant le PCA, 16 des 24 indicateurs ont connu une évolution positive, avec un accroissement variant de 12% à 187%. La plus forte augmentation a été observée au niveau du nombre de circoncisions masculines dans les hôpitaux, qui ont augmenté de 187%. Par ailleurs, une baisse a été observée au niveau de la vasectomie et ligature des trompes entre 2012 et 2013. Les huit autres indicateurs ont connu une évolution négative pendant la même période.

Il s'agit des mêmes indicateurs qu'au niveau du PMA : le nombre de nouveaux cas sous ARV ; le nombre de clients ARV suivi semestriellement ; le nombre de cas de petite chirurgie ; le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et mises sous protocole ARV prophylactique ; les journées d'hospitalisation pour les personnes âgées de 5 ans et plus ; les nouvelles consultations curatives chez un médecin pour les

personnes âgées de 5 ans et plus ; le dépistage des cas TBC positifs ; et l'accouchement eutocique.

II. Transparence et redevabilité dans la gestion de la gratuité des soins à travers les mécanismes de FBP

(Article rédigé par Mme Josiane MANIRAMBONA, CT FBP ; Mr Léonard NTAKARUTIMANA, INSP ; Mme Carmen MUHORANE, CT FBP ; Dr Galbert FEDJO, CTB)



En 2006, le Gouvernement du Burundi a instauré la gratuité des soins ciblée pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchements y compris les césariennes. En 2009, cette mesure a été étendue aux pathologies liées à la grossesse dès le premier mois de conception. Avec l'introduction de la politique de gratuité, les formations sanitaires (FOSA) se sont vite vues confrontées à de nombreuses difficultés, notamment l'utilisation excessive des services; la surcharge de travail du personnel de santé et sa démotivation; et le manque de médicaments et d'équipements. Ceci a été dû en partie au fait que la mise en oeuvre de cette mesure de gratuité ciblée n'a pas été précédée par une étude de sa faisabilité. En outre, on observait au niveau des FOSA des cas de surfacturation des actes liés à la gratuité, des notifications des patients inexistantes et des discordances entre les cas déclarés sur les factures et les cas rapportés dans les rapports transmis au niveau du système national d'information sanitaire (SNIS). Les prestataires devaient déclarer leurs prestations des cas de gratuité en plus des données du SNIS, ce qui impliquait une lourde charge de travail pour les prestataires de soins.

Au niveau central, on observait une absence d'un système de contrôle des factures transmises par les FOSA étant donné que les déclarations de créance établies par la Direction Générale des Ressources (DGR) étaient transmises au Ministère des Finances pour paiement après une simple vérification arithmétique de ces factures. Ces problèmes, auxquels s'ajoutent les retards répétitifs de remboursement des structures de soins dus à une insuffisance des fonds alloués au remboursement des soins gratuits, ont fortement

compromis la mise en oeuvre efficace de cette mesure pourtant salubre.

Pour faire face à ces problèmes, le Burundi à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) a pris l'option de financer le paquet des soins gratuits à travers le système de Financement Basé sur la Performance (FBP), qui en même temps a été mis à l'échelle nationale à partir d'avril 2010. Cette intégration des mécanismes de remboursement de la gratuité au FBP a produit des résultats positifs parmi lesquels l'amélioration de la gouvernance de la gratuité.

L'analyse se focalise essentiellement sur comment le FBP a amélioré deux aspects de la gouvernance du système de santé au Burundi, à savoir la redevabilité et la transparence. Elle s'appuie sur la définition de Barbazza et Tello qui décrit les sous-fonctions suivantes de la gouvernance dans la santé : redevabilité; partenariat ; formulation des politiques et stratégies; génération des informations et de l'intelligence ; la mise en place d'une organisation adéquate ; la participation et le consensus ; la régulation ; la transparence.

Impact du FBP sur la redevabilité à travers la séparation des fonctions

Le contrat basé sur la performance et des techniques de paiement selon la performance sont des outils qui permettent d'améliorer la redevabilité. Dans le cas du FBP, la redevabilité dans la gestion des fonds destinés à la gratuité des soins est améliorée à travers une vérification des données et des informations à différents niveaux du système de santé du Burundi. La vérification est l'une des fonctions essentielles prônées par le FBP avec l'esprit de séparation des fonctions. En effet, le modèle FBP du Burundi distingue quatre fonctions essentielles : (i) la fonction de régulation qui comprend la planification et l'assurance de la qualité de services ; (ii) la fonction de prestation ; (iii) la fonction de vérification, qui comprend également la contractualisation et la représentation de la voix de la population à travers l'organisation des enquêtes communautaires et (iv) la fonction d'achat, qui correspond au paiement des fonds.

Cette claire distribution des rôles et responsabilités de chaque acteur limite les conflits d'intérêts ; les fonctions sont séparées pour permettre une vérification objective des prestations et limiter les

conflits d'intérêt entre les principaux acteurs du système de santé.

Impact du FBP sur la transparence, l'allocation des ressources et les résultats obtenus

La disponibilité et l'accessibilité des informations vérifiées est une condition clé pour les contrôles d'un système de séparation de fonctions d'équilibres (équilibres et contrôles). Pour le FBP/Gratuité au Burundi, la transparence a été améliorée à travers une meilleure disponibilité des données de performance vérifiées, d'allocation des ressources financières et des dépenses publiques.

Au niveau du suivi des dépenses effectuées par les FOSA, l'utilisation de l'outil d'indice guide les FOSA dans la détermination de la part des bénéfices nets devant être allouée au fonctionnement et autres dépenses de la FOSA et la part devant servir au paiement de la prime à la performance accordée aux personnels. Cette information est utilisée par les auditeurs en provenance du niveau central (Direction Générale des Ressources) pour apprécier le respect par les FOSA des normes d'exécution des dépenses sur les subsides et les fonds générés par leurs activités afin de rendre compte à la hiérarchie et le cas échéant prodiguer des conseils visant l'amélioration des pratiques de gestion des fonds.

De plus, ces données relatives aux paiements ainsi que les données relatives aux prestations sont disponibles sur le site web FBP, ce qui permet d'établir et de suivre des résultats et l'effet de la mise en oeuvre du FBP sur les indicateurs de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ainsi que des indicateurs de performance du management du processus. Ces informations sont accessibles pour tous les partenaires de mise en oeuvre et pour toute personne désireuse de consulter la base de données pour autant qu'elle en fasse la demande. Ces données peuvent également être exploitées par le MSPLS et les PTF pour identifier les secteurs et les aspects nécessitant de l'appui sous forme d'interventions ou de financement.

En outre, des rapports de validation des prestations sont archivés au niveau des CPVV et de la CT-FBP et peuvent être consultés à tout moment par les entités de mise en oeuvre du FBP du niveau opérationnel (les BPS, BDS et CPVV), les PTF intervenant dans ces BPS et BDS, les responsables administratives, ou toute autre personne désireuse d'obtenir de l'information sur ces données. Ils utilisent ces informations pour suivre les

performances des FOSA, ce qui améliore la transparence et la redevabilité. Enfin, les procédures de vérification, validation et contre vérification du système FBP ont permis l'amélioration de la qualité des données du SNIS. En effet, les CPVV font la vérification des déclarations quantitatives mensuelles sur base du rapport du SNIS élaboré par les FOSA.

III. Le Financement du FBP/Gratuité au Burundi: quelles conditions sont requises pour assurer la durabilité financière ?

(Article rédigé par Mr Rigobert MPENDWANZI, Banque Mondiale ; Dr Olivier BASENYA, CT FBP ; Mme Claudine HAKIZIMANA, CT FBP ; Mr Juvénal NDAYISHIMIYE, CORDAID ; Mr Sublime NKINDI, MSPLS)



Cet article considère la durabilité financière de la stratégie sanitaire du FBP/Gratuité mise en oeuvre au Burundi depuis 2010. Se focalisant sur les ressources financières fournies par l'État et par ses PTF, cet article vise à établir si la contribution de l'État représente un gage de durabilité financière ou si d'autres intrants sont requis.

La méthodologie adoptée commence par définir le concept de durabilité financière comme étant « **la capacité d'assurer à long terme des ressources financières suffisantes et stables et de les allouer dans les délais et sous forme appropriée, afin de couvrir tous les coûts directs et indirects** ». Trois variables ont été utilisées pour assurer la durabilité financière: (i) la fiabilité et la stabilité du financement ; (ii) la disponibilité et la suffisance du financement actuel et à long terme ; et (iii) l'allocation, appropriée et dans les délais, des ressources financières de l'État.

Fiabilité et stabilité du financement

La contribution financière de l'État pour la mise en oeuvre du FBP/Gratuité est objectivée à travers l'existence d'une ligne budgétaire dans la loi des Finances et à travers son approvisionnement continu au fil des années. La contribution de l'État se matérialise également à travers l'engagement pris en 2009 d'allouer chaque année 1.4 pour cent du budget national au FBP/Gratuité. Cet engagement a été pris à l'issue des négociations que l'État a menées avec la Banque Mondiale afin de formellement soutenir cette approche.

L'Etat n'est pas le seul contributeur au financement du FBP/Gratuité. Pour la période 2010 à 2014, un montant de près de 145 milliards de FBU (près de 95 millions d'USD) a été utilisé pour la mise en oeuvre du FBP. Ce montant était couvert à raison de 42 pour cent par (40 millions d'USD) l'Etat. Cet engagement financier de l'Etat (démonstré par une tendance positive dans la contribution de l'Etat en termes absolus et relatifs ; par la priorisation au niveau national du FBP/Gratuité dans le PNDS ; et par l'engagement d'allouer chaque année 1.4 pour cent du budget de l'Etat au FBP-Gratuité) est un vecteur important pour la durabilité du FBP/Gratuité : l'Etat s'engage dans la mise en oeuvre et le financement du FBP/Gratuité et les autres partenaires peuvent avoir confiance en sa volonté politique et ainsi apporter leurs contributions.

Disponibilité et suffisance du financement

En analysant les données de 2014, les ressources financières disponibles ont été insuffisantes pour couvrir tous les mois de l'année. Le budget 2014 de l'État et des partenaires techniques et financiers a permis de payer les factures de janvier à juin 2014. Par conséquent, si une solution alternative n'est pas trouvée, le budget 2015 de l'État devra couvrir les factures de juillet à décembre 2014.

Cela implique que le financement disponible pour le FBP au niveau de l'Etat n'est pas suffisant pour maintenir la mise en oeuvre du FBP aux coûts actuels, et cela encore moins dans un contexte de croissance démographique et d'accroissement de la quantité et de la qualité des services de FBP : le déficit financier augmente.

Il est à souligner que le déficit de financement est principalement dû aux prévisions budgétaires établies en avril 2010 en fonction d'hypothèses financières plutôt qu'en fonction de disponibilité des fonds. Ces prévisions incluaient également une sous-estimation de l'utilisation des services qui en fait s'est accrue bien

plus vite que prévu. De plus, en janvier 2013, à la suite de réclamations émises par les formations sanitaires, le prix des indicateurs liés à la Gratuité a été révisé à la hausse. Néanmoins, les budgets disponibles n'ont pas suivi la même lancée, ce qui a accentué le déficit financier.

Allocation des ressources

Des retards ont été observés dans le paiement des factures liées au FBP/Gratuité. Ces retards hypothèquent le fonctionnement des formations sanitaires en général et des hôpitaux en particulier. En effet, selon le manuel révisé de procédures du FBP version 2014, il était prévu que les factures mensuelles des formations sanitaires soient remboursées au maximum 50 jours après le mois concerné. Le constat est que ces délais ne sont pas respectés : il y a eu des retards moyens de 17 jours ouvrables (au-delà des 50 jours requis) d'avril 2012 à mars 2013, à la fois de la part de l'État et des PTF.

En définitive, l'implication et le financement de l'Etat est une condition indispensable à la durabilité du FBP/Gratuité au Burundi mais, ne suffit néanmoins pas à garantir cette durabilité. Il convient aussi d'agir sur d'autres paramètres comme la réduction des coûts ; la mobilisation de ressources internes et externes suffisantes pour éviter tout déficit financier ; la régularité du paiement des factures des formations sanitaires, et cela en totalité ; et le développement d'une stratégie nationale de financement de la santé qui intègre de manière synergique et efficace les différents mécanismes de financement.

CONCLUSION

Les trois articles sur le FBP au Burundi publiés dans le bulletin RBF numéro 67 de la Banque Mondiale mettent en lumière la mise en oeuvre du FBP au Burundi, ses succès et ses défis.

Les données générées dans le cadre du FBP montrent une amélioration de l'utilisation des services mais des efforts sont à consentir sur certains indicateurs. De même, la transparence et la redevabilité se sont accrues mais cependant, des insuffisances persistent surtout au niveau de la redevabilité vers le bas qui exige le renforcement du rôle des COSA et COGES. Enfin, la durabilité financière, bien que confortée par une forte implication de l'Etat, nécessite d'autres approches de maîtrise des coûts et mobilisation des ressources additionnelles, de régularité des paiements et de vision holistique du financement de la santé.