REPUBLIQUE DU BURUNDI

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Etude sur le financement de la santé au Burundi

Rapport de synthèse

Mai 2014

Table des matières

Table des matières....2
Liste des tableaux....4
Liste des graphiques....5
Liste des Figures....7
Liste des Encadrés....7
Avant-propos....8
Remerciements (et groupes de travail)....9
Acronymes....12
Résumé exécutif....16
Résumé analytique....22
I. Introduction générale....41
1.1. Contexte....41
1.2. Brève historique du financement de la santé du Burundi....48
1.3. Présentation de l'étude....50
1.4. Structure du rapport....51
II. Analyse quantitative du financement du système de santé au Burundi....52
2.1. Envergure du financement de la santé....52
2.2. Sources et régimes de financement de la santé....54
2.3. Efficience allocative des dépenses de santé....56
2.4. Efficience technique des dépenses de santé....58
2.5. Dépenses de santé et équité....62
2.6. Analyse sommaire de l'espace fiscale....75
2.7. Recommandations....84
III. Mécanismes assurantiels de la santé au Burundi : caractéristiques, forces et faiblesses....86
3.1. Carte d'Assistance Médicale....86
3.2. Gratuité (couplée au Financement Basé sur la Performance)....92
3.3. Mutuelle de la Fonction Publique....107
3.4. Mutuelles Communautaires....114
3.5. Régime des Indigents....119
3.6. Régimes des travailleurs du secteur privé formel....128
3.7. Principaux défis de l'arsenal de régimes de prépaiement et de protection sociale en santé 140
3.8. Recommandations....143

IV. Economie Politique du financement de la santé au Burundi et les leçons des expériences internationales dans le domaine de la réforme de ce financement 144

4.1. Economie politique du financement de la santé au Burundi 144

4.2. Quelques leçons internationales issues des réformes du financement de la santé : quelques facteurs de succès 151

Encadré 4.1 : l'assurance maladie à base communautaire au Rwanda 152

Encadré 4.2 : le régime national d'assurance maladie (NHIS) au Ghana 153

Encadré 4.3 : le Programme de Transformation du Secteur de la Santé (Sağlıkta dönüşüm) en Turquie 155

Encadré 4.4 : le Seguro Popular au Mexique 157

Encadré 4.5 : le Plan Nacer en Argentine 158

Encadré 4.6 : Le régime de couverture universelle en Thaïlande 160

V. Options pour une nouvelle stratégie de financement 165

5.1. Principaux constats 165

5.2. Options pour la stratégie de financement de la santé 167

Références bibliographiques 178

Annexes 183

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Evolution de quelques indicateurs clé des CNS au Burundi entre 2007 et 2012 26
Tableau n° 2 : Synthèse des éléments de succès (de l'expérience internationale) et situation au Burundi 32
Tableau n° 3 : Evolution de quelques indicateurs clé des CNS au Burundi entre 2007 et 2012 53
Tableau n° 4: Comparaison internationale : Ratio du prix médian des médicaments au Burundi 59
Tableau n° 5 Incidence des paiements catastrophiques de santé 63
Tableau n° 6: Mesures de la pauvreté à partir de la consommation brut et des dépenses de santé 64
Tableau n° 7: Distribution de l'utilisation des services publics de santé 67
Tableau n° 8: Distribution des dépenses d'usagers des services de santé publics en 2012 . 68
Tableau n° 9: Distribution des subsides publics de soins de santé en 2012 69
Tableau no 10 : Tendance de l'utilisation des services de santé (consultation) par les adultes 2009-12 70
Tableau n° 11: Prévalence de la toux, IRA, fièvre et malnutrition chronique par Quintile (entre 2009 et 2012) 73
Tableau n° 12: Evolution des indices de concentration de la diarrhée, de la fièvre et des IRA au niveau national et par région entre 2009 et 2012 74
Tableau n° 13: Accouchement assisté par un personnel qualifié par Région du ménage 2012 75
Tableau n° 14: Evolution des dépenses per capita du MSPLS entre 2005 et 2012 78
Tableau n° 15: Structure des dépenses du programme Gratuité-FBP par entité, 2012 99
Tableau n° 16: Taux de cotisation à la MFP depuis sa création 111
Tableau n° 17: Répartition de la population active par statut professionnel en 2005 et 2010 131
Tableau n° 18: Plafond de remboursement par type de soins couverts, Jubilee Insurance 134
Tableau n° 19: Synthèse des éléments de succès (de l'expérience internationale) et situation au Burundi 163

Liste des graphiques

Graphique n° 1 : Envergure et importance relative de chaque source potentielle d'élargissement de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi 28

Graphique n° 2: Evolution des dépenses totales de santé per capita et en pourcentage du PIB, 2007 et 2012....53

Graphique no 3 : Comparaison du PIB et de la dépense totale en santé per capita, US$ courants, Burundi et pays voisins 54

Graphique no 4 : Comparaison du PIB et de la dépense totale en santé per capita, US$ PPA, Burundi et pays voisins 54

Graphique n° 5 : Sources de financement des dépenses courantes de santé, 2010 55

Graphique no 6 : Evolution de la structure des dépenses de santé par régime de financement 2010-2012 56

Graphique no 7 : Dépenses totales de santé par type de prestataires, 2010 57

Graphique no 8 : dépenses totales de santé par fonction, 2010 57

Graphique n° 9 : Valeurs absolues des variations annuelles moyennes des dépenses totales de santé per capita en FBu constants(2007-10) et de la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle (2005-10) 59

Graphique n° 10 : Comparaison entre les dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et la mortalité infanto-juvénile, 2010, au Burundi et chez les pays voisins....60

Graphique n° 11: Comparaison entre les dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et la mortalité maternelle, 2010, au Burundi et chez les pays voisins 60

Graphique n° 12 : Corrélation entre les dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, 2012, au Burundi et chez les pays voisins 61

Graphique n° 13 : Corrélation entre les dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et le pourcentage de malnutrition chronique (globale), 2010, au Burundi et chez les pays voisins 61

Graphique n° 14: Malnutrition et PIB par tête (pays Afrique Sub-Saharienne)....62

Graphique n° 15 : Effets des dépenses de santé sur la courbe de la parade de Pen des dépenses de consommation des ménages....65

Graphique n° 16 : Courbes de concentration d'utilisation des services de santé, 2012....71

Graphique n° 17: Courbes de concentration d'utilisation des services de soins prénataux, 2012 ...72

Graphique no 18: Variation des termes de l'échange au Burundi entre 2000 et 2013....76

Graphique no 19: Croissance du PIB nominal et réel, Burundi, 2011-2016....77

Graphique no 20: Evolution des indices du budget exécuté du MSPLS, du budget exécuté de l'Etat et du PIB (2005-2012) 78

Graphique n° 21: Evolution du poids des dépenses du MSPLS dans les dépenses de l'Etat (2005-2012) 78

Graphique n° 22 : Evolution des dépenses du MSPLS per capita en FBu courants et constants entre 2005 et 2012....79

Graphique n° 23 : Evolution des ressources et dépenses publiques au Burundi entre 2007 et 201380

Graphique n° 24 : Pourcentage des ressources extérieures dans les dépenses de santé au Burundi et dans quelques pays voisins 81

Graphique n° 25 : Financement de la santé par des ressources extérieures per capita en US$ au taux de change courant au Burundi et dans la sous-région 82

Graphique n° 26 : Financement de la santé par des ressources extérieures per capita en US$ International au Burundi et dans la sous-région....82

Graphique n° 27 : Envergure et importance relative de chaque source potentielle d'élargissement de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi 83

Graphique n° 28 : Sources de financement du programme Gratuité-FBP(dépenses techniques et administratives), 2012....98

Graphique n° 29 : Programme Gratuité-FBP, Sources de financement des paiements des FOSA, 2012 99

Graphique n° 30. : Programme Gratuité-FBP, Sources de financement des paiements des FOSA, 2013 99

Graphique n° 31 : Evolution des dépenses techniques du programme Gratuité-FBP (paiements aux FOSA) entre 2011 et 2013, en Milliards de FBu 100

Graphique n° 32: Structure fonctionnel des dépenses techniques du programme Gratuité-FBP, 2012 101

Graphique n°33 : Structure des dépenses totales de la Gratuité-FBP par type de prestataire, 2012 102

Graphique no 34: Structure des dépenses totales de la Gratuité-FBP par fonction, 2012 102

Graphique n° 35 : Fréquence des citations des indicateurs crédibles du financement de la santé par les médias....146

Graphique n° 36 : Utilisation des indicateurs crédibles du financement de la santé par les hautes autorités....146

Graphique n° 37 : Poids des opinions exprimées sur la qualité du financement actuel de la santé au Burundi 147

Liste des Figures

Figure n° 1 : Pyramide du système de soins public au Burundi 47

Figure n° 2: Arrangements institutionnels du FBP au Burundi 97

Figure n°3 : Attestation d'éligibilité à la prise en charge médico-sanitaire comme présentée dans l'annexe 1 de l'ordonnance ministérielle n°630/530/445 du 2/04/2003 124

Liste des Encadrés

Encadré 4.1 : l'assurance maladie à base communautaire au Rwanda 152

Encadré 4.2 : le régime national d'assurance maladie (NHIS) au Ghana 153

Encadré 4.3 : le Programme de Transformation du Secteur de la Santé (Sağlıkta dönüşüm) en Turquie 155

Encadré 4.4 : le Seguro Popular au Mexique 157

Encadré 4.5 : le Plan Nacer en Argentine 158

Encadré 4.6 : Le régime de couverture universelle en Thaïlande 160

Avant-propos

Les réformes initiées durant la période post-conflit notamment le financement basé sur la performance couplée à la gratuité des soins et la décentralisation, ont produit des résultats sanitaires encourageants. Aujourd'hui, le niveau des indicateurs de mortalité connaît des progrès. L'utilisation des services de santé augmente. La qualité des soins s'améliore régulièrement. Le système de santé est renfoncé à travers la présence du personnel de santé dans les zones périphériques, la participation communautaire et le partenariat public-privé.

Malgré ces avancées, beaucoup de défis restent préoccupants. La charge des maladies telles que le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose, et d'autres maladies non transmissibles et carentielles augmente continuellement. L'effet conjugué de la pauvreté et des faibles investissements observés dans le secteur de la santé, la dépendance extérieure, la multiplicité des programmes fragmentés fragilisent davantage le système de santé au Burundi. A cela il faut ajouter les disparités géographiques entre le milieu urbain et rural et les inégalités interrégionales en matière d'accessibilité aux soins de santé de qualité par la population. Pareille situation remet en cause la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé.

Comment alors réguler la situation ? Comment remettre les pendules à l'heure ? Un changement d'approche s'impose notamment dans la façon de financer et de réguler le secteur. Des efforts doivent être conjugués. Des moyens consolidés. Des nouvelles pistes explorées. L'heure des réflexions profondes sur des stratégies novatrices en matière de financement de la santé au Burundi a sonné. A l'instar des autres pays, le Burundi doit évoluer vers la Couverture sanitaire Universelle. C'est un pari ! Et, progressivement nous devons y arriver pour permettre à chaque citoyen d'accéder aux soins de qualité. Nous n'avons pas le droit d'échouer ! Loin de là !

L'étude relative au financement de la santé entreprise par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le Sida (MSPLS), en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers vient de dégager par consensus les options stratégiques de financement de la santé au Burundi. Fort heureusement le consensus a été dégagé de manière participative par toutes les parties prenantes au financement de la santé à savoir la société civile, le patronat, les syndicats, les regroupements des mutuelles communautaires de santé, la mutuelle de la fonction publique, les représentants des confessions religieuses, les représentants des assurances privées, les prestataires de santé publics et privés…

La coordination à travers les mécanismes de pilotage s'appuyant sur une stratégie nationale de couverture universelle de santé cohérente, efficiente, pérenne et équitable sera aisée. L'une des innovations des options retenues est justement le caractère obligatoire de financement de la santé! Les citoyens et même les étrangers résidents au Burundi sont concernés. Une première dans l'histoire de la santé au Burundi!

Le MSPLS encourage donc toutes les parties prenantes dans le secteur de la santé aussi bien publics que privés avec ou sans but lucratif à s'engager résolument dans la réflexion sur les stratégies de financement de la santé durables et offrir les soins de qualité à tout citoyen burundais quel que soit son rang social.

Hon. Dr. Sabine Ntakarutimana
Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

Groupes de travail

Ce document est une synthèse de plusieurs contributions réalisées grâce à un travail collectif fait par plusieurs départements ministériels et par quelques partenaires techniques et financiers. La société civile et les mutuelles communautaires ont également participé à ce processus via le Comité de Pilotage dont elles étaient membres. Qu'ils soient tous remerciés.

Ce travail a été réalisé sous le leadership du MSPLS. La coordination technique a été effectuée par l'équipe santé de la Banque Mondiale (BM) et le cofinancement par le MSPLS, la BM, la Coopération Belge, la GIZ, l'Union Européenne et l'OMS. Les détails sur les apports spécifiques dans la conduite de l'étude sont repris dans les lignes qui suivent :

Equipe de coordination technique et synthèse :

- Driss Zine-Eddine El-Idrissi (Economiste Principal, BM)
- Alain Désiré Karibwami (Spécialiste en Santé, BM)
- Tomo Morimoto (Chargée des Opérations, BM)
- Rigobert Mpendwanzi (Expert en FBP, BM)
- Richard Shugugu (Consultant, BM)
- Alice Museri, Nicole Hamon et Clarette Rwagatore (Secrétariat, BM)
- Rachidi Radji et Olusoji Adeyi (Management, BM)

Chapitre 1 (Introduction) :

- Alain Désiré Karibwami (Spécialiste en Santé, BM)
- Mamadou Ndiome (Economiste Principal Pays, BM)

Chapitre 2 (Analyse quantitative du financement de la santé au Burundi) :

- Alphonse Ciza (OMS)
- Rose Nitereka (Conseillère à la DGR, MSPLS)
- Jacqueline Niyungeko (Chef de service planification financière, DGP, MSPLS)
- Ruth Persian (AT-ODI fellow, DGP, MSPLS)
- Anisa Berdellima (AT - ODI fellow, DGP, MSPLS)
- Karine Ammar El Kerdi (Consultante, OMS)
- Sublime Nkindiyabarimakurinda (Directeur de la Planification et du Suivi Evaluation des politiques de santé, DGR, MSPLS)

Extrapolation des Comptes Nationaux de la Santé, Efficience technique & allocative et Espace fiscale :

- Driss Zine-Eddine El-Idrissi (Economiste Principal, BM)
- Mamadou Ndiome (Economiste Principal Pays, BM)

Analyse de l'équité :

- Gilbert Niyongabo (Professeur, Université du Burundi)
- Jean Claude Nsabimana (Professeur, Université du Burundi)

- Josiane Kamikazi (Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique)
- Carmen Muhorane (Cadre à la CTN-FBP, MSPLS)
- Richard Manirambona (Enseignant/Statisticien, INSP)
- Tomo Morimoto (Chargée des Opérations, BM)
- Richard Shugugu (Consultant, BM)
- Patrick Hoang-Vu Eozenou (Economiste, BM)
- Alain Désiré Karibwami (Spécialiste en Santé, BM)
- Rigobert Mpendwanzi (Expert en FBP, BM)
- Driss Zine-Eddine El-Idrissi (Economiste Principal, BM)
- Aurélien Serge Beko (Consultant, BM)

Chapitre 3 (Mécanismes assurantiels de la santé au Burundi) :

- Dr Oumar Ouattara (AT, Projet Amagara Meza AEDES/UE)
- Simin Schahbazi (Conseiller Technique-Programme Santé GIZ)
- Fedjo Galbert (AT, PAISS / CTB Coopération belge)
- Gaspard Nkeshimana (Cadre de la Direction Générale Protection Sociale)
- Chantal Niyuhire (Cadre de la Direction Générale Protection sociale)
- Seleus Sibomana (Healthnet TPO)
- Oswald Habonimana (Healthnet TPO)
- Georges Nsengiyumva (Régisseur Projet Amagara Meza / UE)
- Dusabimana Englebert (Secrétaire Permanent de la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de santé au Burundi, Burundi)
- Charlote Nzeyimana (Chef de Service d'appui à la qualité des soins de base et hospitaliers, MSPLS)
- Rose Nitereka (Conseiller à la Direction Générale des Ressources, MSPLS)
- Olivier Basenya (Expert FBP, CT-FBP, MSPLS)
- Olivier Appaix (Consultant international, AEDES)
- Fahdi Dkhimi (Consultant international, IMT, Anvers)
- Amadou Koita (Consultant international, HERA)

Section sur le Programme Gratuité-FBP :

- Rigobert Mpendwanzi (Expert en FBP, BM)
- Olivier Basenya (Expert FBP, CT-FBP, MSPLS)
- Carmen Muhorane (Cadre, CT-FBP, MSPLS)
- Longin Gashubije (Chef de Service Suivi & Evaluation, MSPLS)

Economie Politique du financement de la santé au Burundi :

- Driss Zine-Eddine El-Idrissi (Economiste Principal, BM)

- Alain Désiré Karibwami (Spécialiste en Santé, BM)
- Jean Pierre Sakaganwa (Expert en Communication, MSPLS)

Leçons des expériences internationales dans le domaine de la réforme du financement de la santé :

- Driss Zine-Eddine El-Idrissi (Economiste Principal, BM)
- Miriam Schneidman (Spécialiste en Chef en Santé, BM)

Comité de Pilotage :

- Dionis Nizigiyimana (Délégué du MSPLS et Président du Comité de pilotage)
- Guy Boreux (Délégué de l'Ambassade de Belgique et Vice-Président du Comité de pilotage)
- Sublime Nkindiyabarimakurinda (Délégué du MSPLS et Secrétaire du Comité de pilotage)
- Simin Schahbazi (Déléguée de la GIZ)
- Alphonse Ciza (Délégué de l'OMS)
- Alain Désiré Karibwami (Délégué de la BM)
- Englebert Dusabimana (Délégué de la PAMUSAB)
- Oumar Ouattara (Délégué de l'UE)
- Liboire Ngirigi (Délégué du MSPLS)
- Dieudonné Nicayenzi (Délégué du MSPLS)
- Désiré Ndikumana (Délégué du MSPLS)
- Dr. Paul Claudel Rubeya (Délégué du MSPLS)
- Joseph Ntakabanyura (Délégué du MFPTSS)
- Isidore Sindayikengera (Délégué du Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique)
- Donatien Ntakarutimana (Délégué de l'USAID)
- Sophie Léonard (Déléguée de l'UNICEF)
- Donatien Nkurunziza (Délégué de l'Ambassade de Suisse)

Acronymes

ADePT	Automated Development Economics Poverty Tables
AEB	Association des Employeurs du Burundi
AGMN	Amagara Gufatana mu Nda
AGR	Activité Génératrice de Revenus
ALD	Affection de Longue Durée
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARCA	Autorité de Régulation des Compagnies d'Assurance du Burundi
ARV	Anti Rétroviraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASLO	Association Locale
ATMP	Accidents de Travail et des Maladies Professionnelles
BDS	Bureau de District Sanitaire
BM	Banque Mondiale
BPS	Bureau Provincial de Santé
BRARUDI	Brasseries et Limonaderies du Burundi
BRB	Banque de la République du Burundi
CA	Conseil d'Administration
CAM	Carte d'Assurance Maladie
CDFC	Centre de Développement Familiale et Communautaire
CDS	Centre de Santé
CEPBU	Communauté des Eglises de Pentecôte du Burundi
CHU	Centre Hospitalo Universitaire
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COSA	Comité de Santé
COSYBU	Confédération des Syndicats du Burundi

CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post Natale
CPSD	Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CT-FBP	Cellule Technique Nationale chargée du Financement Basé sur la Performance
CUS	Couverture Universelle de Santé
DG	Directeur Général
DGR	Directeur Général des Ressources
DPSHA	Direction de la Promotion de la Santé, Hygiène et Assainissement
DTS	Dépenses Totales de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPA	Etablissement public à caractère administratif
FBP	Financement Basé sur la Performance
FDN	Forces de Défense Nationale
FIDA	Fonds International pour le Développement Agricole
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
FVS-AMADE	Famille pour Vaincre le SIDA-Association Mondiale des Amis de l'Enfance
GAVI	l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation
GIZ	Agence Allemande de Coopération Internationale
IC	Indice de concentration
IDH	Indice de Développement Humain
IMSS	Institut Mexicain pour la Sécurité Sociale
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
IPPTE	Initiative Pays Pauvres Très Endettés
IRA	Infection Respiratoire Aigue

ISSSTE	Institut pour la Sécurité et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat
ISTEEBU	Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MCS	Mutuelles Communautaires de Santé
Md	Milliard
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEMISA	Medical Missionary Action
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MFPDE	Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MSAG	Mutuelle de Santé de l'Archidiocèse de Gitega
MSH	Management Sciences for Health
MSN	Ministère de la Solidarité Nationale
MSNDPHG	Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MUNASA	Mutuelle Nationale de Santé
MUSCABU	Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi
NHIA	National Health Insurance Authority
NHIS	National Health Insurance Scheme
NHSO	National Health Security Office
NV	Naissance Vivante
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PAMUSAB	Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PMS	Paquet Minimum de Soins
PNB	Police Nationale du Burundi
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNPS	Politique Nationale de Protection Sociale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PROMUSCABU	Promotion des Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi
PRONIANUT	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
QUIBB	Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien Etre
RCU	Régime de Couverture Universelle
RDC	République Démocratique du Congo
RDP	Revue des Dépenses Publiques
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SOCABU	Société d'Assurance du Burundi
SOLIS	Solidarité pour la Santé
SPSS	Système de Protection Sociale en Santé
TPS	Technicien de Promotion de la Santé
UCODE	Union pour la Coopération et le Développement
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
VP	Vice Président

Résumé exécutif

Le système de santé au Burundi est largement sous-financé et connait une grande dépendance vis-à-vis du financement extérieur. A titre illustratif, la Dépense Totale de Santé (2012) est de 26 US$ per capita alors que l'OMS recommande 44 US$. La part de la Santé dans les Dépenses Publiques est en-deçà de 9%, comparé à l'Engagement de la Déclaration d'Abuja qui est de 15%. Les dépenses des régimes publics sont financées à hauteur de 26,7% par les revenus nationaux tandis que 73,3 % viennent des transferts d'origine étrangère.

En termes d'efficience allocative et technique, le système de santé au Burundi a progressé mais il reste confronté à d'énormes défis. Par exemple :

- Hypertrophie de l'administration: ses dépenses représentent 1,2 fois celles des hôpitaux.
- Système de santé au Burundi est efficient lorsqu'il s'agit de santé infantile, d'indicateurs d'utilisation des services de santé, mais demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et contre d'autres problèmes de santé publique un peu négligés ou mal soutenus comme la lutte contre la malnutrition.

Au niveau de l'équité, celle-ci est en constante amélioration, mais beaucoup reste à faire car :

- Chaque jour, près de 123 citoyens burundais tombent dans la pauvreté à cause des dépenses catastrophiques liées aux soins.
- En dépit de programmes visant les plus vulnérables, les dépenses publiques de santé ne sont pas en faveur des plus pauvres, particulièrement celles des hôpitaux.
- Entre 2009 et 2012, l'équité intra-régionale s'est nettement améliorée contrairement aux inégalités interrégionales qui ont subsisté.

Le financement de la protection sociale en santé est fragmenté avec la coexistence de plusieurs régimes assurantiels : Carte d'Assistance Médicale (CAM) pour le secteur informel et rural ; Gratuité couplée au Financement Basé sur la Performance (Gratuité-FBP) ; Régime des Indigents ; Mutuelles Communautaires de Santé (MCS) ; Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) et Assurances privées. Cette fragmentation se traduit par un manque de cohérence induisant quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » versus MCS. Elle est également source de double payement (Gratuité versus MFP) et de surcoûts de transaction.

La CAM et le régime des indigents ont représenté jusqu'au début de 2014 une grande menace par rapport aux finances des prestataires de soins, particulièrement des hôpitaux. Récemment, le Gouvernement a déployé d'énormes efforts pour augmenter significativement le budget de la CAM qui a été multiplié par quatre entre 2013 et 2014

La plupart des régimes assurantiels connait un sous-financement chronique. Le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1% illustre bien ce sous-financement. Celui-ci provoque, à son tour, l'accumulation d'arriérés de paiements ou créances sur les factures émises au titre de ces mécanismes dans les formations sanitaires (FOSA) publiques, particulièrement les hôpitaux.

Les arrangements institutionnels de ces régimes sont, en général, inadéquats. Ils sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés).

Ces régimes se caractérisent également par de faibles imputabilité, encadrement juridique et supports de gestion en raison de (i) systèmes d'information incomplets, (ii) l'absence de classification de la population burundaise en fonction de sa condition socio-économique et de sa capacité à payer (iii) une reddition de comptes faisant également défaut pour les régimes publics

ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité), et (iv) l'absence d'outils adéquats de gestion pour la MFP et de manuels des procédures pour la mise en œuvre de la CAM et celle de la prise en charge des indigents…

Les expériences internationales montrent que la prise en considération de quelques facteurs positifs comme des prises de décision fondées sur des bases factuelles, une bonne volonté politique, une prise en compte de la composante « offre », des arrangements institutionnels efficients, une mobilisation de ressources financières adéquates… sont des gages pour des réformes du financement de la santé réussies. A cet égard certains facteurs positifs existent au Burundi et d'autres font défaut. Si la volonté politique est grande pour faire avancer l'agenda du financement de la santé, il n'en demeure pas moins que cette volonté se fait, quelques fois, au détriment de deux facteurs importants : un processus progressif et des bases factuelles pour la prise de décision.

En outre cette grande volonté politique du Burundi ne se concrétise pas toujours par une mobilisation des ressources financières à la hauteur de ces ambitions politiques. Certes, les contraintes macro-économiques sont réelles. Toutefois, le chapitre 2 montre que l'espace fiscal pour le secteur de la santé pourrait être élargi au profit de réformes efficientes.

Par ailleurs, un des facteurs de succès des réformes du financement est la prise en considération de l'offre. Cette composante est un élément essentiel du système de santé souvent négligé dans des mesures qui touchent à la demande. Au Burundi, la mise en place d'un programme combinant offre et demande (FBP-Gratuité) est un atout pour le système de santé à condition de prendre en considération les faiblesses mises en exergue dans le chapitre 3.

L'expérience internationale montre également qu'une condition (nécessaire mais insuffisante) de succès des réformes du financement de la santé est le fait d'inscrire cette réforme, dès le départ, sous le parapluie de la couverture sanitaire universelle car elle permet d'éviter ou du moins d'atténuer considérablement la fragmentation et l'absence de cohérence du système de santé. Au Burundi, l'absence d'une stratégie de financement de la santé est certes une faiblesse, mais elle pourrait aussi être considérée comme une bonne opportunité pour se diriger vers un objectif opérationnel de « couverture universelle ».

Les faiblesses, dysfonctionnements et défis des régimes existants (chapitre 3) militent pour une nouvelle vision qui devrait cibler un financement de la santé cohérent, efficient, équitable et pérenne. C'est ce que le Gouvernement souhaite entreprendre en utilisant cette étude comme une base de travail. Avec d'autres départements ministériels et avec ses partenaires techniques et financiers, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, a constitué un Comité de Pilotage qui inclut également la société civile. Ce Comité s'est appuyé sur les acquis du système de santé et a utilisé l'analyse de situation décrite dans ce document ainsi que des documents officiels stratégiques sur la protection sociale pour valider quatre (4) options stratégiques concernant la protection sociale en santé.

Option 1 : CSU avec maintien des régimes actuels et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans ce premier cas, le système de santé devrait s'attaquer aussi bien (i) à la demande (ii) qu'à l'offre de soins et (iii) à la prévention sanitaire collective. Une CSU ne pourrait se faire sans s'attaquer de front à ces trois problématiques. Cette sous-section s'intéresse uniquement à l'aspect « demande ». Les deux autres aspects (soins et prévention) seront abordés dans la sous-section suivante sur les recommandations.

L'option 1 privilégie un maintien des régimes actuel avec quelques ajustements, corrections et améliorations. Il s'agit également de mettre en place une assurance maladie obligatoire (AMO) pour le secteur formel.

Les dispositifs actuels, leurs objectifs et leurs caractéristiques sont en général maintenus avec quelques améliorations :

- La CAM viserait les couches pauvres du secteur informel et rural.
- Les modalités définies pour la prise en charge des indigents via le Ministère en charge de la Solidarité Nationale se chargent des plus pauvres (au moins 10% de la population).
- La MFP continue de couvrir les agents de l'Etat, les FDN, la PNB, un certain nombre de catégories parapubliques et les étudiants.
- Provisoirement (en attendant la mise en place de l'AMO), le secteur privé formel continue d'être couvert par les assureurs privés, la micro-assurance (pour les TPE et PME), et les programmes des entreprises qui souhaitent continuer de prendre en charge directement leurs employés ou alors le secteur des entreprises organise son propre mécanisme d'assurance maladie comme c'est envisagé. Une fois l'AMO est mise en œuvre, ces programmes pourraient jouer un rôle complémentaire.
- Le programme de Gratuité-FBP continue de couvrir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
- Dans cette optique, les mutuelles communautaires de santé (MCS), jouerait un rôle complémentaire par rapport à la CAM (personnes non couvertes, services non pris en charge…).
- Une AMO destinée au secteur privé formel sera mise en place.

Option 2 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, une CAM élargie et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans cette alternative, la mise en place de la CSU se ferait en deux étapes :

1ère étape : Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'option 1. Toutefois, la mise en place d'une AMO pour le secteur privé formel sera différée pour prendre en considération l'élargissement et l'unification de la couverture médicale de tout le secteur formel. La première phase servira comme une période préparatoire à l'AMO.

Seconde étape : Durant cette deuxième phase, seraient introduits progressivement les changements suivants : Une fusion entre la CAM et le régime des indigents dont les bénéficiaires auront les mêmes droits que les adhérents au mécanisme CAM à la seule différence qu'ils ne paient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur (pas de co-paiement). Les mutuelles peuvent servir de gestionnaire délégué de la CAM au niveau communal. Ceci aura l'avantage de mieux cibler les indigents ainsi que les personnes pauvres qui seront éligibles à une subvention partielle. De même les mutuelles pourront aider à collecter les cotisations plus facilement étant issues de la communauté.

Option 3 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, des mutuelles communautaires de santé (MCS) élargies et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Une fusion sera opérée entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel. Ceci permettrait de créer une base de couverture plus large en vue de réduire les coûts de transaction et d'atténuer le poids du coût relatif de l'aléa moral lié aux « petits nombres ». Dans ce cas, des changements institutionnels importants seront nécessaires (par exemple la mutation de la MFP en un organisme public chargé de la gestion de l'AMO ou création d'un organisme nouveau qui serait l'organe de régulation et contractualiserait avec la MFP et ses antennes pour la gestion de l'achat des services de soins).

Dans ce scénario, la mise en place de la CSU se ferait également en deux phases :

1ère étape : Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'étape 1 de l'option 2 ci-dessus à l'exception de la CAM.

Seconde étape : Durant cette phase, seraient introduits progressivement les changements suivants :

- Une fusion entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel comme dans l'option 2.
- Elargissement du champ de couverture des MCS en s'inspirant du modèle Rwandais avec des regroupements au niveau provincial et un regroupement unique au niveau national. Ce triple palier : communautaire, provincial et national, prendrait en charge les bénéficiaires de ce régime à différents niveaux de la pyramide de soins (primaire, secondaire et tertiaire). Cette option ne pourrait être soutenable sans un double appui technique et financier de l'Etat et des PTF.
- Quant au régime des indigents : deux scénarios demeureraient plausibles. Le premier, serait une fusion avec les MCS (là aussi les indigents bénéficiaires auraient les mêmes droits que les adhérents aux MCS à la seule différence qu'ils ne paieraient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur). Le financement serait toujours assuré par un Fonds National de Solidarité. Le second scénario est que le régime des indigents reste complètement autonome.

Option 4 : CSU avec deux phases de mise en œuvre et mise en place d'un régime unique de protection sociale en santé

A la différence des options 2 et 3, cette dernière propose de mettre en place la CSU en trois étapes :

1ère étape : étape préparatoire. Une période de 3 ans (2014-2016) serait nécessaire pour ajuster légèrement ce qui pourrait être améliorable sans aucun changement radical du système de protection sociale en santé.

Ce serait surtout une phase importante et préparatoire au passage au régime unique à la Ghanéenne (où un seul régime le National Health Insurance Scheme-NHIS couvre toutes les catégories des assurés, y compris les bénéficiaires de la Gratuité et du programme d'indigence…). Ce régime couvrirait, à très long terme, toute la population du Burundi, c'est-à-dire : indigents, secteur formel, secteur informel, femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans.

Cette phase préparatoire exige un certain nombre d'études à effectuer en vue de déterminer quels seraient les coûts, les arrangements institutionnels, les sources de financement, les prestations à couvrir, les besoins en termes de compétences et de renforcement des capacités institutionnelles…

Deuxième étape : expérience pilote. Durant cette phase (2016-2018), une expérience pilote, dans 2 ou 3 provinces, pourrait être mise en place pour tester ce mécanisme unique de protection sociale en santé. L'expérience pourrait être accompagnée d'une étude d'évaluation d'impact pour un passage à l'échelle fondé sur des bases factuelles si bien évidemment les résultats sont assez concluants.

Troisième étape : généralisation. A l'issue de l'expérience pilote (2018-2019) et en fonction des conclusions de l'étude d'impact, les modalités pratiques de passage à l'échelle seraient définies puis mises en œuvre.

Décisions prises :

Ces options ont été discutées dans le cadre d'un atelier national de consensus qui a eu lieu le 29 avril 2014 à Bujumbura où tous les détenteurs d'enjeux ont participé. A l'issue des débats un consensus s'est dégagé en faveur des options 2 et 3 ou une combinaison de ces deux options.

Ce choix sera utilisé par le Comité Intersectoriel qui travaille actuellement sur l'élaboration de la stratégie de financement de la santé. Ce comité respectera le choix de l'atelier de consensus et s'appuiera sur le diagnostic de cette étude en vue de proposer une stratégie cohérente, pérenne, équitable et efficiente.

Recommandations

Les options très succinctement décrites ci-dessus nécessitent un certain nombre de prérequis et de mesures d'accompagnement (allant au-delà de l'aspect protection sociale en santé) qui seraient difficiles d'ignorer dans un objectif ambitieux de couverture sanitaire universelle.

Ces recommandations concernent plusieurs niveaux. Elles portent aussi bien sur le processus de définition de la nouvelle stratégie de financement de la santé que sur d'importants prérequis et mesures d'accompagnement. L'objectif ici est de permettre la mise en place d'une stratégie de financement plus cohérente, efficiente, équitable et pérenne.

Ces recommandations sont les suivantes :

- Un processus participatif et progressif : La définition de cette nouvelle stratégie de financement de la santé et l'élaboration de son plan de mise en œuvre nécessiteront une concertation très large et un vaste processus participatif où toutes les parties prenantes pourraient participer.
- Une nouvelle stratégie prenant en considération aussi bien la demande que l'offre de soins : Comme cela a été déjà mentionné, la Couverture Sanitaire Universelle ne signifie pas que l'on doit se concentrer uniquement sur les aspects de protection sociale en santé. En effet, même si la population est protégée contre le risque maladie, cette couverture serait inefficiente si les services de santé ne sont pas disponibles et/ou sont de mauvaise qualité. C'est pour cela, qu'il serait important de prendre des mesures d'accompagnement dans ce sens et de les intégrer à la seconde phase du PNDS actuel et au-delà. Ces mesures sont les suivantes : améliorer la disponibilité effective des médicaments (et dispositifs médicaux) et baisser leurs coûts ; développer urgemment une politique des ressources humaines en vue de l'amélioration aussi bien de la qualité, de la quantité ainsi que la répartition du personnel sur tout le territoire ; adopter une politique plus agressive et multisectorielle de lutte contre les comportements à risque ayant des externalités négatives importantes ; définir et adopter une stratégie pour la mise en place d'une assurance qualité des soins de santé ; reconfigurer les soins de santé, particulièrement les hôpitaux, à Bujumbura pour une utilisation optimale des potentialités des hôpitaux nationaux ; renforcer la stratégie du respect de l'échelonnement ou filière des soins et renforcer des programmes de santé publique qui sont relativement négligés alors qu'ils ciblent des problèmes graves.
- Une meilleure répartition des moyens et des ressources entre les régions et les provinces
- Une meilleure gouvernance du financement de la santé : il serait nécessaire d'adopter une nouvelle vision avec une meilleure répartition des fonctions entre les diverses institutions publiques et privées impliquées dans la gestion, le financement et la régulation de ces régimes.
- Elargissement de l'espace fiscal de la santé : cet élargissement cible trois actions prioritaires : (i) allouer une enveloppe additionnelle au secteur de la santé selon les capacités économiques du pays au travers, entre autres, de programmes de prépaiement rentrant dans une stratégie de couverture sanitaire universelle, (ii) une nouvelle stratégie nationale de financement de la santé cohérente, équitable, pérenne et efficiente, et (iii) une amélioration de l'efficience du système de santé. La marge de manœuvre est assez importante. Il est recommandé que le Gouvernement intègre cette dimension dans son plan d'action et particulièrement dans la revue du PNDS et la mise en œuvre de sa seconde phase. L'expérience internationale (chapitre 4) a montré que les réformes de santé qui ont le mieux réussi sont celles qui mobilisent les ressources financières nécessaires à leurs politiques ambitieuses.
- Renforcement des capacités institutionnelles : La refonte du financement de la santé va induire des changements importants qui, à leur tour, vont exiger un développement très conséquent du métier d'assurance maladie et d'assistance médicale en vue d'atteindre des degrés élevés de CSU. En effet, cela va nécessiter un programme très ambitieux de renforcement des capacités institutionnelles (recrutement, formation, study tours et stages, accompagnement technique…).

- Aller vers une politique d'achat stratégique : Un achat stratégique au travers du FBP utilisé par la Gratuité et la CAM pourrait être une option pour généraliser le paiement des prestataires par le biais de ce mécanisme qui est améliorable mais qui a déjà fait ses preuves.

  En outre, si le système de santé a amélioré son efficience, ce progrès reste insuffisant face à de multiples goulots d'étranglement auxquels il fait face. En effet, les défis liés à la formation des professionnels de santé, à la politique de maintenance, à la disponibilité des médicaments et autres biens médicaux pour la population et les formations sanitaires qui les prennent en charge… exigent la définition de nouveaux arrangements contractuels fondés sur la performance. Le système de santé devrait exploiter son expérience du FBP pour passer à un modèle plus élargi où la contractualisation ne tournera plus seulement autour de la performance des formations sanitaires mais toucherait également la centrale d'achat des médicaments (CAMEBU), les écoles de formation paramédicale, l'administration d'encadrement et les programmes de santé publique.

Résumé analytique

(Please see the English version in Annex 3)

Situation économique

Le gouvernement du Burundi a réussi à stabiliser l'économie du pays dans un contexte fragile. Le pays reste cependant vulnérable aux soubresauts politiques et aux chocs externes, notamment la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole. Si cette réussite mérite d'être soulignée, la croissance économique reste toutefois insuffisante pour engendrer une amélioration soutenue des conditions de vie des ménages. Lorsqu'il est tenu compte du taux de croissance démographique, le revenu par habitant n'a augmenté que faiblement au cours des dix dernières années et le pouvoir d'achat des ménages est aujourd'hui plus faible qu'il ne l'était il y a 20 ans.

En 2013, la croissance était estimée à 4,5 %, ce qui représente une augmentation de 0,5 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse est expliquée par l'expansion des activités minières, manufacturières, de la construction et des services. Grace à une gestion saine du cadre macroéconomique, l'inflation a baissé à 7,9 % en 2013 après avoir dépassé 20 % au premier trimestre de 2012. Les autorités ont en effet ralenti la croissance monétaire, cette dernière étant facilitée par la maîtrise des dépenses publiques. Cette politique prudente a été accompagnée d'une baisse du prix des importations de produits pétroliers au cours des derniers mois (Banque Mondiale, 2014).

Entre 2005 et 2010, le budget de l'État a été sous perfusion. En effet, l'aide extérieure a représenté plus de deux tiers (67 %) des dépenses publiques en 2008 alors qu'elle comptait pour environ un cinquième (20 %) en 2006. En toute logique, cette situation ne pouvait être que provisoire. Cette aide massive avait eu lieu au lendemain des élections présidentielles et législatives de 2005 pour aider le pays à assurer sa transition (BM, 2014).

Aujourd'hui, le budget de l'État reste très dépendant des dons mais cette dépendance est en baisse depuis 2010. La baisse de l'aide devait être compensée par une augmentation des recettes internes et une baisse de certaines dépenses publiques, comme celles liées à la démobilisation des forces armées. Toutefois, ces deux mécanismes d'ajustement n'ont pas fonctionné comme prévu.

D'une part, les recettes domestiques ont augmenté dans un premier temps suite à la création de l'Office burundais des recettes (OBR), mais cette progression s'est arrêtée depuis 2011, du fait de modifications fréquentes dans la politique fiscale. Le changement le plus significatif a été la révision de la loi sur l'impôt sur le revenu de janvier 2013, un mois après l'adoption du budget de 2013 par le Parlement. Après seulement trois mois d'application, les recettes fiscales ont été d'au moins 20 % inférieures aux objectifs initiaux fixés par le gouvernement dans la loi des finances. Entre 2011 et 2013, le ratio des recettes budgétaires (fiscales et non fiscales) par rapport au PIB a baissé de 15,4 % à 13,4 %, soit deux points de pourcentage en deux ans (BM, 2014).

D'autre part, les dépenses associées à la démobilisation n'ont pas diminué comme anticipé. En 2013, la part des ministères chargés de l'intérieur, de la sécurité publique et de la défense nationale dans le budget total a baissé de 14,8 % en 2012 à 13,2 % en 2013, soit une diminution de 1,6 point. Cette baisse est certes appréciable mais le niveau de ces dépenses reste relativement élevé comparé à celui d'autres pays fragiles ou à faible revenu. La part des forces armées (militaire et police) dans la rémunération des salaires est restée stable, s'élevant à environ 30 % depuis 2008.

Malgré les contreperformances en matière de recouvrement de recettes fiscales et la difficulté à compresser certaines dépenses, le gouvernement a réussi à baisser le déficit budgétaire de 3,7 % en 2012 à moins de 2 % en 2013, de même que le taux d'endettement, qui est passé de 35,1 % du PIB en 2012 à 31,7 % en 2013.

Les autorités ont donc ajusté le budget par d'autres moyens afin de maintenir un niveau de déficit relativement viable. Les coupes budgétaires ont porté à la fois sur les dépenses courantes et sur les

dépenses en capital. De 2011 à 2013, les dépenses de fonctionnement sont passées de 24,4 % à 19,5 % du PIB, reflétant essentiellement la baisse relative de la masse salariale et des transferts courants. La masse salariale a diminué de 2,3 % du PIB pour s'établir à 7,1 % en 2013, tandis que les subventions ont baissé de 2,1 points du PIB. La baisse de la masse salariale résulte du gel des recrutements en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation (BM, 2014).

Situation démographique

Les résultats du dernier recensement de la population de 2008 montrent que la population a été estimée à 8 053 574 habitants dont 51% de femmes. Ils montrent également que cette population est jeune avec 44% d'enfants de moins de 15 ans. Cette réalité constitue un défi énorme dans un pays ayant une densité moyenne de 310 Hab/Km^2. Le taux de croissance de la population est estimée à près de 2.4% avec une taille moyenne de 4.7 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 6.1 enfants par femme. Si ces tendances en termes de natalité demeurent et que les niveaux de mortalité diminuent, il sera difficile, toute chose égale par ailleurs, dans un proche avenir de nourrir cette population sans cesse grandissante. Notons que la terre demeure la principale source de richesse avec plus de 60% des litiges dans les tribunaux relatifs aux conflits fonciers.

Contexte social

En dépit des progrès récents dans les secteurs sociaux, il est peu probable que le Burundi atteigne en 2015 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sur la pauvreté, la santé et l'éducation.

Pauvreté

Les groupes particulièrement vulnérables à la pauvreté comprennent les personnes déplacées par le conflit, les groupes minoritaires tels que les Batwa et les ménages dirigés par des femmes célibataires qui sont souvent contraints d'adopter des stratégies telles que la réduction de la ration alimentaire journalière ou du nombre de repas journaliers, avec un impact négatif sur la nutrition et la scolarité de l'enfant.

Bien qu'il n'existe aucune estimation récente du seuil de pauvreté, il y a eu des améliorations dans certains secteurs sociaux. En effet entre 1980 et 2012, l'IDH du Burundi a augmenté de 1.6% par an, passant de 0.217 à 0.355, ce qui place le pays au 178ème sur 187 nations disposant de données comparables[1]. Par ailleurs, les résultats dans l'éducation et dans la santé se sont améliorés de façon significative au cours des dernières années.

Education

Grace à la politique de la gratuité de l'éducation au primaire, le taux brut de scolarisation primaire a été amélioré de façon significative passant de 80 % en 2003-04 à 156,3 % en 2010. Le ratio filles/garçons au niveau primaire est près de 100 %, mais le taux de réussite n'est que de 56 % rendant peu probable l'atteinte de la deuxième cible des OMD (taux d'achèvement du primaire de 100 %) par le Burundi. Combinés à de mauvaises techniques d'enseignement et à des ressources limitées, les gros effectifs dans les classes ont sapé la qualité de l'enseignement. Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et tertiaire sont très bas (24,8 % et 3,2 % respectivement). *Emploi des jeunes*

Le sous-emploi des jeunes représente un défi majeur. L'exode rural de jeunes chômeurs ou sans emploi est en train de devenir un phénomène inquiétant dans les zones urbaines. En 2008, le taux de chômage des jeunes à Bujumbura a été estimé à 14,4 % contre 9 % à Gitega et 6,5 % à Karusi selon une enquête «1-2-3», réalisée en trois phases, dans plusieurs pays africains. Certaines des causes de chômage élevé des jeunes comprennent entre autres l'absence d'une politique nationale de l'emploi, une mauvaise connaissance du marché du travail, l'inadéquation entre la formation et l'emploi, le manque d'accès au crédit, et l'absence de programmes de formation professionnelle pertinents.

[1] PNUD-Rapport sur le Développement Humain 2013

Genre

Des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation, mais des défis demeurent. Après avoir atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire, le Burundi est susceptible d'atteindre l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Toutefois, l'inégalité persiste dans certaines régions et le taux d'abandon scolaire des filles est supérieur à celui des garçons. En outre même si l'écart se rétrécit, les disparités entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire restent, avec 55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010. Au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 % par rapport à celle des garçons.

En matière de santé, les services offerts aux femmes et aux enfants se sont nettement améliorées (voir section suivante).

En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que les ménages dirigés par les hommes (76 % contre 64 % pour les hommes) en raison de l'accès limité à la terre, au capital et au crédit. La stagnation du secteur agricole en raison de la faible productivité a un impact défavorable sur les femmes qui représentent 56% de la population active de ce secteur.

En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décision, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45 % des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes électifs aussi bien législatifs que locaux. Au Parlement, 32 % des sièges sont actuellement occupés par des femmes.

Situation sanitaire et profil épidémiologique

Les résultats sanitaires encourageants enregistrés pendant la période post-conflit sont liés à plusieurs réformes initiées par le Gouvernement du Burundi dont: (i) la décentralisation à travers la mise en place des districts sanitaires; (ii) la politique de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes; et (iii) l'approche du Financement Basé sur la Performance. Cette dernière, couplée à la gratuité des soins, constitue le principal mécanisme incitatif au Burundi qui a produit de bons résultats parmi lesquels l'augmentation de l'utilisation des services de santé (passant de 1,68 consultations en 2009 à 2.2 consultations en 2012 pour les enfants de moins de 5 ans), l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement du système de santé à travers le partenariat public-privé et la participation communautaire, et une meilleure présence du personnel de santé dans les zones périphériques.

Cela a eu comme effet d'améliorer le niveau des indicateurs de mortalité. A titre illustratif, selon l'enquête MICS de 2005, le quotient de mortalité infantile était de 120 ‰, celui de la mortalité infanto- juvénile de 176 ‰ et enfin le ratio de mortalité maternelle de 615 pour 100 000 naissances vivantes. Pour ces mêmes indicateurs, l'Enquête Démographique et de Santé de 2010 a fourni respectivement les valeurs suivantes : 59 ‰, 96 ‰ et 499 pour 100.000 NV.

Toutefois, la situation sanitaire dans le pays reste préoccupante dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance, qui était estimée à 49 ans selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2008 (dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes); a progressé, mais son niveau est resté limité à 50.9 ans en 2012[2], soit en dessous de la moyenne africaine de 58 ans.

Il est à noter que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

[2] PNUD-Rapport sur le Développement Humain 2013

Le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité chez les populations en général. Le taux de morbidité est passé de 36,23% en 2005 à 34,07% en 2010 avec un taux de mortalité dans les hôpitaux de 39,55% en 2005 et de 34,07% en 2010[3].

Les infections respiratoires aigües représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans[4] et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L'infection la plus fréquente est la pneumonie qui a causé 22,4% de morbidité chez l'ensemble des enfants de moins de cinq (5) ans en 2009.

Les maladies diarrhéiques constituent la troisième cause de morbidité chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Notons que 25% de ces enfants ont eu la diarrhée au cours des deux (2) semaines ayant précédé l'EDS 2010. Ces maladies sont en grande partie constituées des helminthiases, de la fièvre typhoïde, des amibiases et des « maladies des mains sales ».

La malnutrition chronique reste également un grave problème au Burundi. Selon l'EDS 2010, 58% des enfants de moins de 5 ans souffrent de la malnutrition chronique dont 29% sous sa forme sévère. Par contre, la malnutrition aigüe est en dessous du seuil d'alerte défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (MAG >10%) au Burundi[5], soit un taux de 6% selon l'EDS 2010.

Le VIH/Sida constitue un problème majeur de santé publique et de développement au Burundi. Au cours de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 (EDSB-II, 2010), les résultats montrent un taux de prévalence du VIH de 1,4% parmi la population de 15 à 49 ans. Cette prévalence qui reste plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 1,7% et 1%) a été de 2.9% en 2007 ce qui dénote de l'efficacité de l'intervention du Gouvernement et de ses partenaires au développement dans la lutte contre l'épidémie.

La santé des enfants, de la mère et du nouveau-né reste au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé. En vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Gouvernement a adopté un certain nombre de mesures visant spécifiquement l'amélioration de la situation et la réduction des taux de mortalité de ces populations, avec notamment l'adoption de la gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq (5) ans, le renforcement de la vaccination de routine, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le renforcement des activités de prise en charge des cas de malnutrition et la prise en charge des indigents. Concernant la santé de la mère, il est à noter que le taux d'utilisation des services de Consultation Prénatale (CPN) est de 99%[6] (au moins une visite). Cependant 41%[7] des femmes enceintes ont fait au moins quatre (4) visites avec un taux de 78,4% d'accouchements assistés par un personnel formé[8]. L'EDS rapporte un taux de prévalence contraceptive par la méthode moderne de 18,6% en 2010 tandis que l'enquête PMS 2 estime ce taux à 31.7% en 2012. Cette situation est due aux efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires dans la mise à disposition des intrants et la gratuité des soins pour les femmes enceintes jusqu'à l'accouchement, la disponibilité des services dans les formations sanitaires, la sensibilisation de la population pour la planification familiale ainsi qu'à la disponibilité des contraceptifs dans les structures sanitaires[9].

Etat des lieux du financement du système de santé au Burundi

Un financement insuffisant

Selon les données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2010, élaborés pour la seconde fois par le MSPLS (2014), ainsi que les extrapolations que les auteurs de ce rapport ont réalisées pour 2012 (voir chapitre 2), les dépenses du système de santé au Burundi se sont élevées à près de 308,4 Milliards FBu en 2012 contre 304,2 Milliards FBu en 2010 et 147,1 Milliards FBu en 2007 ; soit une augmentation annuelle moyenne de 17,4% durant la période 2007-2012. Cette variation

[3] Rapport PNILP, 2010
[4] Rapport d'évaluation du PNDS 2006 – 2010, Juin 2010
[5] Enquête nutritionnelle nationale 2005 (LMTC – UNICEF)
[6] EDSB,2010
[7] Rapport PNSR, 2012
[8] PMS 2012
[9] Rapport OMD, 2010

très importante est due à la forte augmentation des dépenses entre 2007 et 2010. Après 2010 l'accroissement des dépenses de santé a ralenti. A titre illustratif, quand on analyse les dépenses totales de santé (DTS) per capita en FBu courants, on observe clairement cette tendance : ce ratio a été de 18848 FBu, 36022 FBu et 36999 FBu respectivement en 2007, 2010 et 2012. Ce même ratio exprimé en FBu constant (et en US$) a même baissé entre 2010 et 2012 comme le montre le tableau ci-dessous. En effet, les dépenses totales de santé per capita en FBu constants (et en US$) sont passées de 22071 FBu (29 US$) en 2010 à 19472 FBu (26 US$; loin du minimum requis par la Commission Macro-Economie et Santé, soit 44 US$) en 2012. La baisse des dépenses de santé par habitant en monnaie constante et en $ est due essentiellement à la dégradation du taux de change et à la baisse des allocations budgétaires (par habitant et en FBu constants) dédiées à la santé qui est elle-même liée à la chute des ressources publiques (recettes fiscales et appui budgétaire ; FMI, 2013). Cette diminution de la dépense de santé per capita est accompagnée par celle du rapport des DTS au PIB qui est passé de 12% en 2010 à moins de 9% en 2012.

Tableau n° 1 : Evolution de quelques indicateurs clé des CNS au Burundi entre 2007 et 2012

	2007	2010	2012
Dépenses Courantes de Santé, en Millions FBu		285.864	308.407
Dépenses Totales de Santé (DTS), en Millions FBu	147.116	304.195	327.628
DTS per capita, FBu courants	18.848	36.022	36.999
DTS en % du PIB	10.0%	12.2%	8.6%
DTS per capita, FBu constants (base 2007)	18.848	22.071	19.472
DTS per capita en US$	17	29	26

Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014 et BM, 2014

Une comparaison avec les voisins (RDC, Kenya, Ouganda, Tanzanie et Rwanda) montre que le rapport des dépenses totales de santé au PIB au Burundi est en dessous de la moyenne sous régionale. Et cela est valable aussi bien en utilisant le $ US au taux de change courant que le $ en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA).

Une grande dépendance vis-à-vis du financement extérieur

Selon les données des CNS (MSPLS, 2014), portant sur l'année 2010, l'analyse des sources de financement du système de santé au Burundi indique une part importante des transferts étrangers. Les transferts issus des revenus nationaux de l'Administration Publique s'élèvent à 33.557,51 Millions FBu, soit 11,74 % des dépenses courantes de santé contre 52,7 % pour les transferts d'origine étrangère qui s'élèvent, quant à elles, à 150.649,19 Millions FBu. Ces transferts se scindent en transferts directs étrangers et des transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration Publique, y compris l'appui budgétaire général et l'appui projet. Les CNS montrent la forte contribution des ménages au financement de la santé (plus de 30%), principalement à travers les paiements directs aux prestataires de soins. Quant aux entreprises et ONG, leurs contributions s'élèvent à 1,91 % des revenus, dont la plupart sont des remboursements des employeurs pour les dépenses en santé de leurs employés (MSPLS, 2014).

Une efficience à améliorer

Selon les données des CNS de 2010 (MSPLS, 2013), l'allocation des ressources du système de santé semble être en faveur de l'administration, les soins préventifs et les produits pharmaceutiques. Les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires ne paraissent pas comme des bénéficiaires privilégiés des ressources financières du système de santé.

L'accent mis sur les soins préventifs est très pertinent car ces interventions sont à haut impact et pro-pauvres. Toutefois, à l'intérieur même de ce bloc (prévention), il est nécessaire de remédier aux disparités entre les programmes de santé publique. En effet, si des programmes comme la lutte contre le VIH-SIDA paraissent assez bien financés, il n'en est pas de même pour d'autres comme

le programme de nutrition (PRONIANUT) qui a l'apparence du parent pauvre du secteur de la santé alors que la malnutrition est un des maux les plus graves du système de santé au Burundi.

En outre, la part hypertrophiée de l'administration est signe d'inefficience. Il est rare dans les systèmes de santé de voir cette part plus élevée que celle des hôpitaux ou des prestataires de soins ambulatoires par exemple (le rapport des dépenses des prestataires de services administratifs à celles des hôpitaux est de 1,22). En effet, les prestataires de soins ambulatoires, particulièrement les centres de santé, bénéficient de moins de 17% des dépenses totales du système de santé. En raison de leur importance dans le système grâce à leur localisation, leurs services de proximité et leur caractère pro-pauvres, cette allocation parait bien faible. Il en est de même pour les hôpitaux qui demeurent largement sous-financés. Indépendamment de possible rationalisation de l'organisation et/ou d'un repositionnement de l'activité pouvant générer des économies d'exploitation il est évident que les hôpitaux, particulièrement les établissements hospitaliers de Bujumbura, souffrent d'un problème de financement aigue.

Quant à l'efficience technique, il apparait que le système de santé au Burundi est efficient lorsqu'il s'agit de santé infantile, d'indicateurs d'utilisation des services de santé (consultations, accouchements assistés par un personnel qualifié, soins prénataux…), mais demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (très probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et contre d'autres problèmes de santé publique un peu négligée ou mal soutenue comme la lutte contre la malnutrition.

Une équité en nette amélioration mais beaucoup reste à faire

Une analyse quantitative (section 2.5) utilisant le logiciel *Automated Development Economics Poverty Tables –AdePT, version 5.5,* a montré que l'équité dans le domaine de la santé s'est nettement améliorée entre 2009 et 2012. Toutefois ces progrès réalisés ne doivent pas occulter les défis qui restent à relever. Ils sont relatifs aux grandes disparités entre le milieu urbain et rural et aux inégalités interrégionales. La concentration de soins tertiaires et de prestataires privés à Bujumbura ne permet pas à la population d'accéder aux soins de qualité. A titre illustratif, si d'une manière générale, les femmes pauvres ont à peu près le même accès aux soins prénataux que les autres catégories de la population, leur accès à ces mêmes soins (prénataux) complets de qualité (pesée, prise de tension artérielle, analyse de sang et d'urine) reste limilté contrairement aux femmes à Bujumbura et celles qui appartiennent aux couches les plus aisées.

En outre, l'appauvrissement des familles dû aux dépenses de santé individuelles catastrophiques touche 0,5% de la population, soit près de 45.000 personnes par an. Autrement dit, en moyenne, 123 Burundais tombent dans la pauvreté quotidiennement à cause de ces dépenses catastrophiques liées à la santé.

Par ailleurs, l'analyse d'incidence des bénéfices des dépenses publiques en santé montre que les subsides octroyés aux hôpitaux sont pro-riches. De façon globale (dépenses publiques totales), cette analyse n'offre pas de base factuelle claire prouvant que les dépenses publiques de santé favorisent les pauvres.

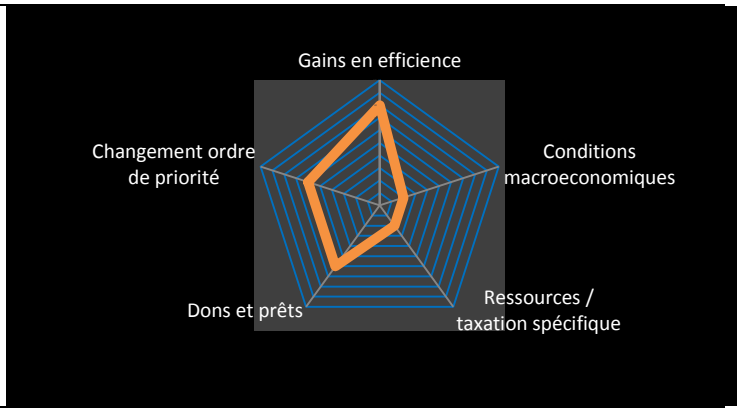
Enfin l'analyse de la concentration par maladie et par région entre 2009 et 2012 montre une forte concentration des maladies citées chez les pauvres avec des coefficients de concentration négatifs au niveau national. Toutefois, durant cette période (2009-2012), au niveau régional, la concentration n'est plus chez les pauvres mais plutôt chez les plus riches. Cette situation paradoxale voudrait simplement dire qu'au niveau de chaque région prise individuellement, les inégalités se sont estompées ou presque, alors qu'au niveau national la situation inégalitaire, en défaveur des plus pauvres, est demeurée quasiment identique entre 2009 et 2012. En d'autres termes, l'équité intra-régionale s'est nettement améliorée contrairement aux inégalités interrégionales qui ont subsisté.

Analyse de l'espace fiscal : une marge de manœuvre réelle mais pas immense

L'analyse de l'espace fiscal a montré que la marge de manœuvre du Gouvernement pour étendre l'espace fiscal de la santé n'est pas très grande mais elle est réelle (en allouant seulement 8,5% de ses dépenses publiques au secteur de la santé [2012], le Burundi ne respecte pas encore la Déclaration d'Abuja qui consiste à allouer 15% du budget de l'Etat à la santé) et assez importante pour permettre au secteur de financer un élargissement du spectre de la protection sociale en santé et d'aller vers un niveau assez élevé de la couverture sanitaire universelle.

Graphique n° 1 : Envergure et importance relative de chaque source potentielle d'élargissement de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi

Sources pour l'extension de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi	Marge de manœuvre
Conditions macroéconomiques conductrices	Limitée
Changement de l'ordre des priorités budgétaires	Assez élevée
Accroître des ressources spécifiques	Limitée
Mobiliser d'autres ressources: dons et prêts…	Assez élevée
Gains en efficience	Elevée



Source : auteurs

Une protection sociale en santé insuffisante et fragmentée

Avant 1980, l'Etat prenait totalement en charge les soins de santé des fonctionnaires relevant de la Fonction Publique, des Forces Armées et des étudiants universitaires aussi bien pour les consultations, les hospitalisations, les examens para cliniques que pour les médicaments.

Les soins de santé des travailleurs du secteur privé étaient supportés par l'employeur ; les autres citoyens, ne relevant pas de ces deux secteurs, payaient eux-mêmes les consultations externes mais recevaient gratuitement les médicaments dans les limites de leur disponibilité puisque les formations sanitaires étaient approvisionnées par le Ministère de la Santé Publique; alors que les soins préventifs étaient à la charge de l'Etat pour tous les habitants du Burundi.

A partir du 27 juin 1980, un régime d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés a été instituée par le décret-loi n°1/28 et par la suite la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) a été créée par le décret-loi n°100/107. Par ce nouveau mécanisme la contribution de l'Etat a été réduite au paiement de la part patronale des cotisations, l'achat des soins étant assuré par la mutuelle à hauteur de 80% et par le bénéficiaire par le biais d'un ticket modérateur de 20%.

Dès le 28 juillet 1983, la fourniture des soins de santé pour les travailleurs des entreprises commerciales et industrielles privées ainsi que pour les personnels des établissements paraétatiques non soumis au Statut de la Fonction Publique a été mise en place par le décret-loi n°1/17.

Depuis le 20 mars 1984, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) a été créée par l'ordonnance conjointe du Ministre des Finances et du Ministre de la Santé Publique n°620/57 dans le but d'organiser la fourniture des soins de santé aux indépendants car la dispensation des soins aux autres catégories de la population était déjà réglementée à cette époque.

Il s'agissait d'organiser en effet la dispensation des soins de santé pour la catégorie de citoyens burundais, qualifiée « d'indépendants » par l'ordonnance ci-haut citée. Pour ces indépendants (en fait le secteur informel), il n'y avait pas encore de système organisé de prise en charge de leurs

soins de santé alors qu'il en existait déjà pour les autres actifs œuvrant dans le secteur étatique et dans le secteur privé structuré.

L'acquisition volontaire de la CAM était ouverte à tout Burundais âgé de 21 ans dont les activités relevaient du secteur informel. Cette CAM couvrait tout le ménage (les parents et tous les enfants de moins de 18 ans) moyennant une contribution annuelle de 500 FBu (équivalent à 4 USD en 1984) ; 1,85 USD en 1992[10] et 0,6 USD en 2001. A l'origine, aucun ticket modérateur n'était exigé des affiliés mais en 1996, une nouvelle Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996 modifie celle de 1984 et instaure un ticket modérateur de 20%.

Depuis le 02 avril 2003, les modalités de la prise en charge médico-sanitaire des indigents étaient particulièrement régies par l'ordonnance ministérielle conjointe du Ministre de la Santé et du Ministre de l'Intérieur n°630/530/445. Les précisions nécessaires avaient été apportées quant à l'identification de l'indigent nécessitant une assistance médicale, aux structures intervenant dans la gestion de l'assistance médico-sanitaire de ceux-ci et la provenance des ressources.

A partir de 2006, la politique de la gratuité des soins est lancée en faveur des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et en accouchement. Riche de l'expérience menée pendant près de quatre (4) années, en avril 2010, le Gouvernement a décidé de coupler cette gratuité avec le programme de Financement Basé sur la Performance (dont des tests pilotes ont été menés depuis 2006 également) qui est passé à l'échelle.

Initialement pris en charge par les fonds issus de la remise de la dette à travers le mécanisme de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE), le financement de ces initiatives a été relayé par le financement conjoint du Gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers à travers l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP).

Depuis Mai 2012, le mécanisme CAM a été rénové. Son acquisition est volontaire et ouverte à tout citoyen burundais dont les activités relèvent du secteur informel et du monde rural. L'arrêté instituant cette nouvelle version de la CAM stipule que celle-ci est mise en place en attendant que d'autres mécanismes d'assurance maladie à base communautaire s'implantent et s'étendent progressivement, et qu'elle est valable sur tout le territoire national.

Ce régime consiste à couvrir les travailleurs ainsi que leurs ayant droits mineurs. Le bénéficiaire doit s'acquitter d'un montant forfaitaire de 3000 FBu (~2US$) pour acquérir la carte CAM qui permet de couvrir tous les membres du ménage qui sont éligibles. Les détenteurs de la CAM bénéficient, pendant une année, de tous les soins fournis par les centres de santé et les hôpitaux de district (les habitants de Bujumbura peuvent recourir aux services des hôpitaux nationaux s'ils sont référés par les centres de santé, à condition qu'ils reçoivent uniquement les prestations incluses dans le paquet de soins de l'hôpital de district), à l'exception des prothèses dentaires, des lunettes et du transport. Le bénéficiaire de la CAM paie un ticket modérateur de 20% du montant des prestations reçues alors que les 80% restants demeurent, en principe, à la charge de l'Etat.

Tout récemment, un certain élan de création d'assurances maladie privées et de mutuelles communautaires a été observé mais ces organisations se trouvent encore au stade embryonnaire. Les mutuelles communautaires de santé ne sont pas encore implantées dans tout le pays (couvrant 2% de la population) car l'exploitation des assurances maladie relève d'un domaine avec un risque financier assez élevé.

Compte tenu des estimations (quelques fois grossières) du nombre de bénéficiaires et des doublons (par exemple les groupes couverts par la Gratuité-FBP sont éligibles à pratiquement tous les autres programmes), on pourrait estimer approximativement que près de la moitié de la population au Burundi est couverte au moins par un régime assurantiel tels qu'ils sont listés ci-dessus. L'ensemble de ces régimes ne contribue qu'à hauteur de 17,1% au financement du système de santé (CNS extrapolés, auteurs) en 2012.

[10] Arhin, Dyna. 1994. The health card insurance scheme in Burundi : a social asset or a non viable venture?. *Social Science and Medicine* 39(6): 861–70.

Cette situation mitigée peut être interprétée variablement. S'il est vrai qu'une portion importante de la population n'est toujours pas couverte , toutefois, force est de reconnaitre que, pour un pays comme le Burundi qui vient de sortir d'une grande crise interne et qui est en train de faire face à une situation macro-économique assez défavorable, les réalisations du pays dans le domaine de la couverture de sa population contre le risque maladie ne sont pas négligeables. Toutefois, l'arsenal assurantiel au Burundi fait face à de sérieux défis qui se résument comme suit :

- *Ultra-fragmentation et manque de cohérence :*

Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture (populations non couvertes ou couvertures partielles ou « restes à charge » très variables indépendamment des capacités contributives des bénéficiaires).

Le chevauchement de certains mécanismes entre eux, notamment de la gratuité des soins avec la couverture proposée par la MFP, peut aussi introduire une certaine confusion, dont profitent d'ailleurs certaines FOSA qui encaissent plusieurs fois des revenus correspondant à une seule et même prestation.

Le manque de cohérence induit quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » (le décret de mise en œuvre parle d'un mécanisme provisoire en attendant la généralisation des mutuelles de santé à base communautaire) a mis à mal le modèle d'expansion des mutuelles communautaires du fait qu'elle vise à peu près les mêmes populations.

La fragmentation est également source de surcoûts de transaction. La section sur l'efficience allocative plus haut montre que 20% des dépenses courantes de santé vont aux prestataires des services administratifs (santé et assurance maladie) contre 16% pour les prestataires de soins ambulatoires dont la majorité est constituée de CDS qui sont pro-pauvres.

- *Sous-financement chronique :*

Le sous-financement des mécanismes (à part peut-être la MFP) est flagrant. Au-delà des déficits chroniques et alarmants, il est important de noter le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%.

Ce sous-financement provoque l'accumulation d'arriérés de paiements ou créances sur factures émises au titre de ces mécanismes dans les FOSA publiques, particulièrement les hôpitaux. La situation financière de ceux-ci les pousse à reporter leur déficit sur l'augmentation du niveau de leurs dettes, ce qui a des répercussions sur leurs équipements et approvisionnements, particulièrement en médicaments et autres produits pharmaceutiques…

Toutefois, et en dépit d'une situation difficile des finances publiques, dans le budget de l'Etat pour 2014, le Gouvernement a inscrit sur la ligne « CAM » un crédit budgétaire de 13 milliards de FBu (soit 4 fois le budget de l'année antérieure). Si cette ligne est exécutée à 100% pendant cet exercice, elle permettra de régler une bonne partie des problèmes auxquels la CAM et les FOSA font face.

- *Des arrangements institutionnels inadéquats :*

Ces arrangements sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés). Par exemple, la confusion des rôles, la responsabilité quasiment absente d'un régulateur du processus d'éligibilité et d'identification claire, pertinent et standardisé ne permettent pas au régime de prise en charge des indigents d'être efficace et équitable. Autre illustration, l'analyse du montage institutionnel de la CAM permet de constater qu'en dépit des améliorations introduites, il existe toujours une confusion de rôles au niveau du MSPLS où plusieurs fonctions se mélangent.

- *Faibles imputabilité, encadrement juridique et supports de gestion :*

Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet : les statistiques manquent ou sont incomplètes ou à épurer de très probables doubles comptabilités.

La classification de la population burundaise en fonction de sa condition socio-économique et de sa capacité à payer n'a pas été entreprise de façon systématique, comme on peut le voir dans d'autres pays, quoiqu'elle ait été menée de facto par l'introduction des différents mécanismes qui s'adressent à différentes catégories de population, mais sans articulation, sans solidarité entre mécanismes (notamment pour aider les moins bien dotés ou financés à assurer un bon niveau de couverture). Mais la réflexion pourrait être approfondie pour aboutir à une segmentation plus structurée qui accompagnerait une plus grande équité et une pérennisation du financement des dispositifs qui doivent assurer la couverture maladie pour tous.

La reddition de comptes fait également défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité). Même pour la MFP, qui constitue aujourd'hui le plus ancien des mécanismes d'assurance maladie au Burundi et qui dispose de moyens assez importants (560 employés et des ressources financières assez conséquentes), ses comptes n'ont pas été audités ni certifiés depuis 2004. Quant au régime des indigents, les arrangements institutionnels confus ne permettent pas de savoir quel est le nombre de bénéficiaires de ce mécanisme.

Enfin l'absence d'outils de gestion pour la MFP et de manuels des procédures pour la mise en œuvre de la CAM et celle de la prise en charge des indigents constitue un autre défi auquel sont confrontés une bonne partie des mécanismes assurantiels au Burundi.

L'expérience internationale : une source potentielle d'inspiration

Les expériences internationales montrent que la prise en considération de quelques facteurs positifs comme des prises de décision fondées sur des bases factuelles, une bonne volonté politique, une prise en compte de la composante « offre », des arrangements institutionnels efficients, une mobilisation de ressources financières adéquates… sont des gages pour des réformes du financement de la santé réussies.

Certains facteurs positifs existent au Burundi et d'autres font défaut (voir tableau de synthèse ci-après). Si la volonté politique est grande pour faire avancer l'agenda du financement de la santé, il n'en demeure pas moins que cette volonté se fait, quelques fois, au détriment de deux facteurs importants : un processus progressif et des bases factuelles pour la prise de décision. Ceci est manifeste pour le nouveau régime de la CAM ; alors qu'à l'inverse le programme Gratuité-FBP a été mis en place progressivement avec un appui sur des bases factuelles.

Cette grande volonté politique du Burundi ne se concrétise pas toujours par une mobilisation des ressources financières à la hauteur de ces ambitions politiques. Certes, les contraintes macro-économiques sont réelles. Toutefois, le chapitre 2 montre que l'espace fiscal pour le secteur de la santé pourrait être élargi au profit de réformes efficientes. En outre, la mobilisation de ressources financières auprès de partenaires internationaux exige une communication continue avec eux et une coordination permanente. Le sous-chapitre sur l'économie politique montre que ces partenaires sont importants dans le cadre du financement des programmes de santé. La question qui est intéressante ici est « pourquoi ces partenaires s'intéresseraient-ils à certains programmes et pas à d'autres ? ». Une partie de la réponse se trouve au paragraphe précédent : l'absence de bases factuelles dans la prise de décision. Une autre se trouve dans la section 4.1.1.3 : les programmes non soutenus par les PTF se caractérisent par l'absence de critères objectifs et pertinents d'allocation budgétaire. Enfin, le reste de la réponse se trouve dans les chapitres 2 et 3 : arrangements institutionnels non efficients, non séparation des fonctions, absence d'études actuarielles, faiblesse des mécanismes de mise en œuvre...

Par ailleurs, un des facteurs de succès des réformes du financement est la prise en considération de l'offre. Cette composante est un élément essentiel du système de santé souvent négligé dans des mesures qui touchent à la demande. Au Burundi, la mise en place d'un programme combinant offre et demande (FBP-Gratuité) est un atout pour le système de santé à condition de prendre en considération les faiblesses mises en exergue dans le chapitre 3.

L'expérience internationale montre également qu'une condition (nécessaire mais insuffisante) de succès des réformes du financement de la santé est le fait d'inscrire cette réforme, dès le départ, sous le parapluie de la couverture de santé universelle car elle permet d'éviter ou du moins d'atténuer considérablement la fragmentation et l'absence de cohérence du système de santé. Au Burundi, l'absence d'une stratégie de financement de la santé est certes une faiblesse, mais elle pourrait aussi être considérée comme une bonne opportunité pour se diriger vers un objectif opérationnel de « couverture universelle ».

Tableau n° 2 : Synthèse des éléments de succès (de l'expérience internationale) et situation au Burundi

Eléments de succès	***Situation au Burundi***	***Recommandations***
Une grande volonté politique	Cette volonté est claire au Burundi	
Des moyens mobilisés à hauteur des ambitions affichées	Si le Gouvernement arrive à mobiliser des enveloppes assez conséquentes (même s'elles restent insuffisantes) pour la MFP et le FBP-Gratuité, le reste des régimes de financement demeurent largement sous-financé	Le Gouvernement devrait étudier plus en détail l'espace fiscal dédié à la santé en vue de mettre en place des actions pour son élargissement (voir les détails dans la section 2.6).
Un processus progressif couplé à une vélocité d'action	En général, l'action du Gouvernement et de l'Administration au Burundi restent assez rapide dans le domaine du financement de la santé. Toutefois, l'aspect « mise en œuvre progressive » n'est pas toujours suivi	Le Gouvernement devrait s'inspirer de ses propres réussites. La mise en œuvre progressive du FBP-Gratuité a permis de mettre en place un programme important qui, en dépit de quelques insuffisances, a donné de bons résultats. Si, par exemple, la refonte de la CAM et l'amélioration de la prise en charge des indigents sont inclues dans la nouvelle stratégie de financement de la santé, elles devraient être testées et mises en place progressivement
Un souci d'harmonisation et/ou de coordination tout en essayant de minimiser la fragmentation	La fragmentation du financement de la santé au Burundi est assez élevée alors qu'une très grande frange de la population n'est encore couverte par aucun régime de prépaiement	La préparation d'une nouvelle stratégie de financement de la santé est une opportunité réelle pour réduire la fragmentation (en intégrant éventuellement des régimes existants) tout en amélioration l'architecture institutionnelle des régimes à proposer. Ce serait également une grande opportunité pour partir d'une vision qui privilégie « la couverture sanitaire universelle » (CSU)
Des réformes qui s'attaquent aussi bien à la demande qu'à l'offre de services de santé	Si le FBP-Gratuité est un programme qui intéresse les deux dimensions (offre et demande), il demeure très insuffisant face aux besoins d'amélioration de l'offre de services de santé aussi bien quantitativement que qualitativement	La CSU serait un excellent objectif opérationnel car elle permet de s'attaquer aussi bien à la demande qu'à l'offre (amélioration quantitative et qualitative des prestations de santé, mais aussi lutte contre les facteurs de risques)

Options de financement de la santé pour le Burundi

Comme le montre l'expérience internationale (chapitre 4), un des éléments de succès des réformes de financement est sans doute le fait de les inscrire dans le cadre d'une vision large ciblant ce que l'on appelle la couverture médicale universelle (protection contre le risque maladie destinée à toute la population). Mieux, si ces stratégies s'attaquent à l'offre et à la demande (couverture sanitaire universelle[11]), comme c'est le cas de la Turquie, Mexique… (chapitre 4, section 4.2), les performances atteintes sont encore plus importantes.

Au Burundi, le gouvernement s'est engagé dans une voie qui doit aboutir à la CMU. Il est établi dans la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS adoptée au Conseil des Ministres du 6-7 avril 2011) que « en vue de répondre à ce défi de la protection sociale de la santé accessible au plus grand nombre, le Gouvernement du Burundi a notamment mis à l'étude un processus d'élaboration d'une assurance maladie universelle pour le secteur de l'économie informelle et le secteur rural qui tiendra compte de l'existant et de ce qu'il conviendra de faire pour améliorer la situation actuelle. ». Le lancement de la CAM rénovée a répondu à cet appel. Le document de PNPS demandait aussi que les modalités à appliquer soit « déterminées en mesurant précisément les financements à mobiliser ainsi que l'évolution des charges supplémentaires qu'il sera nécessaire de couvrir par le budget de l'Etat » afin d'éviter que « l'atteinte des objectifs de protection sociale de la santé qui auront été fixés ne soit remise en cause par des problèmes de mobilisation des ressources ou ne mette en péril le système de santé lui-même en raison d'un sous-financement des coûts liés à l'augmentation prévisionnelle des charges induites par l'amélioration des performances d'utilisation des services de santé qui en résultera. »

Parallèlement le PNDS 2011-2015 a retenu, parmi les plus importants défis à relever, « l'accès universel aux soins et services par la promotion des mutuelles communautaires. » Ceci a conduit à l'identification, dans l'axe stratégique n°6 (Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation), d'une action (6.2.2) visant à renforcer les mutuelles de santé communautaires et à atteindre les taux de couverture de l'ensemble de la population burundaise selon la progression suivante : 20% en 2012, 40% en 2013, 50% en 2014 et 70% en 2015. Il est clair que le niveau du taux estimé actuel (à peine 2% en 2012-2013) ne permet pas d'envisager d'atteindre ces niveaux de couverture dans les temps impartis. La CAM demeurera donc, au moins à moyen terme, l'instrument de couverture de la population burundaise le plus important, en particulier pour le secteur informel et rural.

Malheureusement, pour le moment, les ressources attribuées à la CAM et à la prise en charge des indigents manquent cruellement. La situation financière des hôpitaux et les pénuries de médicaments illustrent ces carences. Parallèlement, l'objectif de faire adhérer les indigents et les personnes vulnérables aux systèmes d'assurance maladie à mettre en place, conformément aux objectifs de court terme de la PNPS, semble difficile à atteindre en l'absence de ressources financières plus importantes.

Pour le secteur privé, l'objectif fixé par la PNPS à court terme est la « mise en œuvre d'un système d'assurance-maladie. »

Au travers de cette revue très rapide des documents stratégiques, la vision parait aussi conflictuelle (CAM et Mutuelles) qu'ambitieuse.

Les faiblesses, dysfonctionnements et défis des régimes existants (chapitre 3) militent pour une nouvelle vision qui devrait cibler un financement de la santé cohérent, efficient, équitable et pérenne. C'est ce que le Gouvernement souhaite entreprendre en utilisant cette étude comme une base de travail.

[11] La différence entre « Couverture Médicale Universelle » (CMU) et « Couverture Sanitaire Universelle » (CSU) est la suivante : la CMU, qui ne concerne que la partie protection sociale en santé (couverture contre le risque maladie et de la Maternité essentiellement), est une composante essentielle de la CSU qui inclut en plus la disponibilité effective de soins de qualité et la lutte contre les comportements à risque pour la santé.

Avec d'autres départements ministériels et avec ses partenaires techniques et financiers, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, a constitué un Comité de Pilotage qui inclut également la société civile. Ce Comité s'est appuyé sur les acquis du système de santé et a utilisé l'analyse de situation décrite dans ce document ainsi que des documents officiels stratégiques sur la protection sociale pour valider quatre (4) options stratégiques concernant la protection sociale en santé.

Avant de décrire les options validées par le Comité de Pilotage dans le cadre de cette étude, un certain nombre d'hypothèses sont posées. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- En dépit de son coût (plus de 50 milliards de FBu en 2013), le programme Gratuité-FBP sera sans doute maintenu à long terme en raison de sa charge politique et du rôle positif du « FBP » dans l'amélioration de la production et de la qualité des soins.
- Bien qu'étant prévue pour être transitoire, la CAM est devenue et va très certainement demeurer parmi les instruments de financement de l'accès aux services de santé les plus importants du pays, particulièrement après l'annonce par le Gouvernement de changements importants (augmentation du tarif de la carte de 3000 FBu à 6000 FBu et réduction de la cible au couche pauvre du secteur informel et rural) et surtout la mobilisation très importante (quadruplement) de fonds gouvernementaux durant l'année fiscale en cours (2014).
- Le Gouvernement a déjà affiché clairement sa volonté d'aller vers une couverture sanitaire universelle (CSU).
- Cette vision qui doit être le résultat de concertation avec toutes les parties prenantes, exige du temps, des bases factuelles, un renforcement institutionnel, un arsenal juridique adéquat et des ressources financières suffisantes.
- Elle exigera également une mise en œuvre progressive. La CSU devrait être considérée comme un objectif conducteur dans le temps.
- Le présent document ne propose pas de stratégie de financement de la santé. Il se contente de décrire l'état des lieux et suggère des options de politiques de financement non encore détaillées. Ce n'est qu'une fois le consensus est obtenu autour d'une ou plusieurs options que la stratégie pourrait détailler ses prérequis, caractéristiques, scénarios, coûts, risques, modalités de mise en œuvre…

Les options possibles (et validées par le Comité de Pilotage)

Quatre possibilités sont proposées :

Option 1 : CSU avec maintien des régimes actuels et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans ce premier cas, le système de santé devrait s'attaquer aussi bien (i) à la demande (ii) qu'à l'offre de soins et (iii) à la prévention sanitaire collective. Une CSU ne pourrait se faire sans s'attaquer de front à ces trois problématiques. Cette sous-section s'intéresse uniquement à l'aspect « demande ». Les deux autres aspects (soins et prévention) seront abordés dans la sous-section suivante sur les recommandations.

L'option 1 privilégie un maintien des régimes actuel avec quelques ajustements, corrections et améliorations (voir ci-dessous). Il s'agit également de mettre en place une assurance maladie obligatoire (AMO) pour le secteur formel.

Les dispositifs actuels, leurs objectifs et leurs caractéristiques sont en général maintenus avec quelques améliorations :

- La CAM viserait les couches pauvres du secteur informel et rural.
- Les modalités définies pour la prise en charge des indigents via le Ministère de la Solidarité Nationale se chargent des plus pauvres (au moins 10% de la population).
- La MFP continue de couvrir les agents de l'Etat, les FDN, la PNB, un certain nombre de catégories parapubliques et les étudiants.

- Provisoirement (en attendant la mise en place de l'AMO), le secteur privé formel continue d'être couvert par les assureurs privés, la micro-assurance (pour les TPE et PME), et les programmes des entreprises qui souhaitent continuer de prendre en charge directement leurs employés ou alors le secteur des entreprises organise son propre mécanisme d'assurance maladie comme c'est envisagé. Une fois l'AMO est mise en œuvre, ces programmes pourraient jouer un rôle complémentaire.
- Le programme de Gratuité-FBP continue de couvrir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
- Dans cette optique, les mutuelles communautaires de santé (MCS), jouerait un rôle complémentaire par rapport à la CAM (personnes non couvertes, services non pris en charge…).
- Une AMO destinée au secteur privé formel sera mise en place.

Quels sont dans ce cas les ajustements à opérer ?

Premièrement, dans le secteur formel, il est envisageable de mettre en œuvre une assurance maladie obligatoire (AMO) qui concernerait l'ensemble des entreprises du secteur formel (et mettrait fin aux programmes particuliers de type « bons de soins »), ce qui augmenterait l'attractivité du secteur pour les opérateurs d'assurances et augmenterait aussi la base financière de la couverture du risque maladie. La mise en place de ce régime doit être préparée minutieusement en termes d'arrangements institutionnels (tutelle, gestion par l'INSS ?), de financement… la précipitation étant l'ennemi de l'assurance maladie.

Deuxièmement, le régime CAM doit être revu en vue d'opérer un sérieux changement dans les arrangements institutionnels. Le but est de séparer les fonctions pour une meilleure gouvernance du programme. Ses modalités de financement devraient également être revues (au-delà des changements concernant la contribution) afin de lui garantir une certaine pérennité. De même la CAM devrait évoluer vers une Carte d'assurance (au lieu de carte d'assistance) avec un subventionnement du Gouvernement et de ses PTF au profit des couches pauvres.

Troisièmement, le financement de la couverture pour les indigents pourrait aussi faire l'objet d'un aménagement en vue de créer un fonds de solidarité (qui pourrait s'intituler : AGMN – Amagara Gufatana Mu Nda) qui serait alimenté principalement par le budget de l'Etat, les administrations communales et les PTF. Il s'agit aussi de mettre en place de nouveaux critères d'éligibilité standardisés, pertinents et équitables ainsi qu'une nouvelle procédure d'identification à double paliers (niveau communautaire et grille d'identification scientifique et légère gérée par des commissions mixtes).

Quatrièmement, la MFP se dote d'outils modernes de management et d'un arsenal juridique mis à jour et en adéquation avec la configuration actuelle du système de santé au Burundi.

Enfin, le programme de Gratuité-FBP devrait être ajusté en fonction de la couverture de la population ciblée (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) par les autres régimes. L'étude de sa pérennité devrait également être menée pour lui assurer un fonctionnement sans à-coups.

Option 2 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, une CAM élargie et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans cette alternative, la mise en place de la CSU se ferait en deux étapes :

1ère étape :

Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'option 1 (ajustements concernant la CAM, le régime des indigents/AGMN, la Gratuité et la MFP). Toutefois, la mise en place d'une AMO pour le secteur privé formel sera différée pour prendre en considération l'élargissement et l'unification de la couverture médicale de

tout le secteur formel (privé et public). La première phase servira comme une période préparatoire à l'AMO.

Seconde étape :

Durant cette deuxième phase, seraient introduits progressivement les changements suivants :

- Une fusion entre la CAM et le régime des indigents. Même s'il y a cette fusion, le régime des indigents sera toujours financé par le fonds AGMN. Les indigents bénéficiaires auront les mêmes droits que les adhérents au mécanisme CAM à la seule différence qu'ils ne paient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur (pas de co-paiement). Les mutuelles peuvent servir de gestionnaire délégué de la CAM au niveau communal. Ceci aura l'avantage de mieux cibler les indigents ainsi que les personnes pauvres qui seront éligibles à une subvention partielle. De même les mutuelles pourront aider à collecter les cotisations plus facilement étant issues de la communauté.
- Une fusion entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel. Ceci permettrait de créer une base de couverture plus large en vue de réduire les coûts de transaction et d'atténuer le poids du coût relatif de l'aléa moral lié aux « petits nombres ». Dans ce cas, des changements institutionnels importants seront nécessaires (par exemple la mutation de la MFP en un organisme public chargé de la gestion de l'AMO ou création d'un organisme nouveau qui serait l'organe de régulation et contractualiserait avec la MFP et ses antennes pour la gestion de l'achat des services de soins pour les bénéficiaires de l'AMO).
- En résumé : en plus de la Gratuité-FBP et quelques régimes complémentaires comme les MCS, le secteur formel serait couvert par un organe et un régime et le secteur informel et rural (y compris les indigents) sera également couvert par un régime unique. Dans ces conditions, il serait probablement opportun de créer un mécanisme national de péréquation entre tous les régimes en vue de garantir une solidarité institutionnalisée élargie. Ce mécanisme doit être aussi bien souple que diligent.

Option 3 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, des mutuelles communautaires de santé (MCS) élargies et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans ce scénario, la mise en place de la CSU se ferait également en deux phases :

1ère étape :

Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'étape 1 de l'option 2 ci-dessus à l'exception de la CAM.

Le scénario ici est différent par le fait que le passage à l'échelle pour la couverture maladie du secteur informel et rural devrait se faire par le biais des MCS durant la seconde phase (voir ci-dessous). Pendant cette première étape, il s'agit de préparer le système à absorber progressivement cette mutation avec un transfert, à long terme, de fonds et de responsabilité de la CAM vers les MCS.

Seconde étape :

Durant cette deuxième phase, seraient introduits progressivement les changements suivants :

- Une fusion entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel comme expliqué dans l'option 2.
- Elargissement du champ de couverture des MCS en s'inspirant du modèle Rwandais (voir Encadré 4.1, Section 4.2) avec des regroupements au niveau provincial et un regroupement unique au niveau national. Ce triple palier : communautaire, provincial et national, prendrait en charge les bénéficiaires de ce régime à différents niveaux de la pyramide de soins (primaire, secondaire et tertiaire). Cette option ne pourrait être soutenable sans un double appui technique et financier de l'Etat et des PTF. Quant à la question de l'obligation d'adhésion, elle reste à discuter.

- Quant au régime des indigents : deux scénarios demeureraient plausibles. Le premier, serait une fusion avec les MCS (là aussi les indigents bénéficiaires auraient les mêmes droits que les adhérents aux MCS à la seule différence qu'ils ne paieraient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur). Le financement serait toujours assuré par le Fonds AGMN. Le second scénario est que le régime des indigents reste complètement autonome, donc un programme complètement à part.
- En résumé : en plus de la Gratuité-FBP et du Fonds de solidarité pour les indigents (AGMN), le secteur formel serait couvert par un organe et un régime (AMO) tandis que le secteur informel et rural (avec ou hors indigents) serait couvert par un régime également unique (MCS). Dans ces conditions, il serait opportun aussi de créer un mécanisme national de péréquation (financement croisé) entre tous les régimes.

Option 4 : CSU avec deux phases de mise en œuvre et mise en place d'un régime unique de protection sociale en santé

A la différence des options 2 et 3, cette dernière alternative propose de mettre en place la CSU en trois étapes :

1ère étape : étape préparatoire

Une période de 3 ans (2014-2016) serait nécessaire pour ajuster légèrement ce qui pourrait être améliorable sans aucun changement radical du système de protection sociale en santé.

Ce serait surtout une phase importante et préparatoire au passage au régime unique à la Ghanéenne (où un seul régime le National Health Insurance Scheme-NHIS couvre toutes les catégories des assurés, y compris les bénéficiaires de la Gratuité et du programme d'indigence… ; voir Encadré 4.2, Section 4.2). Ce régime couvrirait, à très long terme, toute la population du Burundi, c'est-à-dire : indigents, secteur formel, secteur informel, femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans.

Cette phase préparatoire exige un certain nombre d'études à effectuer en vue de déterminer quelles seraient les coûts, les arrangements institutionnels, les sources de financement, les prestations à couvrir, les besoins en termes de compétences et de renforcement des capacités institutionnelles…

Deuxième étape : expérience pilote

Durant cette seconde phase (2016-2018), une expérience pilote, dans 2 ou 3 provinces, pourrait être mise en place pour tester ce mécanisme unique de protection sociale en santé. L'expérience pourrait être accompagnée d'une étude d'évaluation d'impact pour un passage à l'échelle fondé sur des bases factuelles si bien évidemment les résultats sont assez concluants.

Troisième étape : généralisation

A l'issue de l'expérience pilote (2018-2019) et en fonction des conclusions de l'étude d'impact, les modalités pratiques de passage à l'échelle seraient définies puis mises en œuvre.

Cette dernière option est sans doute techniquement, institutionnellement et politiquement la plus difficile à mettre en place. Toutefois, elle présente l'avantage de la simplicité, de la cohérence, de la solidarité très élargie et de la réduction des coûts de transaction.

Décisions prises :

Ces options ont été discutées dans le cadre d'un atelier national de consensus qui a eu lieu le 29 avril 2014 à Bujumbura où tous les détenteurs d'enjeux ont participé. A l'issue des débats un consensus s'est dégagé en faveur des options 2 et 3 ou une combinaison de ces deux options.

Ce choix sera utilisé par le Comité Intersectoriel qui travaille actuellement sur l'élaboration de la stratégie de financement de la santé. Ce comité respectera le choix de l'atelier de consensus et s'appuiera sur le diagnostic de cette étude en vue de proposer une stratégie cohérente, pérenne, équitable et efficiente.

Recommandations

Les options très succinctement décrites ci-dessus nécessitent un certain nombre de prérequis et de mesures d'accompagnement (allant au-delà de l'aspect protection sociale en santé) qui seraient difficiles d'ignorer dans un objectif ambitieux de couverture sanitaire universelle. Ils sont synthétisés dans la sous-section suivante.

Ces recommandations concernent plusieurs niveaux. Elles portent aussi bien sur le processus de définition de la nouvelle stratégie de financement de la santé que sur d'importants prérequis et mesures d'accompagnement. L'objectif ici est de permettre la mise en place d'une stratégie de financement plus cohérente, efficiente, équitable et pérenne.

Un processus participatif et progressif :

La définition de cette nouvelle stratégie de financement de la santé et l'élaboration de son plan de mise en œuvre nécessiteront une concertation très large et un vaste processus participatif où toutes les parties prenantes pourraient participer. Un dialogue ouvert mais **fondé sur des bases factuelles** et enrichi d'apports techniques d'experts nationaux et internationaux reconnus serait un atout majeur pour la mise en place d'une telle stratégie. Ce caractère participatif ne doit pas concerner seulement l'aspect consultatif avant la mise en œuvre, mais devrait toucher également les outils de mise en œuvre, particulièrement l'encadrement juridique du financement de la santé (exemple : Loi Cadre (Générale) sur la Couverture Sanitaire Universelle et de ses textes d'application).

Par ailleurs, il faudrait garder à l'esprit qu'une promptitude de l'action est très recommandée contrairement à une précipitation qui est, en général, contre-productive. Une démarche progressive de mise en œuvre serait mieux appropriée dans le cas de mise en œuvre d'une ambitieuse nouvelle stratégie de financement de la santé.

Une nouvelle stratégie prenant en considération aussi bien la demande que l'offre de soins

Comme cela a été déjà mentionné, la Couverture Sanitaire Universelle ne signifie pas que l'on doit se concentrer uniquement sur les aspects de protection sociale en santé. En effet, même si la population est protégée contre le risque maladie, cette couverture serait inefficiente si les services de santé ne sont pas disponibles et/ou sont de mauvaise qualité. C'est pour cela, qu'il serait important de prendre des mesures d'accompagnement dans ce sens et de les intégrer à la seconde phase du PNDS actuel et au-delà. Parmi ces mesures :

- Améliorer la disponibilité effective des médicaments (et dispositifs médicaux) et baisser leurs coûts.
- Remédier à la situation de la gestion des hôpitaux (surtout nationaux) qui doit être professionnalisé au travers d'un programme d'amélioration des outils de gestion, de formation mais aussi de recrutement de véritables managers quand c'est possible.
- Eviter le grand danger que représente le développement actuel du système de santé et des modalités de son financement qui favorise la mise en place d'un système « à deux vitesses », dans lequel les soins de meilleure qualité ne sont accessibles, dans les faits, qu'aux plus aisés ; les autres étant confinés à des soins de seconde zone, mal équipés, privés des ressources en quantité suffisante.
- Développer urgemment une politique des ressources humaines en vue de l'amélioration aussi bien de la qualité, de la quantité ainsi que la répartition du personnel sur tout le territoire, dans le cadre d'une déconcentration effective.
- Adopter une politique plus agressive et multisectorielle de lutte contre les comportements à risque ayant des externalités négatives importantes.
- Définir et adopter une stratégie pour la mise en place d'une assurance qualité des soins de santé, aussi bien dans le secteur public que privé, et développer des systèmes d'accréditation et de certification.

- Reconfigurer les soins de santé, particulièrement les hôpitaux, à Bujumbura pour une utilisation optimale des potentialités des hôpitaux nationaux.
- Renforcer la stratégie du respect de l'échelonnement ou filière des soins.
- Renforcer des programmes de santé publique qui sont relativement négligés alors qu'ils ciblent des problèmes graves (exemple du programme de lutte contre la malnutrition).

Une meilleure répartition des moyens et des ressources entre les régions et les provinces

Les analyses du chapitre 2 ont illustré le fait que les inégalités intra-régionales ont été réduites significativement alors que les inégalités inter-régionales n'ont pas évolué positivement. Une des explications à cette problématique est l'absence d'une véritable politique équitable de répartition des moyens et des ressources (capacités litières, plateaux techniques, paramédicaux et médecins, allocations budgétaires…) entre les régions et les provinces. C'est pour cela qu'il serait opportun de définir une carte sanitaire et des plans d'extension de la couverture sanitaire efficients et équitables en vue de corriger progressivement les inégalités entre les régions. Il serait également nécessaire de développer un modèle de répartition budgétaire fondé sur des critères équitables et objectifs ayant pour but de répondre aux besoins plutôt qu'aux demandes et d'atténuer les rapports de force.

Une meilleure gouvernance du financement de la santé

Les chapitres 2, 3 et 4 montrent que des programmes assurantiels ou de protection sociale en santé comme le régime des indigents et surtout la CAM souffrent d'arrangements institutionnels inefficients. En effet, comme les fonctions ne sont pas séparées cela crée des dysfonctionnements et des confusions qui ne permettent pas à ces régimes d'être performants. C'est pour cela qu'il serait nécessaire d'adopter une nouvelle vision avec une meilleure répartition des fonctions entre les diverses institutions publiques et privées impliquées dans la gestion, le financement et la régulation de ces programmes.

L'achat stratégique au travers du FBP utilisé par la Gratuité et la CAM pourrait être une option pour généraliser le paiement des prestataires par le biais de ce mécanisme qui est améliorable mais qui a déjà fait ses preuves.

Elargissement de l'espace fiscal de la santé

Cet élargissement cible trois actions prioritaires :

Premièrement, selon les capacités économiques du pays, allouer une enveloppe additionnelle au secteur de la santé au travers, entre autres, de programmes de prépaiement rentrant dans une stratégie de couverture sanitaire universelle[12].

Deuxièmement, une nouvelle stratégie nationale de financement de la santé cohérente, équitable, pérenne et efficiente, donnant la priorité à une couverture sanitaire universelle, serait un atout pour mobiliser des ressources extérieures.

Enfin, on ne pourrait maximiser l'impact d'une stratégie de CSU sans l'amélioration de l'efficience du système de santé. La marge de manœuvre est assez importante. Il est recommandé que le Gouvernement intègre cette dimension dans son plan d'action et particulièrement dans la revue du PNDS et la mise en œuvre de sa seconde phase.

L'expérience internationale (chapitre 4) a montré que les réformes de santé qui ont le mieux réussi sont celles qui mobilisent les ressources financières nécessaires à leurs politiques ambitieuses. L'adéquation entre les objectifs et les ressources est une condition sine qua non de réussite.

[12] Une partie pourrait être consacrée à l'accès financier et l'autre partie serait dédiée à l'amélioration de la disponibilité effective des services de santé de qualité et à la lutte contre l'exposition aux risques préjudiciables à la santé.

Renforcement des capacités institutionnelles

La refonte du financement de la santé va induire des changements importants qui, à leur tour, vont exiger un développement très conséquent du métier d'assurance maladie et d'assistance médicale en vue d'atteindre des degrés élevés de CSU. En effet, des activités stratégiques comme la « stratification de la population et la nécessité d'unifier et d'améliorer les critères et le processus d'identification des indigents », la « définition, élaboration et mise en application des outils modernes de gestion de l'assurance maladie et de l'assistance médicale », le passage à l'échelle… vont nécessiter un programme très ambitieux de renforcement des capacités institutionnelles (recrutement, formation, study tours et stages, accompagnement technique…). Cet aspect, souvent négligé lors de la planification des changements, doit être au centre des préoccupations opérationnelles futures en cas de refonte importante du financement de la santé.

Aller vers une politique d'achat stratégique

Le système de santé a amélioré son efficience mais ce progrès reste insuffisant (voir chapitre 2) face à de multiples goulots d'étranglement auxquels il fait face. En effet, les défis liés à la formation des professionnels de santé, à la politique de maintenance, à la disponibilité des médicaments et autres biens médicaux pour la population et les formations sanitaires qui les prennent en charge… exigent la définition de nouveaux arrangements contractuels fondés sur la performance. Le système de santé devrait exploiter son expérience du FBP pour passer à un modèle plus élargi où la contractualisation ne tournera plus seulement autour de la performance des formations sanitaires mais toucherait également la centrale d'achat des médicaments (CAMEBU), les écoles de formation paramédicale, l'administration d'encadrement (central et périphérique) et les programmes de santé publique.

.

I. Introduction générale

1.1. Contexte

1.1.1. Situation économique

Le gouvernement du Burundi a réussi à stabiliser l'économie du pays dans un contexte fragile. Le pays reste cependant vulnérable aux soubresauts politiques et aux chocs externes, notamment la volatilité des prix des matières premières particulièrement le pétrole. Si cette réussite mérite d'être soulignée, la croissance économique reste toutefois insuffisante pour engendrer une amélioration soutenue des conditions de vie des ménages. Lorsqu'il est tenu compte du taux de croissance démographique, le revenu par habitant n'a augmenté que faiblement au cours des dix dernières années et le pouvoir d'achat des ménages est aujourd'hui plus faible qu'il ne l'était il y a 20 ans.

Depuis une dizaine d'années, la croissance économique du pays a oscillé entre 4 % et 5 %. Cette stabilité est attribuable à une gestion macroéconomique saine du gouvernement dans un contexte de volatilité. Plusieurs chocs – internes et externes – ont ainsi forcé le gouvernement à adapter sa politique, souvent avec succès. En 2013, la croissance était estimée à 4,5 %, ce qui représente une augmentation de 0,5 % par rapport à l'année précédente. Cette hausse est expliquée par l'expansion des activités minières, manufacturières, de la construction et des services. Les investissements privés burundais ont augmenté, de même que la consommation des ménages, cette dernière ayant bénéficié des exonérations d'impôt sur le revenu pour les salariés gagnant moins de 100 dollars par mois (BM, 2014).

La gestion saine du cadre macroéconomique s'est également traduite par une baisse de l'inflation, qui a atteint 7,9 % en 2013 après avoir dépassé 20 % au premier trimestre de 2012. Les autorités ont en effet ralenti la croissance monétaire, cette dernière étant facilitée par la maîtrise des dépenses publiques. Cette politique prudente a été accompagnée d'une baisse du prix des importations de produits pétroliers au cours des derniers mois.

Entre 2005 et 2010, le budget de l'État a été sous perfusion. En effet, l'aide extérieure a représenté plus de deux tiers (67 %) des dépenses publiques en 2008 alors qu'elle comptait pour environ un cinquième (20 %) en 2006. En toute logique, cette situation ne pouvait être que provisoire. Cette aide massive avait eu lieu au lendemain des élections présidentielles et législatives de 2005 pour aider le pays à assurer sa transition.

Aujourd'hui, le budget de l'État reste très dépendant des dons mais cette dépendance est en baisse depuis 2010. La baisse de l'aide devait être compensée par une augmentation des recettes internes et une baisse de certaines dépenses publiques, comme celles liées à la démobilisation des forces armées. Toutefois, ces deux mécanismes d'ajustement n'ont pas fonctionné comme prévu (BM, 2014).

D'une part, les recettes domestiques ont augmenté dans un premier temps suite à la création de l'Office burundais des recettes (OBR), mais cette progression s'est arrêtée depuis 2011, du fait de modifications fréquentes dans la politique fiscale. Le changement le plus significatif a été la révision de la loi sur l'impôt sur le revenu de janvier 2013, un mois après l'adoption du budget de 2013 par le Parlement. Après seulement trois mois d'application, les recettes fiscales ont été d'au moins 20 % inférieures aux objectifs initiaux fixés par le gouvernement dans la loi des finances. Entre 2011 et 2013, le ratio des recettes budgétaires (fiscales et non fiscales) par rapport au PIB a baissé de 15,4 % à 13,4 %, soit deux points de pourcentage en deux ans.

D'autre part, les dépenses associées à la démobilisation n'ont pas diminué comme anticipé. En 2013, la part des ministères chargés de l'intérieur, de la sécurité publique et de la défense nationale dans le budget total a baissé de 14,8 % en 2012 à 13,2 % en 2013, soit une diminution de 1,6 point. Cette baisse est certes appréciable mais le niveau de ces dépenses reste relativement élevé comparé à celui d'autres pays fragiles ou à faible revenu. La part des forces armées (militaire et police) dans la rémunération des salaires est restée stable, s'élevant à environ 30 % depuis 2008.

Malgré les contreperformances en matière de recouvrement de recettes fiscales et la difficulté à compresser certaines dépenses, le gouvernement a réussi à baisser le déficit budgétaire de 3,7 % en 2012 à moins de 2 % en 2013, de même que le taux d'endettement, qui est passé de 35,1 % du PIB en 2012 à 31,7 % en 2013.

Les autorités ont donc ajusté le budget par d'autres moyens afin de maintenir un niveau de déficit relativement viable. Les coupes budgétaires ont porté à la fois sur les dépenses courantes et sur les dépenses en capital. De 2011 à 2013, les dépenses de fonctionnement sont passées de 24,4 % à 19,5 % du PIB, reflétant essentiellement la baisse relative de la masse salariale et des transferts courants. La masse salariale a diminué de 2,3 % du PIB pour s'établir à 7,1 % en 2013, tandis que les subventions ont baissé de 2,1 points du PIB. La baisse de la masse salariale résulte du gel des recrutements en dehors des secteurs de la santé et de l'éducation.

Globalement, le gouvernement a réussi à ramener le déficit budgétaire à un niveau soutenable. Malgré les contreperformances en matière de recouvrement de recettes fiscales, le déficit budgétaire a baissé de 3,7 % du PIB en 2012 à moins de 2 % en 2013. En conséquence, le recours au financement extérieur et aux avances de la BRB a fortement diminué, de même que le taux d'endettement, qui est passé de 35,1 % du PIB en 2012 à 31,7 % en 2013.

Cependant, la consolidation budgétaire n'est pas achevée au Burundi. Avec la réduction du déficit budgétaire au-dessous de 2 % du PIB, le devoir d'ajustement des finances publiques n'est plus de réduire davantage les dépenses publiques mais plutôt de mobiliser des recettes intérieures. Le gouvernement a fait des efforts considérables pour ramener le déficit budgétaire à un niveau compatible aux financements concessionnels disponibles. Toutefois, un écart énorme demeure dans la fourniture de services sociaux de base et des infrastructures publiques. Les infrastructures économiques et sociales sont bien en deçà des normes régionales et le pays a besoin de combler cet écart et de positionner son économie dans la dynamique régionale. Cela requiert, bien sûr, l'augmentation des dépenses publiques et en particulier des dépenses d'investissement. Dans le même temps, la soutenabilité des performances en matière de santé et d'éducation doit être assurée voir améliorer.

Bien que les autorités soient engagées à maintenir une politique budgétaire prudente à moyen terme, la gestion financière devrait rester difficile. La nécessité de préserver la viabilité de la dette continue d'être l'ancrage à moyen terme de la politique budgétaire. La mobilisation des recettes intérieures est considérée comme la principale source de financement durable à moyen terme, l'aide extérieure ayant déjà prouvé que le financement extérieur ne peut pas être un substitut permanent. Mais l'élargissement de l'assiette de fiscale s'inscrit dans la durée, laissant ainsi des marges de progression limitées des dépenses publiques et nécessitant une plus grande rationalisation des dépenses (BM, 2014).

1.1.2. Situation démographique

Les résultats du dernier recensement de la population de 2008 montrent que la population a été estimée à 8 053 574 habitants dont 51% de femmes. Ils montrent également que cette population est jeune avec 44% d'enfants de moins de 15 ans. Cette réalité constitue un défi énorme dans un pays ayant une densité moyenne de 310 Hab/Km^2. Il est aussi important de mentionner un déséquilibre spatial quant à la répartition de la population sur le territoire national avec des densités variant de 116.5 à 474.4 Hab/Km^2 respectivement dans les provinces de Cankuzo et Kayanza. En dépit du développement des villes enregistré ces dernières années, la population reste à prédominance rurale à près de 90%. Les enjeux démographiques sont de taille pour le pays. Le taux de croissance de la population est estimée à près de 2.4% avec une taille moyenne de 4.7 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 6.1 enfants par femme. Si ces tendances en termes de natalité demeurent et que les niveaux de mortalité diminuent, il sera difficile, toute chose égale par ailleurs, dans un proche avenir de nourrir cette population sans cesse grandissante. Notons que la terre demeure la principale source de richesse pour ces populations rurales et à ce titre source potentielle de conflits. Plus de 60% des litiges qui se présentent devant les tribunaux se rapportent aux conflits fonciers.

Pour faire face à ces défis, le Burundi à travers la Vision 20-25[13] entend mettre en œuvre des politiques démographiques plus rigoureuses dont le but est de réduire à terme le taux de croissance de la population de 2.4% à 2%.

1.1.3. Contexte social

En dépit des progrès récents dans les secteurs sociaux, il est peu probable que le Burundi atteigne en 2015 les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) sur la pauvreté, la santé et l'éducation.

1.1.3.1. *Pauvreté*

Selon le rapport sur les OMD au Burundi de 2010 (PNUD), environ 67% de la population burundaise est pauvre. Le niveau de pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, d'un minimum de 29,7% à Bujumbura à un maximum de 82% dans la province de Kirundo. Elle varie aussi considérablement à travers le clivage urbain-rural, les ménages urbains étant généralement mieux éduqués et moins susceptibles d'être pauvres ou sous-employés. En outre, il ressort que la proportion des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté a presque doublé car elle était 67% en 2006 contre 35% en 1990.

Les principaux facteurs contribuant à la pauvreté comprennent: la faible productivité agricole, le sous-emploi avec peu d'opportunités de revenus en dehors de l'agriculture (de subsistance), le rétrécissement et l'inégalité d'accès à la terre, le manque d'infrastructures de base (électricité, adduction d'eau potable et routes rurales adéquates); ainsi que l'épuisement rapide des ressources forestières et halieutiques.

Les groupes particulièrement vulnérables à la pauvreté comprennent les personnes déplacées par le conflit, les groupes minoritaires tels que les Batwa et les ménages dirigés par des femmes célibataires qui sont souvent contraints d'adopter des stratégies telles que la réduction de la ration alimentaire journalière ou du nombre de repas journaliers, avec un impact négatif sur la nutrition et la scolarité de l'enfant.

Bien qu'il n'existe aucune estimation récente du seuil de pauvreté, il y a eu des améliorations dans certains secteurs sociaux. En effet entre 1980 et 2012, l'IDH du

[13] La Vision 20-25 constitue un cadre de programmation mais aussi un projet de société en l'espace d'une génération

Burundi a augmenté de 1.6% par an, passant de 0.217 à 0.355, ce qui place le pays au 178ème sur 187 nations disposant de données comparables[14]. Par ailleurs, les résultats dans l'éducation et dans la santé se sont améliorés de façon significative au cours des dernières années.

1.1.3.2. Education

La politique d'éducation primaire gratuite a entraîné une augmentation importante des inscriptions et une plus grande parité entre les sexes, mais la qualité des services d'apprentissage reste faible. Le taux brut de scolarisation primaire a été amélioré de façon significative passant de 80 % en 2003-04 à 156,3 % en 2010.

Le ratio filles/garçons au niveau primaire est près de 100 %, mais le taux de réussite n'est que de 56 % rendant peu probable l'atteinte de la deuxième cible des OMD (taux d'achèvement du primaire de 100 %) par le Burundi. Combinés à de mauvaises techniques d'enseignement et à des ressources limitées, les gros effectifs dans les classes ont sapé la qualité de l'enseignement. Le taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire et tertiaire sont très bas (24,8 % et 3,2 % respectivement). Depuis Septembre 2013, le Gouvernement a lancé l'«école fondamentale» qui étend la durée de la scolarité primaire obligatoire de 6 à 9 ans. Le Gouvernement a également mis à jour le Plan de développement du secteur de l'éducation et de la formation 2009-2016, avec le soutien de bailleurs de fonds pour dénouer les goulots d'étranglement persistants tels que le manque d'enseignants qualifiés, de matériels didactiques et d'infrastructures adéquates.

1.1.3.3. Emploi des jeunes

Le sous-emploi des jeunes représente un défi majeur. L'exode rural de jeunes chômeurs ou sans emploi est en train de devenir un phénomène inquiétant dans les zones urbaines. En 2008, le taux de chômage des jeunes à Bujumbura a été estimé à 14,4 % contre 9 % à Gitega et 6,5 % à Karusi selon une enquête «1-2-3», réalisée en trois phases, dans plusieurs pays africains. Certaines des causes de chômage élevé des jeunes comprennent entre autres l'absence d'une politique nationale de l'emploi, une mauvaise connaissance du marché du travail, l'inadéquation entre la formation et l'emploi, le manque d'accès au crédit, et l'absence de programmes de formation professionnelle pertinents.

1.1.3.4. Genre

Des progrès ont été accomplis dans la réalisation de la parité entre les sexes dans l'éducation, mais des défis demeurent. Après avoir atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire, le Burundi est susceptible d'atteindre l'OMD 3 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Toutefois, l'inégalité persiste dans certaines régions et le taux d'abandon scolaire des filles est supérieur à celui des garçons. En outre même si l'écart se rétrécit, les disparités entre les sexes pour le taux d'achèvement du primaire restent, avec 55 % pour les filles contre 57,4 % pour les garçons en 2010. Au niveau de l'enseignement secondaire, la scolarisation des filles, qui en moyenne quittent l'école plus tôt, n'est que de 70 % par rapport à celle des garçons.

En matière de santé, les services aux femmes et aux enfants se sont nettement améliorées (voir plus bas).

En termes d'opportunités économiques, les ménages dirigés par des femmes sont extrêmement vulnérables et plus sévèrement touchés par la pauvreté que les ménages dirigés par les hommes (76 % contre 64 % pour les hommes) en raison de l'accès limité à

[14] PNUD-Rapport sur le Développement Humain 2013

la terre, au capital et au crédit. La stagnation du secteur agricole en raison de la faible productivité a un impact défavorable sur les femmes qui représentent 56% de la population active de ce secteur.

En ce qui concerne le pouvoir politique et la prise de décision, la représentation des femmes dans le Gouvernement s'est considérablement améliorée depuis l'élection de 2010. En effet, 45 % des membres du Gouvernement sont des femmes et ce taux est de 30% au moins pour les postes électifs aussi bien législatifs que locaux. Au Parlement, 32 % des sièges sont actuellement occupés par des femmes.

Malgré ces progrès, certaines lois sont encore en faveur des hommes et au détriment des femmes. La loi sur la citoyenneté ne permet pas à une femme mariée à un étranger de transmettre sa nationalité à son enfant ou à son mari. La loi sur le divorce est discriminatoire à l'endroit des femmes et les lois fiscales traitent les femmes chefs de ménage en tant que contribuables célibataires, ignorant leurs personnes à charge. Le code pénal dans les questions liées à l'adultère est également discriminatoire à l'égard des femmes. La violence basée sur le genre demeure un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité des sexes. Alors que la loi prévoit une forte protection pour les femmes sur le papier par rapport à la violence familiale, dans la pratique, elle n'est pas appliquée.

Les femmes ont peu d'autorité dans la famille ou dans la société, mais sont respectées en tant que mères et pour leur rôle en tant que principales dispensatrices de soins aux enfants. Elles sont responsables des tâches ménagères, de préparation des aliments et des travaux agricoles.

Cependant, les agricultrices sont particulièrement vulnérables car en dépit de leur fardeau découlant de leur rôle central dans l'agriculture, elles n'ont aucun droit de posséder des terres ou du bétail.

1.1.4. Situation sanitaire et profil épidémiologique

Les résultats sanitaires encourageants enregistrés pendant la période post-conflit sont liés à plusieurs réformes initiées par le Gouvernement du Burundi dont: (i) la décentralisation à travers la mise en place des districts sanitaires; (ii) la politique de la gratuité des soins en faveur des enfants de moins de cinq (5) ans et des femmes enceintes; et (iii) l'approche du Financement Basé sur la Performance. Cette dernière, couplée à la gratuité des soins, constitue le principal mécanisme incitatif au Burundi qui a produit de bons résultats parmi lesquels l'augmentation de l'utilisation des services de santé (passant de 1,68 consultations en 2009 à 2.2 consultations en 2012 pour les enfants de moins de 5 ans), l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement du système de santé à travers le partenariat public-privé et la participation communautaire, et une meilleure présence du personnel de santé dans les zones périphériques.

Cela a eu comme effet d'améliorer le niveau des indicateurs de mortalité. A titre illustratif, selon l'enquête MICS de 2005, le quotient de mortalité infantile était de 120 ‰, celui de la mortalité infanto- juvénile de 176 ‰ et enfin le ratio de mortalité maternelle de 615 pour 100 000 naissances vivantes. Pour ces mêmes indicateurs, l'Enquête Démographique et de Santé de 2010 a fourni respectivement les valeurs suivantes : 59 ‰, 96 ‰ et 499 pour 100.000 NV.

Toutefois, la situation sanitaire dans le pays reste préoccupante dans la mesure où l'espérance de vie à la naissance, qui était estimée à 49 ans selon le Recensement Général

de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2008 (dont 51,8 ans pour les femmes et 46 ans pour les hommes); a peu progressé pour passer à 50.9 ans en 2012[15].

Il est à noter que les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/Sida et la tuberculose.

Le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité chez les populations en général. Le taux de morbidité est passé de 36,23% en 2005 à 34,07% en 2010 avec un taux de mortalité dans les hôpitaux de 39,55% en 2005 et de 34,07% en 2010[16].

Les infections respiratoires aigües représentent la deuxième cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans[17] et regroupent un ensemble hétéroclite de pathologies virales, bactériennes et parasitaires. L'infection la plus fréquente est la pneumonie qui a causé 22,4% de morbidité chez l'ensemble des enfants de moins de cinq (5) ans en 2009.

Les maladies diarrhéiques constituent la troisième cause de morbidité chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Notons que 25% de ces enfants ont eu la diarrhée au cours des deux (2) semaines ayant précédé l'EDS 2010. Ces maladies sont en grande partie constituées des helminthiases, de la fièvre typhoïde, des amibiases et des « maladies des mains sales ».

La malnutrition chronique reste également un grave problème au Burundi. Selon l'EDS 2010, 58% des enfants de moins de cinq (5) ans souffrent de la malnutrition chronique dont 29% sous sa forme sévère. Par contre, la malnutrition aigüe est en dessous du seuil d'alerte défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (MAG >10%) au Burundi[18], soit un taux de 6% selon l'EDS 2010.

Le VIH/Sida constitue un problème majeur de santé publique et de développement au Burundi. Au cours de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée en 2010 (EDSB-II, 2010), les résultats montrent un taux de prévalence du VIH de 1,4% parmi la population de 15 à 49 ans. Cette prévalence qui reste plus élevée chez les femmes que chez les hommes (respectivement 1,7% et 1%) a été de 2.9% en 2007 ce qui dénote de l'efficacité de l'intervention du Gouvernement et de ses partenaires au développement dans la lutte contre l'épidémie.

La santé des enfants, de la mère et du nouveau-né reste au cœur des préoccupations du Ministère de la Santé. En vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le Gouvernement a adopté un certain nombre de mesures visant spécifiquement l'amélioration de la situation et la réduction des taux de mortalité de ces populations, avec notamment l'adoption de la gratuité des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq (5) ans, le renforcement de la vaccination de routine, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le renforcement des activités de prise en charge des cas de malnutrition et la prise en charge des indigents.

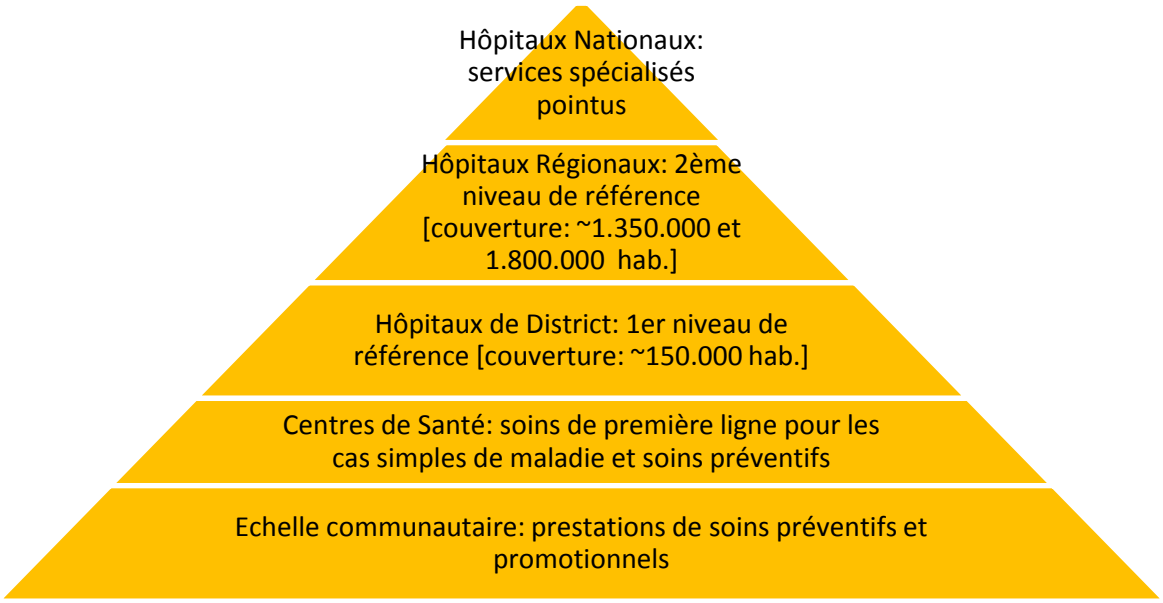
Concernant la santé de la mère, il est à noter que le taux d'utilisation des services de Consultation Prénatale (CPN) est de 99%[19] (au moins une visite). Cependant 41%[20] des femmes enceintes ont fait au moins quatre (4) visites avec un taux de 78,4%

[15] PNUD-Rapport sur le Développement Humain 2013
[16] Rapport PNILP, 2010
[17] Rapport d'évaluation du PNDS 2006 – 2010, Juin 2010
[18] Enquête nutritionnelle nationale 2005 (LMTC – UNICEF)
[19] EDSB,2010
[20] Rapport PNSR, 2012

d'accouchements assistés par un personnel formé[21]. L'EDS rapporte un taux de prévalence contraceptive par la méthode moderne de 18,6% en 2010 tandis que l'enquête PMS 2 estime ce taux à 31.7% en 2012. Cette situation est due aux efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires dans la mise à disposition des intrants et la gratuité des soins pour les femmes enceintes jusqu'à l'accouchement, la disponibilité des services dans les formations sanitaires, la sensibilisation de la population pour la planification familiale ainsi qu'à la disponibilité des contraceptifs dans les structures sanitaires[22].

En vue de faire face à cette situation épidémiologique et démographique, avec tous les défis qu'elle génère, le système de soins public est organisé d'une manière hiérarchique comme cela est décrit ci-dessous.

Figure n° 1 : Pyramide du système de soins public au Burundi



L'offre de soins préventifs et curatifs est assurée au niveau périphérique par 45 districts de santé couvrant 68 hôpitaux (dont 43 publics, 9 Confessionnels et 16 Privés) et 851 centres de santé (dont 501 publics, 125 confessionnels, 215 Privés et 10 Associatifs)[23] répartis sur les 129 communes du pays. Un district couvre 2 à 3 communes regroupant entre 100 000 à 150 000 habitants.

- **L'échelle communautaire**

Le MSPLS est en pleine réorganisation du niveau de santé communautaire qui va être essentiellement orienté vers les prestations de soins préventifs et promotionnels. Il est composé d'acteurs communautaires diversifiés comme les agents de santé communautaires (ASC, au nombre de 12.000 selon le MSPLS/DPSHA), les comités de

[21] PMS 2012
[22] Rapport OMD, 2010
[23] Annuaire statistiques des données des Centres de santé et des Hôpitaux pour l'année 2012, DSNIS, Juillet 2013

santé (COSA), les associations locales (ASLO), les réseaux communautaires…. Les acteurs communautaires sont coordonnés par un Technicien de Promotion de la Santé (TPS) basé au centre de santé pour renforcer continuellement leurs capacités et maintenir des liens étroits avec le Centre de Santé (CDS).

- **Le Centre de Santé**

Il est la porte d'entrée du réseau de soins au Burundi et offre le paquet de soins de première ligne pour les cas simples de maladie. Il offre également les soins préventifs comme la vaccination, la consultation prénatale (CPN), la consultation post natale (CPoN), la planification familiale (PF), le suivi de la croissance et de l'état nutritionnel. Les cas compliqués sont référés à l'hôpital de district.

- **L'Hôpital de District**

Il est le premier niveau de référence pour les patients provenant des centres de santé. Il dessert une aire de responsabilité de 10 à 15 CDS, soit une population moyenne estimée à 150.000 habitants. Il comporte des services médicaux et paramédicaux qui assurent une certaine précision dans la détermination du diagnostic biomédical. Les services médicaux doivent comprendre les urgences, la médecine interne, la chirurgie d'urgence, la gynéco-obstétrique, la pédiatrie. Les cas qui dépassent les compétences de médecine générale sont référés à l'hôpital régional.

- **L'Hôpital régional**

Il constitue le niveau de deuxième référence qui accueille les patients provenant des hôpitaux de district. Il doit desservir une aire de responsabilité comprenant 3 à 4 provinces sanitaires, soit entre 9 et 12 districts sanitaires[24]. Cet espace correspond à une population d'environ 1.350.000 habitants au moins et 1.800.000 habitants au plus. Il doit comporter des services spécialisés avec une allocation conséquente des ressources humaines, matérielles et financières pour assurer une bonne fonctionnalité. Les cas qui nécessitent une intervention hyperspécialisée sont dirigés vers les hôpitaux nationaux. Actuellement, il existe trois (3) hôpitaux de deuxième référence situés à Ngozi, Bururi et Gitega.

- **L'Hôpital national**

Il constitue le sommet du réseau des soins et comporte les services spécialisés pointus. Il s'occupe des cas de maladies qui dépassent les compétences et la technologie disponibles dans les hôpitaux régionaux.

1.2. Brève historique du financement de la santé du Burundi

L'accessibilité aux soins de santé pour la majeure partie de la population burundaise a toujours été problématique jusqu'à ce jour. Néanmoins, des initiatives concrètes ont été progressivement entreprises dans le sens de l'amélioration de cette accessibilité aux soins de santé pour toutes les couches de la population burundaise.

Au cours de la période coloniale, les soins de santé au Burundi, à l'instar d'autres colonies africaines, étaient gratuits pour les bénéficiaires et pris en charge financièrement par l'autorité coloniale et les organisations caritatives et non gouvernementales.

Lors de la période postcoloniale, le Burundi a maintenu le système d'Etat providence garantissant l'accès aux soins de santé mais la charge financière est devenue rapidement difficile à supporter.

[24] Normes Sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 au Burundi, MSPLS, Juin 2012

Avant 1980, l'Etat prenait totalement en charge les soins de santé des fonctionnaires relevant de la Fonction Publique, des Forces Armées et des étudiants universitaires aussi bien pour les consultations, les hospitalisations, les examens para cliniques que pour les médicaments.

Les soins de santé des travailleurs du secteur privé étaient supportés par l'employeur ; les autres citoyens, ne relevant pas de ces deux secteurs, payaient eux-mêmes les consultations externes mais recevaient gratuitement les médicaments dans les limites de leur disponibilité puisque les formations sanitaires étaient approvisionnées par le Ministère de la Santé Publique; alors que les soins préventifs étaient à la charge de l'Etat pour tous les habitants du Burundi.

A partir du 27 juin 1980, un régime d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés a été instituée par le décret-loi n°1/28 et par la suite la Mutuelle de la Fonction Publique a été créée par le décret-loi n°100/107. Par ce nouveau mécanisme la contribution de l'Etat a été réduite au paiement de la part patronale des cotisations, l'achat des soins étant assuré par la mutuelle à hauteur de 80% et par le bénéficiaire par le biais d'un ticket modérateur de 20%.

Dès le 28 juillet 1983, la fourniture des soins de santé pour les travailleurs des entreprises commerciales et industrielles privées ainsi que pour les personnels des établissements paraétatiques non soumis au Statut de la Fonction Publique a été mise en place par le décret-loi n°1/17.

Depuis le 20 mars 1984, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) a été créée par l'ordonnance conjointe du Ministre des Finances et du Ministre de la Santé Publique n°620/57 dans le but d'organiser la fourniture des soins de santé aux indépendants car la dispensation des soins aux autres catégories de la population était déjà réglementée à cette époque.

Il s'agissait d'organiser en effet la dispensation des soins de santé pour la catégorie de citoyens burundais, qualifiée « d'indépendants » par l'ordonnance ci-haut citée. Pour ces indépendants (en fait le secteur informel), il n'y avait pas encore de système organisé de prise en charge de leurs soins de santé alors qu'il en existait déjà pour les autres actifs œuvrant dans le secteur étatique et dans le secteur privé structuré.

L'acquisition volontaire de la CAM était ouverte à tout Burundais âgé de 21 ans dont les activités relevaient du secteur informel. Cette CAM couvrait tout le ménage (les parents et tous les enfants de moins de 18 ans) moyennant une contribution annuelle de 500 FBu (équivalent à 4 USD en 1984) ; 1,85 USD en 1992[25] et 0,6 USD en 2001. A l'origine, aucun ticket modérateur n'était exigé des affiliés mais en 1996, une nouvelle Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996 modifie celle de 1984 et instaure un ticket modérateur de 20%.

Depuis le 02 avril 2003, les modalités de la prise en charge médico-sanitaire des indigents étaient particulièrement régies par l'ordonnance ministérielle conjointe du Ministre de la Santé et du Ministre de l'Intérieur n°630/530/445. Les précisions nécessaires avaient été apportées quant à l'identification de l'indigent nécessitant une assistance médicale, aux structures intervenant dans la gestion de l'assistance médico-sanitaire de ceux-ci et la provenance des ressources.

[25] Arhin, Dyna. 1994. The health card insurance scheme in Burundi : a social asset or a non viable venture?. *Social Science and Medicine* 39(6): 861–70.

A partir de 2006, la politique de la gratuité des soins est lancée en faveur des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes et en accouchement. Riche de l'expérience menée pendant près de quatre (4) années, en avril 2010, le Gouvernement a décidé de coupler cette gratuité avec le programme de Financement Basé sur la Performance (dont des tests pilotes ont été menés depuis 2006 également) qui est passé à l'échelle.

Initialement pris en charge par les fonds issus de la remise de la dette à travers le mécanisme de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE), le financement de ces initiatives a été relayé par le financement conjoint du Gouvernement et de ses partenaires techniques et financiers à travers l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP).

Depuis Mai 2012, le mécanisme CAM a été rénové. Son acquisition est volontaire et ouverte à tout citoyen burundais dont les activités relèvent du secteur informel et du monde rural. L'arrêté instituant cette nouvelle version de la CAM stipule que celle-ci est mise en place en attendant que d'autres mécanismes d'assurance maladie à base communautaire s'implantent et s'étendent progressivement, et qu'elle est valable sur tout le territoire national.

Ce régime consiste à couvrir les travailleurs ainsi que leurs ayant droits mineurs. Le bénéficiaire doit s'acquitter d'un montant forfaitaire de 3000 FBu (~2US$)[26] pour acquérir la carte CAM qui permet de couvrir tous les membres du ménage qui sont éligibles. Les détenteurs de la CAM bénéficient, pendant une année, de tous les soins fournis par les centres de santé et les hôpitaux de district (les habitants de Bujumbura peuvent recourir aux services des hôpitaux nationaux s'ils sont référés par les centres de santé, à condition qu'ils reçoivent uniquement les prestations incluses dans le paquet de soins de l'hôpital de district), à l'exception des prothèses dentaires, des lunettes et du transport. Le bénéficiaire de la CAM paie un ticket modérateur de 20% du montant des prestations reçues alors que les 80% restants demeurent, en principe, à la charge de l'Etat.

Tout récemment, un certain élan de création d'assurances maladie privées et de mutuelles communautaires a été observé mais ces organisations se trouvent encore au stade embryonnaire. Les mutuelles communautaires de santé ne sont pas encore implantées dans tout le pays car l'exploitation des assurances maladie relève d'un domaine avec un risque financier assez élevé (voir chapitre 3 pour plus de détails).

1.3. Présentation de l'étude

La présente étude constitue la première étape d'un processus de développement d'une stratégie de financement de la santé qui vise à doter le Burundi d'un système de financement de la santé cohérent, efficient, durable et équitable.

Plus spécifiquement, l'étude a pour objectifs de : (i) quantifier et appréhender le financement du système de santé au Burundi ; (ii) examiner les forces et les faiblesses des régimes de financement de la santé au Burundi ; (iii) identifier les défis et l'impact du financement sur le système de soins au Burundi, et particulièrement sur les hôpitaux ; (iv) identifier les opportunités pour l'amélioration du financement du système de santé au Burundi ;et (v) recommander des options stratégiques au Gouvernement et aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) en vue d'améliorer le financement du système de santé au Burundi.

[26] Cette contribution passera à 6000 FBu incessamment (approuvé par le Conseil du Gouvernement en décembre 2013).

Du point de vue méthodologique, l'équipe chargée de l'étude a utilisé principalement des données secondaires en exploitant des rapports d'activités et diverses enquêtes et en combinant la revue documentaire simple et l'analyse approfondie des informations extraites des bases de données des enquêtes.

La réalisation de l'étude est le fruit des efforts conjugués et d'un partenariat fort entre le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) et les PTFs du secteur de la santé dont les plus actifs ont été la Banque Mondiale, la Coopération Belge, la GIZ, l'OMS et l'Union Européenne. La contribution de chaque partenaire a été traduite par la mise à disposition de l'expertise technique requise pour prendre en charge une partie de l'étude en fonction de son avantage comparatif, sous le pilotage du MSPLS.

1.4. Structure du rapport

Le présent rapport s'articule autour de 5 chapitres. Le premier présent chapitre, portant sur des aspects introductifs, est suivi par le chapitre 2 qui analyse l'ensemble des flux financiers du système de santé au Burundi et examine également les problèmes d'allocation des ressources, l'espace fiscal, l'efficience allocative et technique de ce système ainsi que les problèmes d'équité qui s'y développent.

Le chapitre 3 met l'accent sur les mécanismes de couverture du risque maladie pour en dégager les principales caractéristiques, les forces et les faiblesses ainsi que l'impact (positif et négatif) de ces mécanismes sur les prestations de soins fournies par le système de santé du Burundi.

Le chapitre 4 apporte un éclairage sur l'économie politique du financement de la santé au Burundi sur base d'une évaluation rapide des avis des détenteurs d'enjeux. Il fait également une synthèse des leçons apprises des expériences internationales des pays en développement dans le domaine.

Enfin, le chapitre 5 fait la synthèse des conclusions et des recommandations à suggérer aux décideurs et aux discussions lors de l'atelier national de consensus.

II. Analyse quantitative du financement du système de santé au Burundi

A l'instar des autres pays en développement de la Région, le système de santé du Burundi fait face à de multiples problèmes : contraintes macro-économiques, pauvreté, double charge de morbidité (maladies transmissibles et non transmissibles), contraintes de financement de la santé, démographie galopante, accessibilité difficile… Ce chapitre (plutôt quantitatif) essaie de donner un début de réponse à la question suivante : est-ce que le financement du système de santé au Burundi apporte une réponse adéquate à ces problèmes et défis ? En vue d'y arriver, les sections 2.1 à 2.5 analyseront respectivement les dépenses totales du système de santé, ses ressources et leur allocation, ainsi que les problèmes d'efficience et d'équité. En outre, une section succincte (2.6) sera dédiée à l'étude de l'espace fiscal du secteur de la santé (et des dépenses publiques de santé). La section 2.7, quant à elle, s'intéresse à l'impact de la configuration et l'envergure du financement sur l'accès et l'utilisation des services de santé. Et à la fin du chapitre, la section 2.7 suggèrera des recommandations.

2.1. Envergure du financement de la santé

Selon les données des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) de 2010, élaborés pour la seconde fois par le MSPLS (2014), ainsi que les extrapolations que les auteurs de ce rapport ont réalisées pour 2012[27], les dépenses totales du système de santé au Burundi se sont élevées à près de 308,4 Milliards FBu en 2012 contre 304,2 Milliards FBu en 2010 et 147,1 Milliards FBu en 2007 ; soit une augmentation annuelle moyenne de 17,4% durant la période 2007-2012.

Cette variation très importante est due à la forte augmentation des dépenses entre 2007 et 2010. Après 2010 l'accroissement des dépenses de santé a ralenti. A titre illustratif, quand on analyse les dépenses totales de santé per capita en FBu courants, on observe clairement cette tendance : ce ratio a été de 18848 FBu, 36022 FBu et 36999 FBu respectivement en 2007, 2010 et 2012. Ce même ratio exprimé en FBu constant (et en US$) a même baissé entre 2010 et 2012 comme le montre le tableau ci-dessous. En effet, les dépenses totales de santé per capita en FBu constants (et en US$) sont passées de 22071 FBu (29 US$) en 2010 à 19472 FBu (26 US$) en 2012 (loin des 44 US$ recommandés par la Commission Macro-Economie et Santé). La baisse des dépenses de santé par habitant en monnaie constante et en $ est due essentiellement à la dégradation du taux de change et à la baisse des allocations budgétaires (par habitant et en FBu constants) dédiées à la santé qui est elle-même liée à la chute des ressources publiques (recettes fiscales et appui budgétaire ; voir section 2.6 sur l'espace fiscal pour plus de détails) (FMI, 2013).

Cette diminution de la dépense de santé par habitant est accompagnée par celle du rapport des Dépenses totales de santé au PIB qui est passé de 12% en 2010 à moins de 9% en 2012.

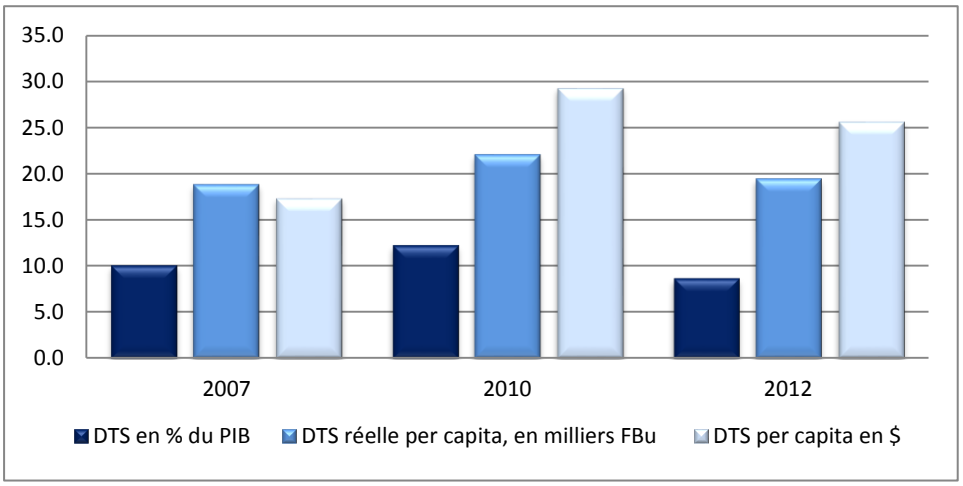
[27] Les extrapolations ont été faites grâce aux données actualisées sur le budget de l'Etat (effectivement exécuté ; y compris l'appui budgétaire des PTF), les données financières de la CAM et les résultats de l'enquête PMS 2 de 2012. Les autres dépenses ont été extrapolées en utilisant l'évolution démographique et les taux d'inflation entre 2010 et 2012.

Tableau n° 3 : Evolution de quelques indicateurs clé des CNS au Burundi entre 2007 et 2012

	2007	2010	2012
Dépenses Courantes de Santé, en Millions FBu		285.864	308.407
Dépenses Totales de Santé (DTS), en Millions FBu	147.116	304.195	327.628
DTS per capita, FBu courants	18.848	36.022	36.999
DTS en % du PIB	10.0%	12.2%	8.6%
DTS per capita, FBu constants (base 2007)	18.848	22.071	19.472
DTS per capita en US$	17	29	26

Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014 et Calculs des auteurs

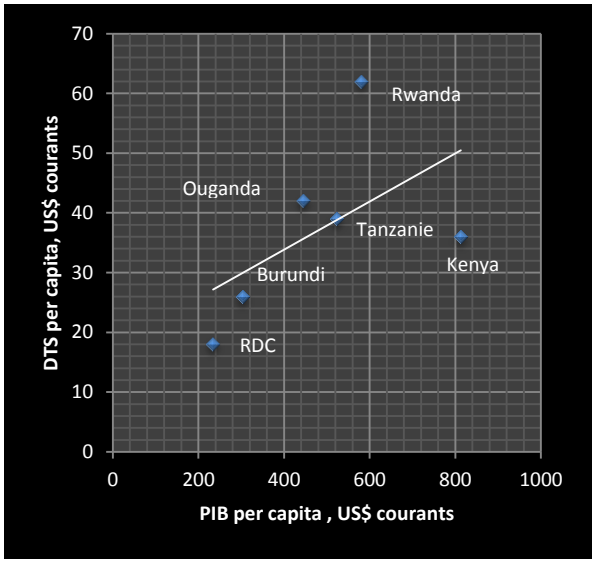
Graphique n° 2: Evolution des dépenses totales de santé per capita et en pourcentage du PIB, 2007 et 2012



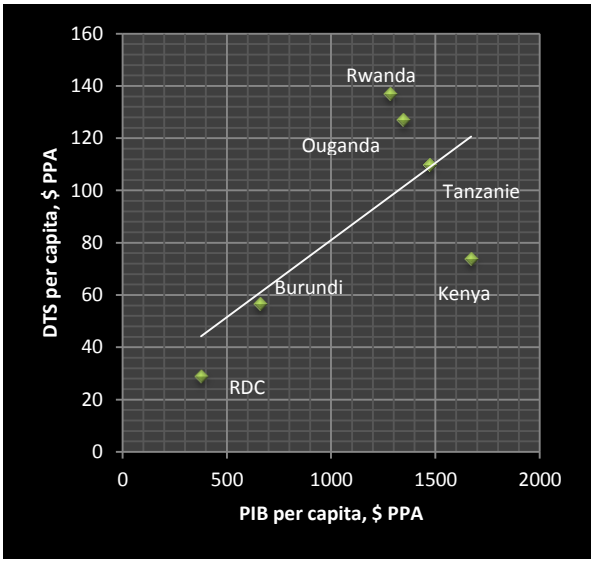
Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014 et Calculs des auteurs

En effectuant une comparaison avec les voisins (République Démocratique du Congo, Kenya, Ouganda, Tanzanie et Rwanda), on constate que le rapport des dépenses totales de santé au PIB au Burundi est en dessous de la moyenne sous régionale en 2012. Et cela est valable aussi bien en utilisant le $ US au taux de change courant que le $ en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA) comme l'illustrent les deux graphiques ci-dessous qui montrent que la Tanzanie est toujours située sur la droite des « moindres carrés » alors que le Burundi, la RDC et le Kenya sont en dessous (le Rwanda et l'Ouganda étant au-dessus de cette droite).

Graphique no 3 : PIB et dépense totale en santé per capita, US$ courants, Burundi et pays voisins



Graphique no 4 : PIB et dépense totale en santé per capita, US$ PPA, Burundi et pays voisins



Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014 et Calculs des auteurs

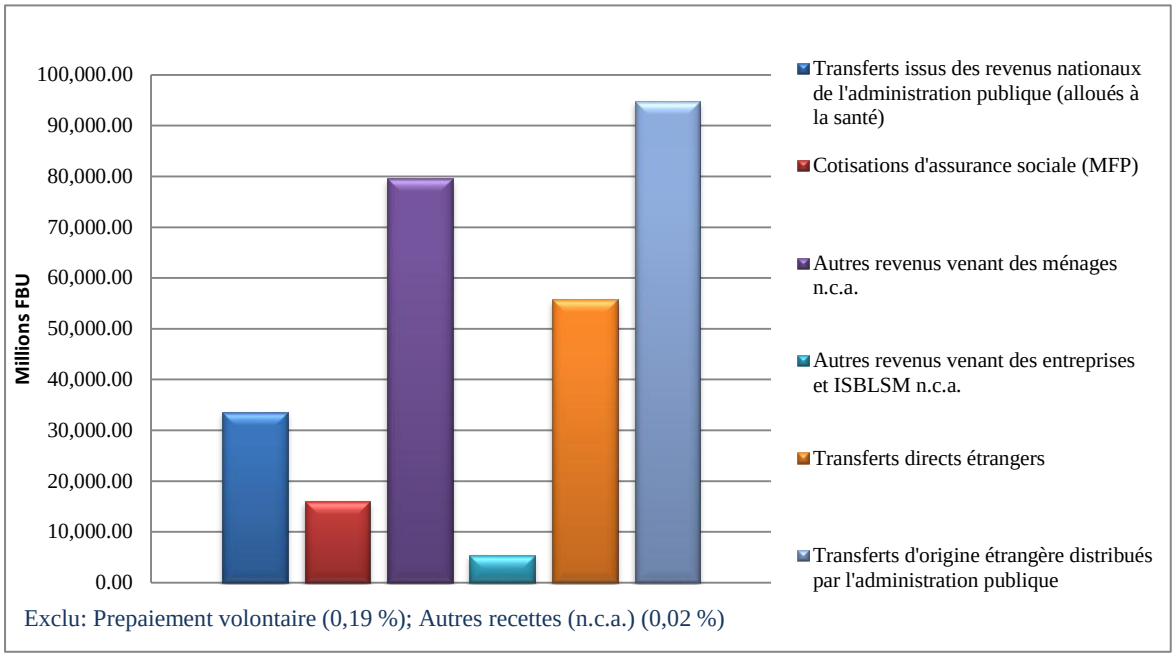
2.2. Sources et régimes de financement de la santé

Selon les données des CNS (MSPLS, 2014), portant sur l'année 2010[28], l'analyse des sources de financement du système de santé au Burundi indique une part importante des transferts étrangers. Les transferts issus des revenus nationaux de l'Administration Publique s'élèvent à 33.557,51 Millions FBu, soit 11,74 % des dépenses courantes de santé contre 52,7 % pour les transferts d'origine étrangère qui s'élèvent, quant à elles, à 150.649,19 Millions FBu. Ces transferts se scindent en transferts directs étrangers et des transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration Publique, y compris l'appui budgétaire général et l'appui projet.

Le graphique ci-dessous montre la forte contribution des ménages au financement de la santé (plus de 30%), principalement à travers les paiements directs aux prestataires de soins. Quant aux entreprises et ONG, leurs contributions s'élèvent à 1,91 % des revenus, dont la plupart sont des remboursements des entreprises pour les dépenses en santé de leurs employés (MSPLS, 2014).

[28] Il était très difficile pour les auteurs de ce rapport d'effectuer une extrapolation des dépenses par source de financement pour l'année 2012.

Graphique n° 5 : Sources de financement des dépenses courantes de santé, 2010



Source : MSPLS, 2014 (CNS 2010)

Il est important de préciser que 26,7% des dépenses des régimes publics[29] sont financés par les revenus nationaux, tandis que 73,34 % viennent des transferts d'origine étrangère. Ce qui dénote d'un poids surélevé des ressources externes dans le financement de la santé.

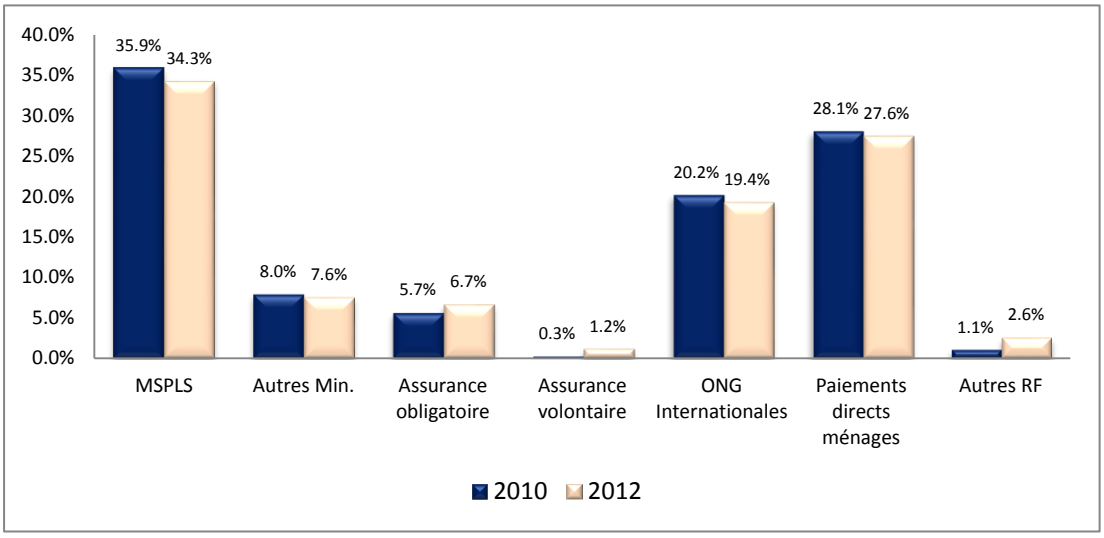
Contrairement aux dépenses de santé par source, l'extrapolation de la structure des dépenses par régime de financement a été réalisable. Ainsi, il a été possible d'effectuer une comparaison entre les deux années 2010 et 2012 (comme l'illustre le graphique ci-dessous).

En raison des contraintes budgétaires mentionnées plus haut et le changement dans l'ordre des priorités du Gouvernement, la part du MSPLS et des autres Ministères a baissé entre 2010 et 2012. Le poids des paiements directs des ménages a légèrement diminué au bénéfice des assurances obligatoires et volontaires (particulièrement la CAM). Ces tendances sont aussi bien négatives que positives :

- Négatives car elles reflètent une baisse du secteur de la santé dans l'ordre des priorités du Gouvernement (voir la section 2.6 sur l'espace fiscal pour plus de détails).
- Positives en raison de l'importance croissante des mécanismes de prépaiement qui demeurent, en dépit de leurs insuffisances, un garde-fou contre l'escalade des paiements directs des ménages qui ont, en effet, baissé en termes relatifs. Cette baisse a eu un impact positif sur l'accessibilité financière. En effet, entre 2009 et 2012, le pourcentage des ménages qui renoncent aux soins pour des raisons financières est passé de 52,9% à 36,9% (PMS 1 et 2). Cependant, cette évolution positive ne doit pas occulter la valeur de ce pourcentage qui demeure élevée (36,9%).

[29] Hors Mutuelle de la Fonction Publique

Graphique no 6 : Evolution de la structure des dépenses de santé par régime de financement 2010-2012



Source : MSPLS/CNS, 2014 et Calculs des auteurs

2.3. Efficience allocative des dépenses de santé

Selon les résultats des CNS 2010 produits par le MSPLS (2014), et comme le montrent les deux graphiques ci-dessous, les classifications des dépenses de santé par type de prestataires et par fonction sont toutes les deux en faveur de l'administration, des soins préventifs et des produits pharmaceutiques. Les hôpitaux et les prestataires de soins ambulatoires ne paraissent pas comme des bénéficiaires privilégiés des ressources financières du système de santé.

En effet, la classification des dépenses totales de santé par prestataire donne ce qui suit en termes de pourcentages :

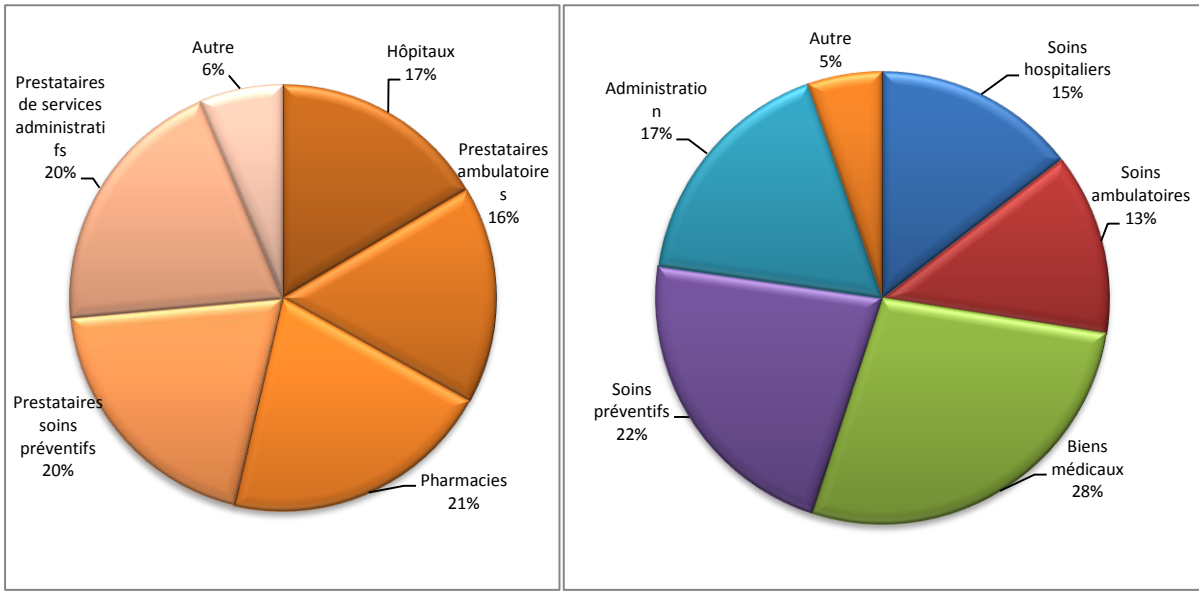
- Pharmacies : 21%
- Prestataires de services administratifs : 20%
- Prestataires de soins préventifs : 20%
- Hôpitaux : 17%
- Prestataires de soins ambulatoires : 16%
- Autres prestataires : 6%.

Quant à la classification fonctionnelle de ces dépenses, elle se décline comme suit :

- Biens médicaux : 28%
- Soins préventifs : 22%
- Administration : 17%
- Soins hospitaliers : 15%
- Soins ambulatoires : 13%
- Autres fonctions : 5%.

Graphique no 7 : Dépenses totales de santé par type de prestataires, 2010

Graphique no 8 : dépenses totales de santé par fonction, 2010



Source : MSPLS, 2014 (CNS, 2010)

Cette double structure des dépenses totales de santé est très instructive puisqu'elle permet de montrer les points positifs et négatifs de l'allocation des ressources du système de santé.

Quel est donc l'aspect positif de cette allocation ? L'accent mis sur les soins préventifs par le MSPLS est très pertinent car ces interventions sont à haut impact et pro-pauvres. Dans un contexte épidémiologique, démographique et socio-économique où les maladies transmissibles sont prééminentes, la fécondité élevée, la pauvreté étendue et les ressources financières trop limitées, cette politique parait bien adéquate. Toutefois, à l'intérieur même de ce bloc (prévention), il est nécessaire de remédier aux disparités entre les programmes de santé publique. En effet, si des programmes comme la lutte contre le VIH-SIDA paraissent assez bien financés, il n'en est pas de même pour d'autres comme le programme de nutrition (PRONIANUT) qui a l'apparence du parent pauvre du secteur de la santé alors que la malnutrition est un des maux les plus graves du système de santé au Burundi avec 59% de cas de malnutrition chronique et 10% de malnutrition aiguë sévère.

Quels sont maintenant les points négatifs de cette allocation des ressources entre prestataires et fonctions ?

Premièrement, la part hypertrophiée de l'administration est signe d'inefficience. Il est rare dans les systèmes de santé de voir cette part plus élevée que celle des hôpitaux ou des prestataires de soins ambulatoires par exemple (le rapport des dépenses des prestataires de services administratifs à celles des hôpitaux est de 1,22).

Deuxièmement, les prestataires de soins ambulatoires, particulièrement les centres de santé, bénéficient de moins de 17% des dépenses totales du système de santé. En raison de leur importance dans le système grâce à leur localisation, leurs services de proximité et leur caractère pro-pauvres, cette allocation parait bien faible. Ces prestataires pourraient

être également des agents de prévention très efficaces, particulièrement dans un contexte sanitaire où l'approche communautaire est mise en exergue.

Troisièmement, dans un bon nombre de pays, on reproche aux systèmes de santé de trop privilégier les hôpitaux qui monopolisent l'essentiel du financement de ce système (avec les biens médicaux). Au Burundi, la situation est complètement inverse. Les hôpitaux y sont largement sous-financés. Indépendamment de possible rationalisation de l'organisation et/ou d'un repositionnement de l'activité pouvant générer des économies d'exploitation, il est évident que les hôpitaux, particulièrement les établissements hospitaliers de Bujumbura, souffrent d'un problème de financement aigue. Tout d'abord, le financement de l'investissement et de l'entretien et maintenance est chétif. Cette quasi-absence conduit à un cercle vicieux de dégradation accélérée couplée au non remplacement. Ce qui ne manque pas de réduire leur fonctionnalité et donc les potentielles recettes d'exploitation. Il faut continuellement faire face à l'urgence et suspendre des activités au gré des pannes. De surcroit, ces formations ont d'importantes créances qui leur sont dues par des régimes de protection sociale en santé (CAM, Indigents principalement). Ce retard important ou la quasi-absence de paiement (voir chapitre 3 pour plus de détails) rend la situation de trésorerie extrêmement tendue avec un risque de perte de confiance de la part des fournisseurs des hôpitaux. En l'absence d'approvisionnement, les hôpitaux limitent les activités et perdent des recettes d'exploitation. Enfin le volume de ressources pour couvrir l'exploitation (hors amortissement) semble insuffisant. La gratuité est présentée comme un facteur aggravant. En fait il semble qu'il y ait une maîtrise limitée de l'ensemble des logiques de financement et de prestations et qu'il serait utile de mettre à plat tout cet ensemble plutôt que de se focaliser uniquement sur la gratuité (De Roodenbeke, 2012).

2.4. Efficience technique des dépenses de santé

Enfin, il faudrait noter que les intrants au Burundi sont trop coûteux, ce qui ne favorise pas l'accessibilité financière aux soins de santé et une amélioration nette du rapport coût-efficacité des interventions sanitaires. A titre illustratif, le ratio de prix médian des médicaments est utilisé pour indiquer comment ces prix au Burundi se situent par rapport à ceux du marché international.[30]Les prix publics d'achat ont été supérieurs aux prix internationaux de référence. Pour les patients, le ratio de prix médian dans le secteur public est de 1,70 pour les génériques tandis que, dans le secteur privé, les prix sont supérieurs (10,95 pour les spécialités et 2,56 pour les génériques).[31] Ce niveau de prix élevés est expliqué par le nombre d'intermédiaires entre les industries pharmaceutiques et le patient mais aussi par les marges élevées pratiquées par les grossistes et pharmacies. Le MSPLS estime que les pharmacies et les grossistes pratiqueraient une marge bénéficiaire respectivement de 50% et 40% (OMS, 2014).

[30]Les prix des médicaments ont été comparés à des prix de référence internationaux et exprimés sous forme d'un rapport entre le prix national et le prix international.
Par exemple, un ratio de 2 signifie que le prix national est deux fois plus élevé que le prix de référence international. Comme les prix ont été recueillis pour un panier de médicaments défini au préalable, le ratio de prix médian a été retenu pour donner une idée de la situation dans le pays.
[31]*Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Profile Pharmaceutique du Burundi, 2011.*

Tableau n° 4: Comparaison internationale : Ratio du prix médian des médicaments au Burundi

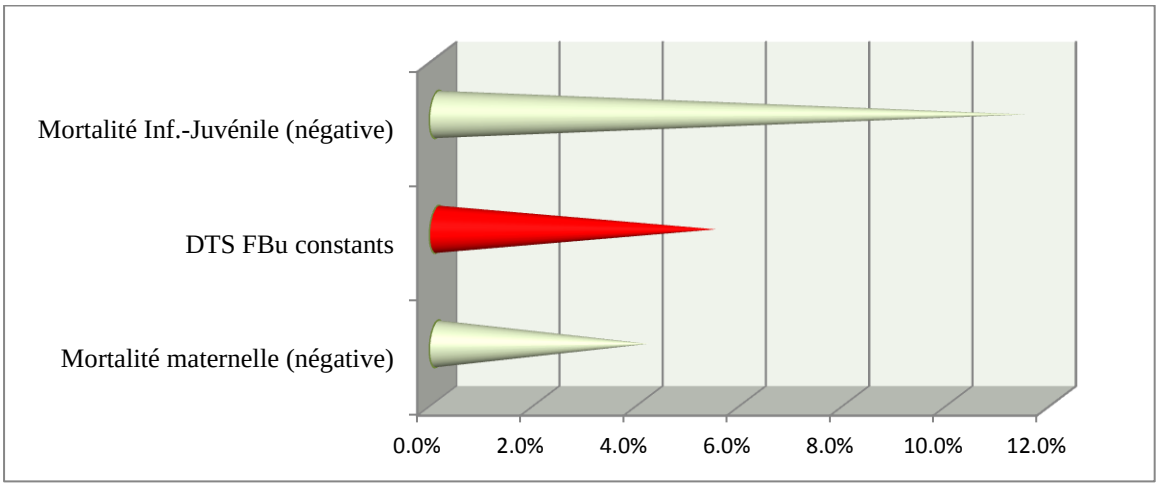
		Patient du secteur public	Patient du secteur privé
Ratio du prix médian	Spécialité		10,95
	Générique au prix le plus bas	1,7	2,56

Source: MSPLS, Profile Pharmaceutique du Burundi, 2011

En termes d'extrants (résultats intermédiaires), le Burundi a connu entre 2009 (PMS 1) et 2012 (PMS 2) une amélioration accélérée de ses indicateurs. A titre d'exemple, le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés et la prévalence de la contraception (méthodes modernes) ont connu une augmentation annuelle moyenne respectivement de 6,8%, 2,4% et 11,8% entre 2009 et 2012. Durant cette période, ces améliorations ont largement dépassé la progression annuelle moyenne des dépenses totales de santé per capita exprimées en FBu constants qui a été de 0,7%.

En termes de résultats (réduction de la mortalité), les performances sont plus mitigées. En effet, comme le montre le graphique ci-dessous, entre 2007 et 2010 (la date de la dernière EDS), l'évolution annuelle moyenne des dépenses totales de santé per capita exprimées en FBu constants a été de 5,4% soit une progression bien inférieure à celle de la réduction de la mortalité infanto-juvénile (11,4% annuellement entre 2005 et 2010) mais supérieure à celle de la mortalité maternelle (4,1% annuellement entre 2005 et 2010).

Graphique n° 9 : Valeurs absolues des variations annuelles moyennes des dépenses totales de santé per capita en FBu constants(2007-10) et de la mortalité infanto-juvénile et la mortalité maternelle (2005-10)



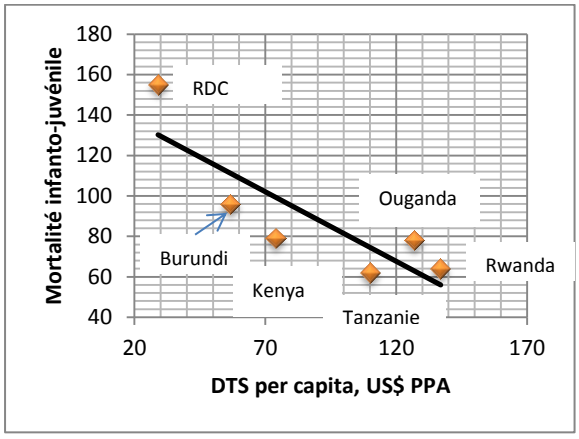
Source : CNS 2007 et CNS 2010 (MSPLS, 2014) ; MICS 2005 et EDS 2010 ; calculs des auteurs

Même si les indicateurs de santé maternelle et infantile demeurent faibles, il est indéniable que leur amélioration est assez significative. Toutefois, la mortalité maternelle demeure un très sérieux problème de santé publique, malgré les améliorations constatées, et requiert donc de redoubler d'efforts en vue de la réduire significativement.

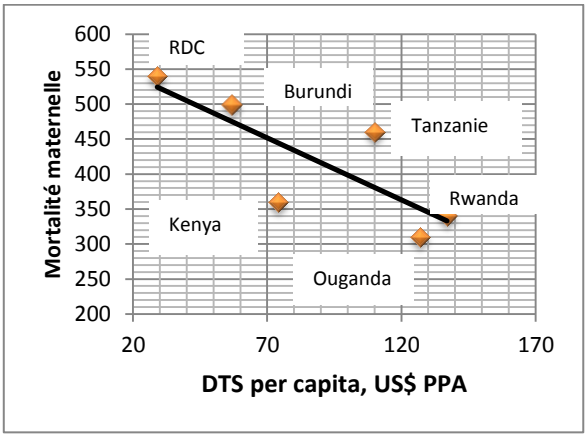
En opérant une comparaison sous régionale, on constate que le système de santé au Burundi est légèrement plus efficient que la moyenne des pays voisins. Comme l'illustrent bien les deux graphiques ci-dessous. Le Burundi fait bien mieux que la moyenne des pays voisins dans le domaine de la réduction de la mortalité infanto-juvénile et légèrement moins bien pour la mortalité maternelle.

Les deux graphiques ci-dessous essaient de situer la position du Burundi par rapport aux pays voisins et par rapport aux courbes de corrélation entre, d'une part, les dépenses totales de santé per capita en US$ International (PPA) et, d'autre part, la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile. On y constate que le Burundi est situé sous la courbe de corrélation pour ce qui est de la mortalité infanto-juvénile et au-dessus de cette courbe pour ce qui est de la mortalité maternelle.

Graphique n° 10 : Dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et mortalité infanto-juvénile, 2010, au Burundi et chez les pays voisins



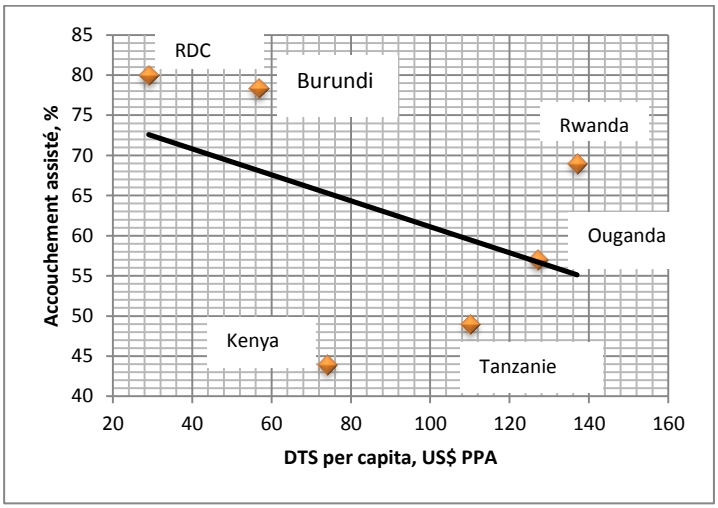
Graphique n° 11: Dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et mortalité maternelle, 2010, au Burundi et chez les pays voisins



Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS, 2014 ; EDS 2010 ; BM 2014

Ce résultat afférent à la mortalité maternelle est un peu particulier car les indicateurs d'utilisation (visites prénatales, accouchements assistés par un personnel de santé qualifié…) sont, en général, bien supérieurs à ceux des pays voisins (voir graphique ci-dessous). Ce qui signifie que le Burundi pâtit éventuellement d'une qualité de soins, apparemment, inférieure par rapport à la moyenne des pays voisins.

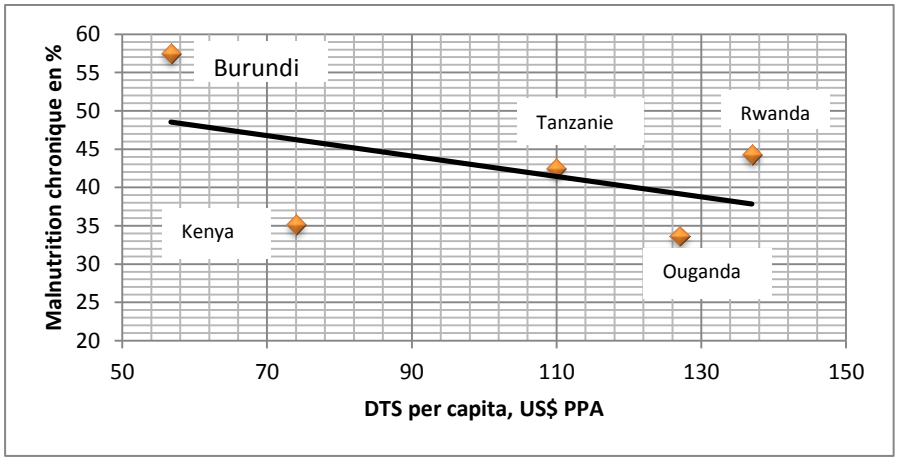
Graphique n° 12 : Dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et pourcentage d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, 2012, au Burundi et chez les pays voisins



Source : OMS, CNS, 2014 ; MSPLS, 2014 ; PMS 2 ; BM, 2014

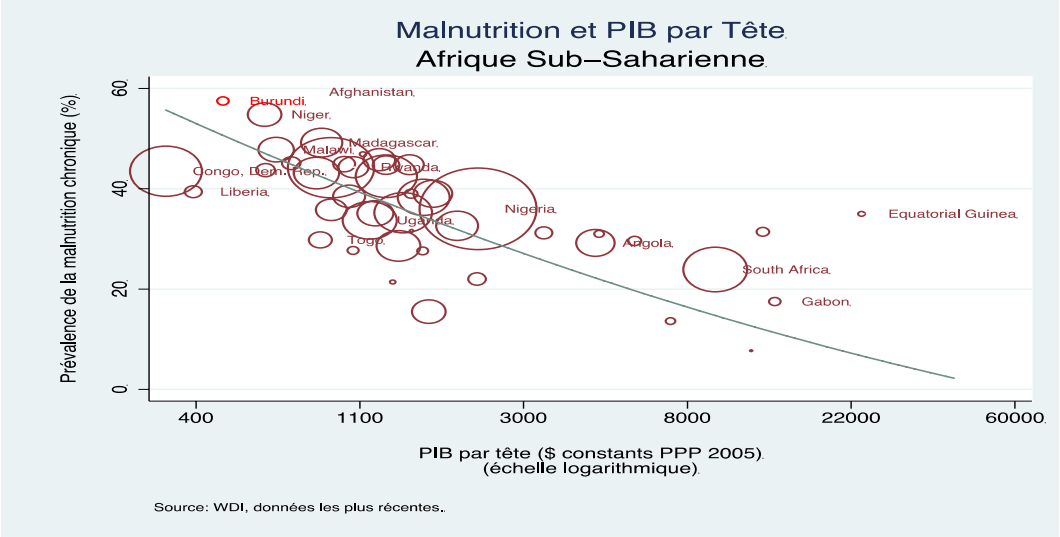
Par ailleurs, le système de santé au Burundi paraît concentrer davantage d'efforts sur les programmes bien appuyés par les Partenaires Techniques et Financiers et néglige un peu d'autres qui sont bien moins soutenus comme par exemple la lutte contre la malnutrition qui reste un domaine où le Pays est beaucoup moins efficient (en absolu et) par rapport aux pays voisins comme le montrent bien les deux graphiques suivants.

Graphique n° 13 : Dépenses totales de santé per capita en US$ PPA et pourcentage de malnutrition chronique (globale), 2010, au Burundi et chez les pays voisins



Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS, 2014 ; EDS 2010, BM, 2014

Graphique nº 14: Malnutrition et PIB par tête (pays Afrique Sub-Saharienne)



Au travers de cette analyse succincte de l'efficience technique, il apparait que le système de santé au Burundi est efficient lorsqu'il s'agit de santé infantile, d'indicateurs d'utilisation des services de santé, mais demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (très probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et contre des problèmes de santé publique un peu négligés (ou mal soutenus) comme la malnutrition.

2.5. Dépenses de santé et équité

Dans cette section, la méthodologie utilisée repose sur des résultats produits par le logiciel *Automated Development Economics Poverty Tables (ADePT) (version 5.5)* et se sert essentiellement des données de l'enquête PMS 2012 (MSPLS & ISTEEBU, 2013). Les résultats produits appliqués dans le domaine de la santé permettent d'analyser les inégalités dans l'utilisation des services de santé, et les subventions de santé, en considérant la consommation comme une mesure du bien-être. *ADePT* permet d'analyser la distribution et l'évolution des inégalités de santé et dans l'utilisation des soins de santé entre riches et pauvres. Le logiciel permet également d'analyser l'effet des subventions au secteur de santé, l'objectif étant de voir si dans le meilleur des cas, les pauvres en bénéficient de façon disproportionnée. Cette analyse fait partie du module appelé Analyse de l'Incidence des Bénéfices ou Benefit Incidence Analysis en anglais (*BIA*).

Enfin *ADePT* se réfère aux indicateurs usuels de statistiques comme l'indice de Gini ou l'indice de concentration qui mesure dans le cas de l'utilisation de santé les inégalités entre les pauvres et les riches, avec une valeur tendant vers 1 ou 100% pour des inégalités plus élevées. L'indice de concentration calculé à partir de la courbe de concentration, est représenté graphiquement par *ADePT*. Il est obtenu en rangeant le pourcentage cumulatif des individus sur l'axe des abscisses et sur l'axe des ordonnées le pourcentage cumulatif de l'utilisation des soins de santé.

Dans cette analyse qui porte sur l'équité (BM, 2014), trois dimensions sont analysées : (1) le degré de protection financière, (2) l'inégalité des dépenses publiques ou l'incidence des bénéfices tirés des subventions, (3) les inégalités de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé.

2.5.1. *Degré de protection financière : Dépenses catastrophiques et appauvrissement des ménages*

Cette sous-section présente des données sur deux mesures alternatives de protection financière. La première s'interroge sur le caractère « catastrophique » des dépenses de santé individuelles, au travers des paiements directs nets des ménages ; elle examine si ces dépenses dépassent une certaine fraction du revenu du ménage, de sa consommation totale ou de sa consommation non alimentaire. La deuxième apprécie si les dépenses de santé individuelles sont « appauvrissantes » ; autrement dit, si elles sont tellement élevées qu'elles poussent les ménages en dessous du seuil de pauvreté[32].

Dépenses « catastrophiques »

Les dépenses dites catastrophiques en santé sont définies comme étant les paiements en soins de santé excédant un pourcentage préétabli de la dépense totale du ménage ou de la dépense non alimentaire. Les colonnes du tableau ci-dessous donnent différents seuils (compris entre 5% et 40%) selon lesquels la part de la dépense allouée par le ménage à la santé est jugée catastrophique. La première ligne du tableau montre la proportion des ménages ayant la part du budget allouée aux paiements des soins de santé supérieure au seuil prédéterminé. La seconde ligne relie l'incidence des paiements catastrophiques à la distribution des dépenses des ménages, et montre l'indice de concentration des paiements catastrophiques. Ainsi une valeur positive de l'indice de concentration montre une tendance de la concentration des dépenses catastrophiques chez les plus riches ; tandis qu'une valeur négative indique que cette concentration est plutôt chez les plus pauvres.

Le même tableau montre qu'en 2012, quand le seuil passe de 5% à 40% de la dépense totale des ménages, l'estimation de l'incidence des paiements catastrophiques diminue de 7% à 0,4%. Quant à l'indice de concentration, il garde un signe négatif quel que soit le seuil, ce qui implique que les paiements catastrophiques sont plus concentrés parmi les plus pauvres. En prenant en considération les quintiles de richesse, on remarque qu'effectivement, l'incidence des paiements catastrophiques en santé parmi les plus pauvres est plus importante et atteint 14,4% comparé à 1,8% parmi les plus riches pour un seuil de 5% ; alors que pour un seuil de 40%, elle passe de 1,2% chez les plus pauvres à 0,0% chez les plus riches.

Tableau n° 5 Incidence des paiements catastrophiques de santé

Dépenses totales	**Seuils : part de la santé dans les dépenses totales du ménage**					
	5%	**10%**	**15%**	**25%**	**30%**	**40%**
Proportion de la population dont la part de la santé dans les dépenses totales du ménage dépasse le seuil	7,0	3,6	2,4	0,9	0,8	0,4
Indice de concentration	-0,373	-0,431	-0,417	-0,492	-0,524	-0,603
Dépenses non alimentaires						
Proportion de la population dont la part de la santé dans les dépenses totales non alimentaires dépasse le seuil	18,1	14,1	11,4	7,8	6,4	4,4
Indice de concentration	-0,264	-0,315	-0,326	-0,341	-0,342	-0,344

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

[32] Toutefois, cette méthodologie a deux limites : d'une part, elle ne mesure pas les pertes de revenus liées à la maladie, d'autre part, elle ne mesure pas suffisamment la totalité de l'impact de la mauvaise santé sur le ménage.

Lorsque le seuil passe de 5% à 40% des dépenses non alimentaires, l'estimation de l'incidence des paiements catastrophiques diminue de 18,1 % à 4,4 % mais demeure assez élevé (4,4% de la population représente à peu près 400.000 personnes). L'indice de concentration des dépenses catastrophiques est négatif quel que soit le seuil considéré ; ce qui signifie que ce sont les plus pauvres qui sont les plus susceptibles d'avoir des dépenses de santé catastrophiques.

Dépenses de santé individuelles appauvrissantes

Cette partie présente les mesures de pauvreté correspondant aux consommations brute et nette des dépenses directes de santé des ménages. Une comparaison des deux mesures brutes et nettes montre l'ampleur de l'appauvrissement dû aux frais de santé. L'idée est que les taux de pauvreté mesurés auraient été moindres si les dépenses directes des ménages en soins de santé avaient été mises à leur disposition pour consommer autrement. L'hypothèse ici est que les dépenses directes de santé sont involontaires et sont causées par des «chocs» de santé; les dépenses de santé sont supposées être financées par la réduction de la consommation actuelle.

Tableau n° 6: Mesures de la pauvreté à partir de la consommation brut et des dépenses de santé

	Montant brut des dépenses de santé	**Montant net des dépenses de santé**	**Variation**	**Taux de variation**
Ligne de pauvreté : 1.15 en milieu urbain et 0.7 en milieu rural				
Taux de pauvreté en %	38,6	39,1	**0,5**	1,3%
Ecart de pauvreté	0,1	0,2	0,0	2,2%
Ecart normalisé de pauvreté	19,4	19,8	0,4	2,3%
Ecart moyen, positif et normalisé de pauvreté	50,2	50,7	0,5	1,0%

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

Le tableau ci-dessus montre que 0,5% de la population n'auraient pas été pauvres si les ressources ayant été consacrées à la santé avaient été consommées autrement. En d'autres termes, le taux de pauvreté est augmenté de 0,5 points de pourcentage (soit 1,3%) à cause de la mauvaise santé qui a détourné les dépenses des ménages de la consommation générale vers les dépenses en santé. Quand les paiements de santé sont déduits de la consommation générale, l'écart de pauvreté ne varie pas de façon significative. L'écart moyen normalisé positif, quant à lui, augmente légèrement de 0.4%, ce qui suggère que la hausse de l'écart de la pauvreté est principalement due à un nombre supplémentaire de

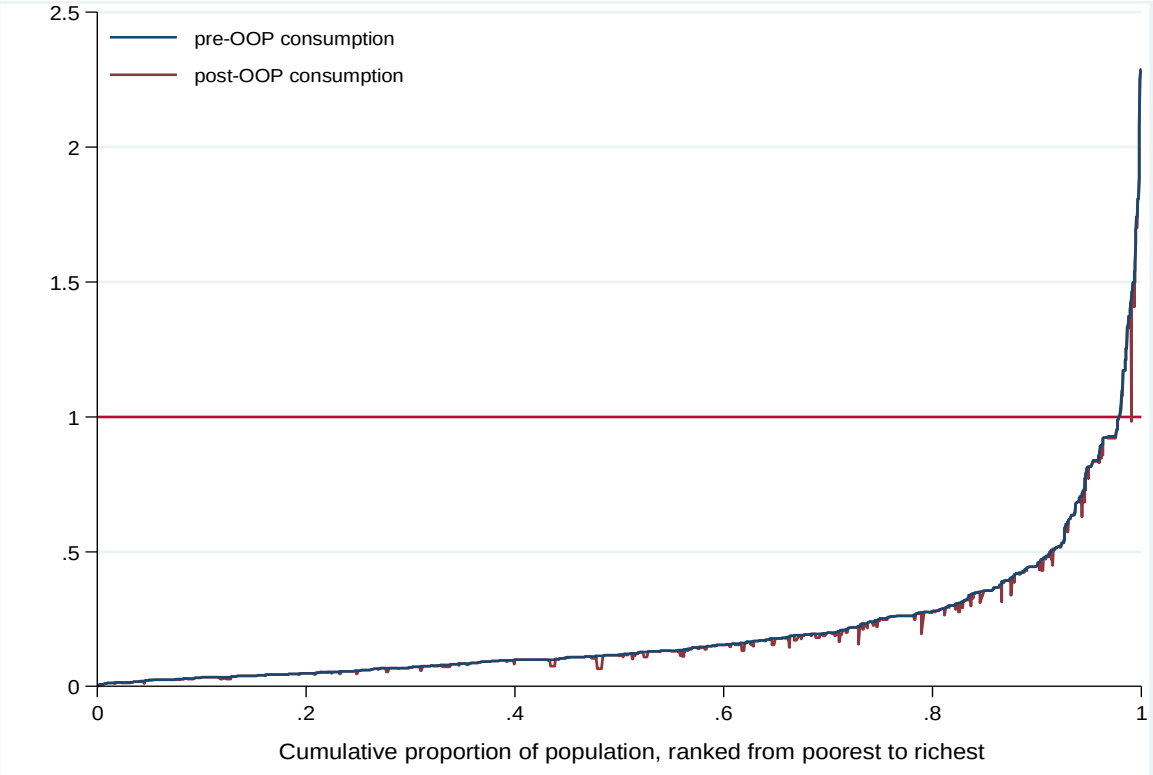
ménages introduits dans la pauvreté par le biais des paiements directs de santé, et non pas en raison de l'approfondissement de la pauvreté des ménages déjà pauvres.

L'appauvrissement des familles dû aux dépenses de santé individuelles catastrophiques touche donc 0,5% de la population, soit près de 45.000 personnes par an. Autrement dit, en moyenne, 123 Burundais tombent dans la pauvreté quotidiennement à cause de ces dépenses catastrophiques liées à la santé.

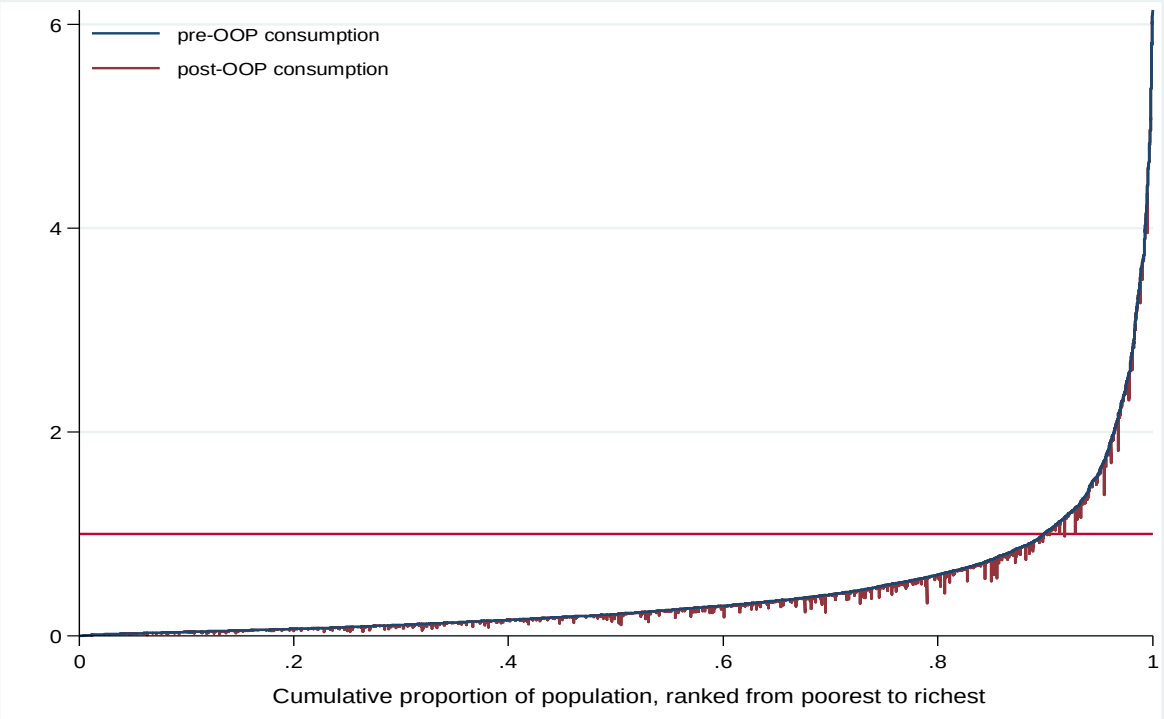
Le graphique ci-dessous montre l'effet des paiements directs de la santé sur la pauvreté par le biais de *"Pen's parade"*. Les ménages sont alignés dans l'ordre croissant de leur consommation, y compris les paiements directs de santé. Les *"coulées de peinture "* verticales indiquent la mesure dans laquelle les paiements directs de santé peuvent détourner les dépenses d'un ménage pour d'autres types de dépenses (nourriture, éducation, habillement, etc.). La longueur de la ligne de peinture descendante montre, donc, à quel point les dépenses de santé compromettent le niveau de vie des ménages. Ce sont essentiellement les ménages dans le troisième quintile qui sont amenés en dessous du seuil de la pauvreté par ces paiements directs de santé. Le graphique montre également que de nombreux ménages déjà pauvres connaissent un approfondissement de la pauvreté en raison de leurs dépenses de santé.

Graphique n° 15 : Effets des dépenses de santé sur la courbe de la parade de Pen des dépenses de consommation des ménages

Urbain



Rural



Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

2.5.2. Analyse de l'incidence des bénéfices (à qui profitent les dépenses publiques ?)

L'analyse de l'incidence des bénéfices croise les données sur l'utilisation des services de santé dans les structures publiques (PMS 2) avec celles sur les transferts des subsides entre les divers niveaux de soins. Les données sur les subsides utilisées ici ont été produites sur base des résultats des comptes nationaux de la santé de 2010. Elles ont été extrapolées pour générer les valeurs de 2012 qui estiment les subsides des hôpitaux et des Centres de Santé (CDS) à 31.4 Milliards de FBu dont 41% pour les premiers et 59% pour les seconds.

Les tableaux présentés dans cette sous-section montre la distribution par quintile du bien-être dans l'utilisation des services publics de santé, les paiements directs des ménages et les subsides alloués aux structures publiques de soins. Ils mettent en exergue les degrés d'utilisation de chaque niveau de soins, la part de subside publique allouée à chaque quintile de bien-être et à chaque catégorie de structure de soins. Ces analyses seront complétées par les indices de concentration (IC) qui donnent la direction et l'intensité des inégalités des subsides publiques. Pour rappel, une valeur négative traduirait une forte concentration des subsides en faveur des pauvres et une valeur positive le contraire.

Tableau n° 7: Distribution de l'utilisation des services publics de santé

	Hôpital: Soins hospitaliers (nbr. visites)	Hôpital: Soins ambulatoires nbr. visites)	CDS: Soins hospitaliers nbr. visites)	CDS: Soins ambulatoires (nbr. visites)
Moyenne				
Quintile le plus bas (pauvre)	0,084	0,027	1,424	2,460
2	0,093	0,022	1,401	2,432
3	0,095	0,031	1,441	2,345
4	0,118	0,027	1,355	2,168
Quintile le plus élevé (riche)	0,129	0,029	1,012	1,491
Total	0,104	0,027	1,327	2,179
Proportion				
Quintile le plus bas	16,1	19,6	21,5	22,6
2	18,0	16,4	21,1	22,3
3	18,3	22,7	21,7	21,5
4	22,8	19,7	20,4	19,9
Quintile le plus élevé	24,8	21,5	15,3	13,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice de concentration	0,0955	0,0461	-0,0538	-0,0867

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

Le tableau ci-dessus met en relief une plus forte utilisation des services des soins dans les CDS que dans les hôpitaux. En effet, on observe une moyenne de 2.2 visites par habitant en ambulatoire dans les CDS contre 0.03 dans les hôpitaux et 1.3 visites par habitant en hébergement dans les CDS contre 0.1 dans les hôpitaux.

Par ailleurs, en considérant la répartition de l'utilisation des services de soins selon les quintiles du bien-être, on constate que l'utilisation des services des hôpitaux est plus concentré chez les riches puisque l'indice de concentration est positif aussi bien pour les soins en hospitalisation que pour les soins en ambulatoire (IC=0,0955 et IC=0,0461 respectivement). Quant à l'utilisation des services de soins dans les CDS, elle est plus concentrée chez les pauvres puisque l'indice de concentration est négatif aussi bien pour les soins en hébergement que ceux en ambulatoire (IC=-0,0538 et IC=-0,0867 respectivement). Ceci corrobore le caractère de structures sanitaires de proximité des CDS pour une population à 90% rurale où se recrute la majorité de la population la plus pauvre.

Quant à l'analyse des paiements directs des ménages pour les soins de santé, elle montre que ceux-ci sont plus élevés pour l'hospitalisation dans les hôpitaux que pour les autres services. Comme le montre le tableau ci-dessous, en moyenne, en 2012 les Burundais ont

dépensé 2074,9 FBu pour les soins en hospitalisations dans les hôpitaux contre 208,7 FBu pour les soins ambulatoires à l'hôpital, 206,8 FBu pour les soins en hébergement dans les CDS et 344,7 FBu pour les soins ambulatoires dans les CDS.

Tableau n° 8: Distribution des dépenses d'usagers des services de santé publics en 2012

	Paiement direct Hôpital: Soins hospitaliers	Paiement direct Hôpital: Soins ambulatoires	Paiement direct CDS: Soins hospitaliers	Paiement direct CDS: Soins ambulatoires
Moyenne per capita en FBu				
Quintile le plus bas	1451,20	77,26	85,57	247,43
2	1170,99	115,27	377,78	330,58
3	2139,62	169,02	132,63	388,73
4	2284,69	360,72	275,34	447,84
Quintile le plus élevé	3327,18	321,13	162,72	309,04
Total	2074,92	208,69	206,78	344,72
Proportion				
Quintile le plus bas	14,0	7,4	8,3	14,4
2	11,3	11,0	36,5	19,2
3	20,6	16,2	12,8	22,6
4	22,0	34,6	26,6	26,0
Quintile le plus élevé	32,1	30,8	15,7	17,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Indice de concentration	0,2074	0,3229	0,0265	0,0545

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

L'examen de la distribution des paiements directs selon les quintiles de bien-être montre que, quel que soit le niveau des structures sanitaires, les paiements directs sont concentrés chez les plus riches, plus particulièrement au niveau des hôpitaux et dans une moindre mesure dans les CDS. En effet, tous les indices de concentration sont positifs partout, mais non significatifs dans les CDS.

La combinaison des données sur l'utilisation et les paiements directs des ménages ainsi que l'information sur la répartition des subsides publics entre les divers niveaux de soins est synthétisé dans le tableau ci-après qui résume la configuration de l'incidence des dépenses publiques de santé. Les deux premières lignes du tableau montrent comment les dépenses publiques de santé varient selon les différents niveaux de services ainsi qu'entre les soins en hospitalisation et les soins en ambulatoire. Ce tableau contient trois estimations de la répartition des subsides publics entre les catégories socio-économiques. La première est fondée sur l'hypothèse du coût unitaire constant selon laquelle chaque type de soins est supposé avoir le même coût correspondant à un montant égal aux coûts

totaux encourus dans la fourniture de ce type de services divisés par le nombre d'utilisateurs de ce dernier. La deuxième hypothèse des coûts proportionnels suppose que le niveau des frais payés pour un service donné est proportionnel au coût de production dudit service. La troisième hypothèse des coûts linéaires suppose que le montant unitaire des subsides est égal au total des subsides pour un service donné divisé par le nombre d'utilisateurs de ce service.

Tableau n° 9: Distribution des subsides publics de soins de santé en 2012

	Hôpital: Soins hospitaliers	**Hôpital: Soins ambulatoires**	**CDS: Soins hospitaliers**	**CDS: Soins ambulatoires**	**Subvention totale**
Montant total des Subsides (en millions de FBU)	6 699	6 176	3 454	15 059	31 390
Proportion des subsides	21,3%	19,7%	11,0%	48,0%	100,0%
Hypothèse du coût unitaire constant					
Quintile le plus bas	16,1	19,6	21,5	22,6	20,5
2	18,0	16,5	21,1	22,3	20,1
3	18,2	22,7	21,7	21,5	21,1
4	22,8	19,7	20,4	19,9	20,5
Quintile le plus élevé	24,8	21,5	15,3	13,7	17,8
Indice de concentration	0,0948	0,0460	-0,0538	-0,0867	-0,0185
Hypothèse de coûts proportionnels					
Quintile le plus bas	14,0	7,4	8,3	14,4	12,2
2	11,3	11,0	36,5	19,2	17,8
3	20,6	16,2	12,8	22,6	19,8
4	22,0	34,6	26,6	26,0	26,9
Quintile le plus élevé	32,1	30,8	15,7	17,9	23,2
Indice de concentration	0,2074	0,3229	0,0265	0,0545	0,1368
Hypothèse de coûts linéaires					
Quintile le plus bas	16,1	19,6	21,5	22,6	20,5
2	18,0	16,4	21,1	22,3	20,1
3	18,3	22,7	21,7	21,5	21,1
4	22,8	19,7	20,4	19,9	20,5
Quintile le plus élevé	24,8	21,5	15,3	13,7	17,8
Indice de concentration	0,0955	0,0461	-0,0538	-0,0867	-0,0183

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2 et CNS extrapolés)

Cette analyse d'incidence des bénéfices des dépenses publiques en santé montre que les subsides octroyés aux hôpitaux sont pro-riches quelques soit l'hypothèse considérée alors

que les subsides octroyés aux CDS sont généralement pro-pauvres sauf si on considère l'hypothèse de coûts proportionnels.

De façon globale, cette analyse n'offre pas de base factuelle prouvant que les dépenses publiques de santé favorisent les pauvres. Bien que l'indice de concentration soit négatif selon les hypothèses de coûts unitaires constants et des coûts linéaires qui semblent les plus plausibles pour le cas du Burundi, il n'est pas statistiquement significatif. Au contraire, si on considère l'hypothèse selon laquelle le niveau des subsides octroyés aux Formations Sanitaires est fonction du coût de production des services (hypothèse des coûts proportionnels), les dépenses publiques en santé sont en faveur des plus riches.

2.5.3. Inégalités des niveaux de santé et de l'utilisation des services de santé

Chez les adultes, l'analyse des indicateurs d'utilisation des services de soins montre une baisse de la consultation des services formels et de l'hospitalisation entre 2009 et 2012(voir tableau ci-dessous). On peut y observer une légère concentration en faveur des riches pour les soins hospitaliers, même si celle-ci a été réduite entre 2009 et 2012 de 0,15 à 0,04. Quant aux consultations, on note une quasi-absence d'inégalités (voir également le graphique ci-dessous).

Tableau no 10 : Tendance de l'utilisation des services de santé (consultation) par les adultes 2009-12

Indicateurs	Moyenne		Indice de Concentration	
	2009	2012	2009	2012
Consultation (service informel ou guérisseur traditionnel)	17,85%	13,37%	-0,01***	-0,05***
Consultation d'un service formel	**98,46%**	**92,75%**	**0,00**	**0,00**
Consultation d'un guérisseur traditionnel	1,36%	7,25%	-0,16***	-0,03***
Consultation pour soins curatifs	ND	90,67%	ND	0,00
Consultations pour soins préventifs	ND	7,32%	ND	-0,05***
Hospitalisation	**2,99%**	**2,65%**	**0,15*** **	**0,04*** **

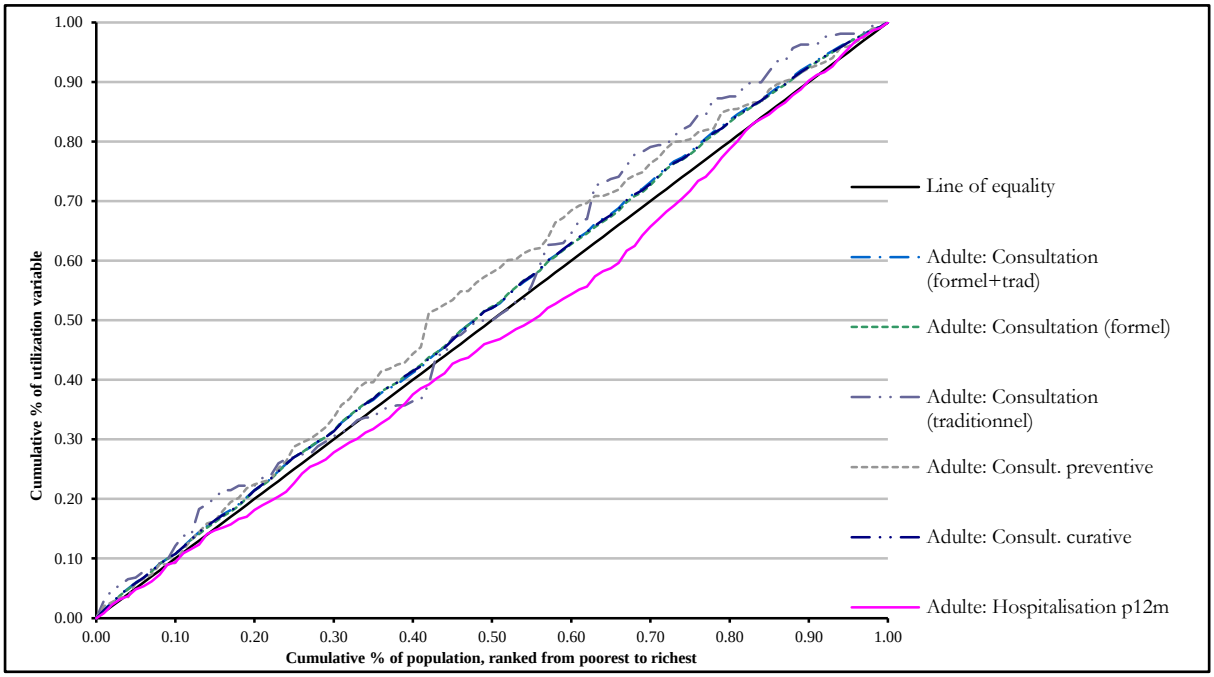
Seuils de significativité : *** 1%, ** 5% et * 10%.

Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 1 et 2)

Le graphique ci-dessous illustre bien la situation de 2012 avec une plus grande concentration des hospitalisations chez les riches alors que les consultations pour les services préventifs intéressent plus les pauvres.

[Les courbes situées au-dessus de la ligne d'égalité (première bissectrice) concernent des indicateurs où la concentration est observée chez les pauvres ; celles qui sont au-dessous montrent une concentration plutôt chez les riches]

Graphique nº 16 : Courbes de concentration d'utilisation des services de santé, 2012



Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

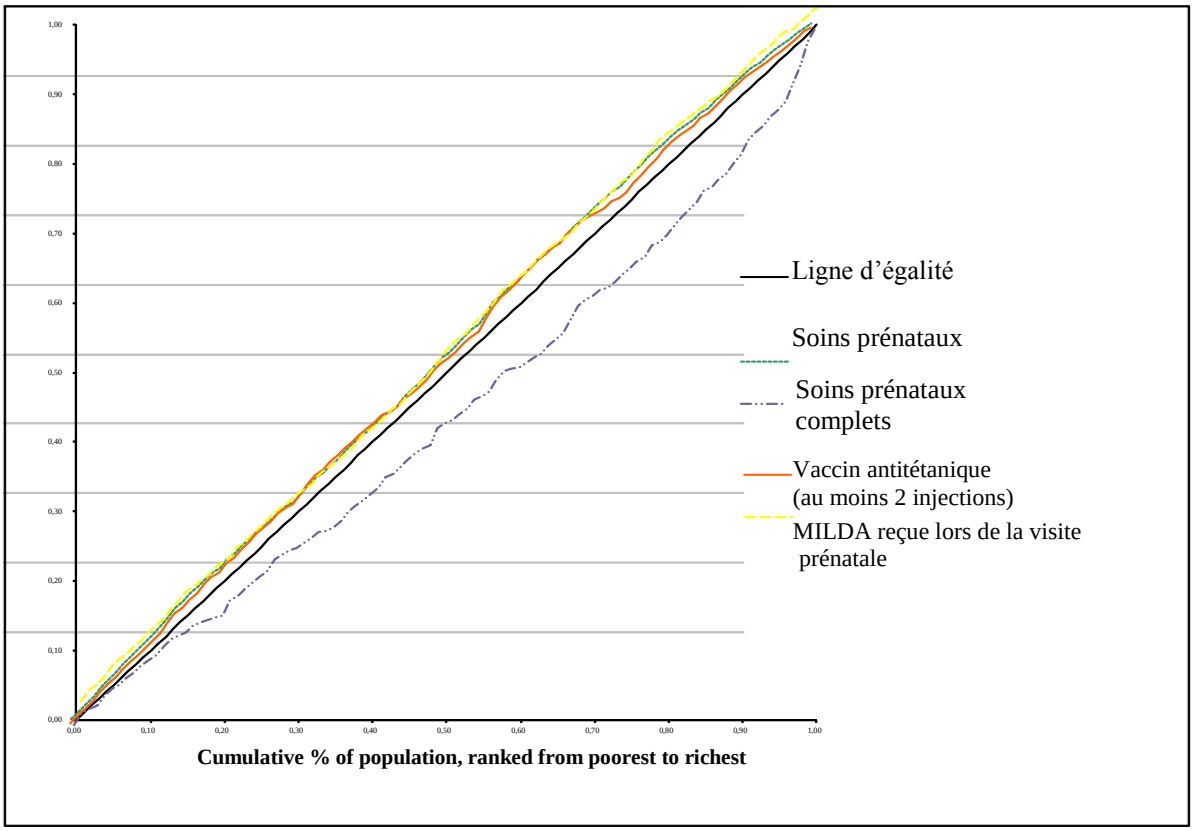
Chez les femmes, comme le montre le graphique ci-dessous, l'utilisation des services de soins prénataux est très légèrement concentrée chez les pauvres. Toutefois, pour les soins prénataux complets, des inégalités se manifestent en faveur des populations les plus riches. Autrement dit, la population pauvre a certes à peu près le même accès aux soins prénataux basiques, mais quand il s'agit de soins complets de qualité (pesée, prise de tension artérielle, analyse de sang et d'urine), les plus riches paraissent plus favorisés en raison de leur accès plus facile aux soins dans des hôpitaux de référence et chez les prestataires privés mieux équipés et mieux dotés en ressources humaines.

Chez les enfants de moins de 5 ans, à l'exception de quelques pathologies persistantes comme la malnutrition chronique, la prévalence des états pathologiques a diminué sur la période 2009-2012 au niveau national. Cependant, le tableau suivant montre une concentration continue chez les ménages les plus pauvres pour des pathologies importantes et sévère. En effet, l'indice de concentration est passé de -0,064 à -0,0599 pour la Fièvre/Toux, de -0,056 à -0,0795 pour la diarrhée, de -0,0505 à -0,0544 pour les IRA et de -0,0795 à -0,0617 pour la malnutrition chronique. Par ailleurs, même si les indices de concentration sont négatifs, il faut reconnaitre que les inégalités ne sont pas très prononcées entre riches et pauvres dans la mesure où ces chiffres sont très faibles (proches de 0).

Une analyse en termes de standardisation et décomposition de la malnutrition chronique et de la fièvre permet de dresser les facteurs explicatifs des inégalités décelées par rapport à l'état de santé des enfants. Elle montre que même si plusieurs variables sont prises en considération, seule le score de richesse (facteur socio-économique) contribue de manière statistiquement significative à l'état de santé (les facteurs âge, sexe de l'enfant, le niveau d'éducation, la région et l'utilisation de la CAM ne contribuent pas aux inégalités). L'inégalité des richesses des ménages contribue respectivement à 85% et à 78% aux

niveaux des inégalités de la malnutrition chronique et de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans.

Graphique n° 17: Courbes de concentration d'utilisation des services de soins prénataux, 2012



Source : BM, 2014 (calculs avec ADePT ; données PMS 2)

.

Tableau n° 11: Prévalence de la toux, IRA, fièvre et malnutrition chronique par Quintile (entre 2009 et 2012)

Prévalence pathologique	Fièvre/Toux		Diarrhée		IRA		Malnutrition chronique	
	2009	2012	2009	EDS 2010	2009	2012	EDS 2010	PMS 2012
Quintiles de score de richesse								
Quintile le plus pauvre	0,2614	0,2086	0,2058	70%	0,2457	0,2182	70%	64%
2	0,2483	0,2008	0,2008	59%	0,2308	0,2100	59%	64%
3	0,2115	0,1701	0,1833	62%	0,1948	0,2015	62%	60%
4	0,2056	0,1809	0,1832	57%	0,1963	0,1816	57%	56%
Quintile le plus riche	0,1956	0,1522	0,1485	44%	0,1986	0,1636	44%	46%
Total	0,2255	0,1833	0,1852	58%	0,2139	0,1958	58%	58%
Indice étendu de concentration, ECI(2)	-0,0640	-0,0599	-0,0560	-0,0795	-0,0505	-0,0544	-0,0795	-0,0617

Source : Calculs des auteurs à l'aide du logiciel ADePT, Données EDS 2010 et PMS 2012

L'analyse de la concentration par maladie et par région entre 2009 et 2012 montre une forte concentration des maladies citées chez les pauvres avec des coefficients de concentration négatifs au niveau national. Toutefois, le tableau ci-dessous illustre un changement important : durant cette période (2009-2012), au niveau régional, la concentration n'est plus observée chez les pauvres mais plutôt chez les plus riches. Cette situation paradoxale voudrait simplement dire qu'au niveau de chaque région prise individuellement, les inégalités se sont estompées ou presque, alors qu'au niveau national la situation inégalitaire, en défaveur des plus pauvres, est demeurée quasiment identique entre 2009 et 2012. En d'autres termes, l'équité intra-régionale s'est nettement améliorée contrairement aux inégalités interrégionales qui ont subsisté.

Tableau n° 12: Evolution des indices de concentration de la diarrhée, de la fièvre et des IRA au niveau national et par région entre 2009 et 2012

	Diarrhée		Fièvre		IRA	
	2009	**2012**	**2009**	**2012**	**2009**	**2012**
Burundi	-0.057***	-0.05***	-0.065***	-0.06***	-0.051***	-0.05***
Nord	-0.049**	0.031***	-0.039**	0.025**	-0.006	-0.05**
Sud	-0.064**	0.141***	-0.026	0.171***	-0.03	0.157***
Centre Est	-0.068***	0.115***	-0.074***	0.150***	-0.052***	0.191***
Ouest	-0.027	0.151***	-0.038	0.184***	-0.109***	0.164***
Bujumbura	-0.252***	0.085***	-0.234***	0.147***	-0.148***	0.195***

Source : Calculs des auteurs à l'aide du logiciel ADePT, Données EDS 2010 et PMS 2012

Toujours au niveau des inégalités régionales, le tableau ci-dessous corrobore les inégalités interrégionales. Il montre que parmi les effectifs enquêtés, la proportion de femmes qui ont eu un accouchement assisté par un personnel qualifié est de 78,6% au niveau national. Ce taux varie énormément d'une région à une autre. En Mairie de Bujumbura 90,5% des femmes enceintes ont eu des accouchements assistés par un personnel qualifié grâce à la disponibilité du personnel et des structures de soins dans des périmètres assez réduits. Dans les autres régions ce taux varie entre 72,1% au Nord et 81,2% à l'Ouest.

Tableau n° 13: Accouchement assisté par un personnel qualifié par Région du ménage, 2012

% dans Région du ménage :		Non	Oui	Total
Région du ménage	Nord	27,9%	72,1%	100,0%
	Sud	19,6%	80,4%	100,0%
	Centre est	19,8%	80,2%	100,0%
	Ouest	18,8%	81,2%	100,0%
	Bujumbura mairie	9,5%	90,5%	100,0%
Total		21,4%	78,6%	100,0%

Source : PMS 2

Au niveau des inégalités liées au genre, les analyses (BM, 2014) ne montrent pas d'inégalités statistiquement significatives entre les deux sexes même si les indicateurs sont légèrement en faveur des filles et des femmes.

2.6. Analyse sommaire de l'espace fiscale

L'espace fiscal peut être défini comme la capacité du gouvernement à assurer des ressources budgétaires additionnelles pour un programme ou un secteur donné sans porter préjudice à la pérennité de la situation financière du pays (Heller 2006).

L'analyse de cet espace fiscal essaie d'examiner la possibilité et la manière pour un gouvernement d'accroitre ses dépenses à court et à moyen termes d'une manière consistante avec le respect des fondamentaux de la situation macroéconomique du pays (Tandon & Cashin, 2010).

L'espace fiscal pour le secteur de la santé pourrait être potentiellement accru au travers de cinq sources essentiellement (Heller 2006 ; Tandon & Cashin, 2010) :

a. Conditions macroéconomiques conductrices
b. Changement de l'ordre des priorités au sein du budget en faveur du secteur
c. Accroissement de ressources spécifiques ou dédiées au secteur
d. Mobilisation de ressources additionnelles comme des dons et/ou des prêts…
e. Gains en efficience.

Si les trois premières sources potentielles d'accroissement de l'espace fiscal pour la santé ne sont pas entre les mains des autorités sanitaires, les deux dernières en dépendent fortement et pourraient être des leviers intéressants pour l'amélioration du financement du secteur de la santé au Burundi.

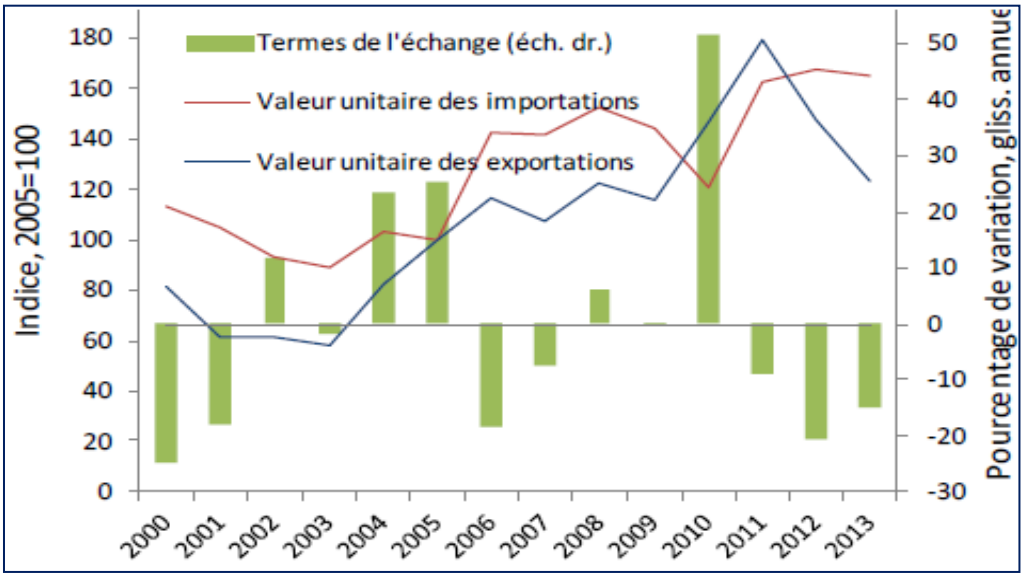
2.6.1. Les conditions macroéconomiques sont-elles favorables ?

« A court et à moyen termes, non ! »

Selon les projections du Fonds Monétaire International (FMI) et du Gouvernement du Burundi, la croissance du PIB réel devrait atteindre 4,5% en 2013 après les baisses antérieures attribuables

à une détérioration des termes de l'échange de 44% cumulativement depuis 2011 comme le montre le graphique ci-dessous (FMI, 2013).

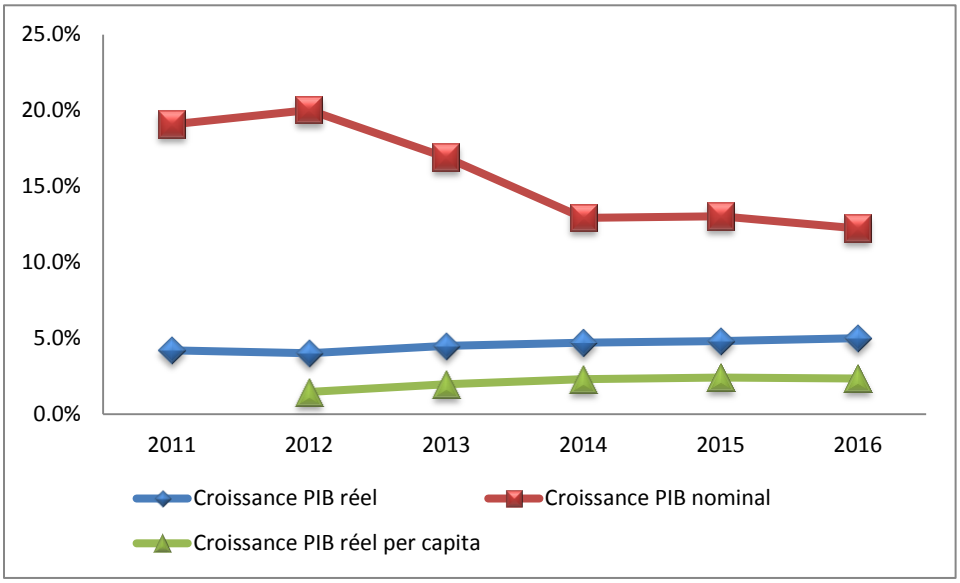
Graphique no 18: Variation des termes de l'échange au Burundi entre 2000 et 2013



Source : FMI, 2013

Sur les cinq dernières années qui ont précédé 2013, la croissance du PIB réel a oscillé entre 3,5% et 5% (voir graphique ci-dessous). Quant aux projections à moyen et long termes, les perspectives macroéconomiques restent précaires. Cette situation est exacerbée par des risques de dégradation attribuables aux incertitudes de l'environnement économique extérieur (FMI, 2013). Comme le montre le graphique ci-dessous, ces projections prévoient des taux de croissance de 4,7%, 4,8% et 5% respectivement en 2014, 2015 et 2016. Toutefois lorsque l'on analyse cette évolution en intégrant l'accroissement démographique, cette croissance passe à des taux bien moins élevés. En effet, entre 2014 et 2016, la moyenne des taux de croissance annuelle du PIB réel per capita ne serait que de 2,3%.

Graphique no 19: Croissance du PIB nominal et réel, Burundi, 2011-2016



Source : FMI (2013)

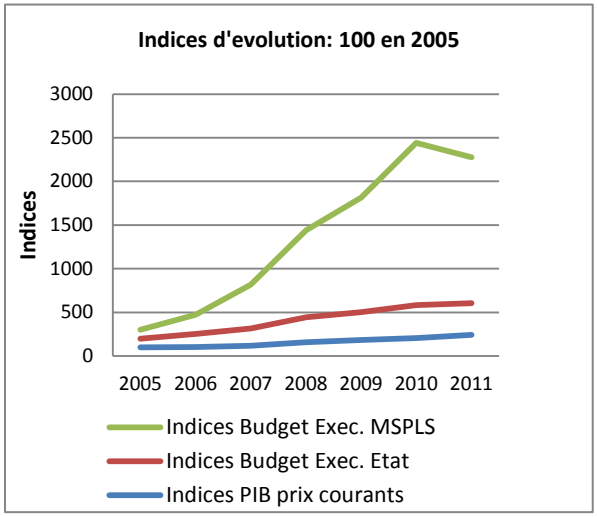
Cette situation et ces projections (Gouvernement et FMI) demeurent très insuffisantes en vue d'avoir un impact positif et significatif sur l'accroissement de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi d'ici à 2016.

2.6.2. Le secteur de la santé pourrait-il bénéficier d'un changement des priorités gouvernementales ?

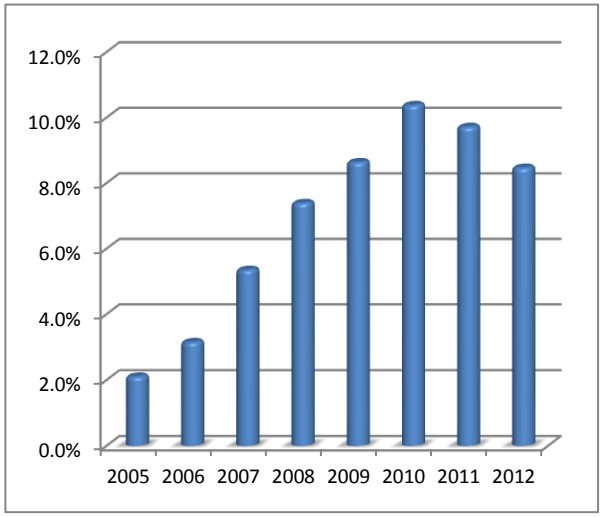
« Oui !»

Selon les données budgétaires sectorielles et macroéconomiques, on pourrait considérer que le secteur de la santé au Burundi est traité par le Gouvernement comme une priorité. En effet, le graphique suivant montre que l'indice d'évolution du budget (exécuté) du MSPLS dépasse largement celui du budget (exécuté) de l'Etat et celui du PIB. Le second graphique (ci-dessous) montre également l'importance donnée par le Gouvernement à ce secteur. On pourrait y voir l'évolution très positive du poids des dépenses du MSPLS par rapport à celle de l'Etat. Ce pourcentage est passé de 2,1% en 2005 à 10,4% en 2010. Cependant, il a commencé à chuter durant l'année fiscale suivante pour passer à 9,7% en 2011 puis à 8,5% en 2012, soit moins que le niveau de 2009. Au lieu que la part du MSPLS dans les dépenses de l'Etat augmente pour s'approcher de l'engagement de la Déclaration D'Abuja (15%), on l'a vue fléchir. Ceci dénote-t-il d'un léger recul de la santé en tant que priorité du Gouvernement ?

Graphique no 20: Evolution des indices du budget exécuté du MSPLS, du budget exécuté de l'Etat et du PIB (2005-2012)



Graphique nº 21: Evolution du poids des dépenses du MSPLS dans les dépenses de l'Etat (2005-2012)



Sources : FMI (2013), MEF (2013), Calculs des auteurs

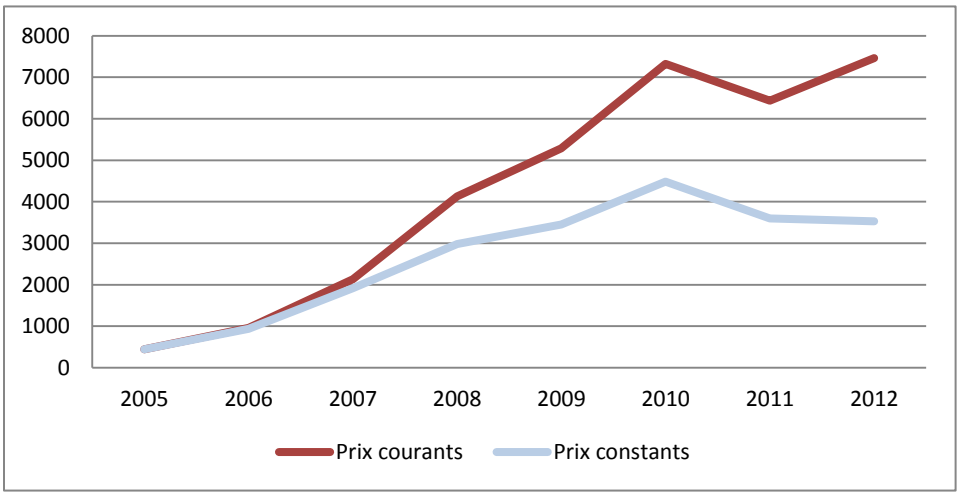
Cette tendance à la baisse relative des ressources allouées au MSPLS à partir de 2011 est corroborée également par les ratios des dépenses du MSPLS par habitant en FBu constants comme l'illustrent le tableau et le graphique ci-dessous. L'allocation budgétaire au secteur de la santé, au travers du MSPLS, par habitant et par an en termes constants a considérablement augmenté entre 2005 et 2010, mais elle a ensuite chuté assez lourdement en 2011 et légèrement en 2012. Le niveau de 2012 est à peine supérieur à celui de 2009.

Tableau nº 14: Evolution des dépenses per capita du MSPLS entre 2005 et 2012

	Prix courants	Prix constants	Variation annuelle
2005	445	445	
2006	961	935	110.3%
2007	2131	1913	104.6%
2008	4128	2978	55.6%
2009	5288	3449	15.8%
2010	7325	4488	30.1%
2011	6437	3594	-19.9%
2012	7461	3526	-1.9%

Sources : FMI (2013), MFPDE (2013), Calculs des auteurs

Graphique n° 22 : Evolution des dépenses du MSPLS per capita en FBu courants et constants entre 2005 et 2012



Sources : FMI (2013), MFPDE (2013), Calculs des auteurs

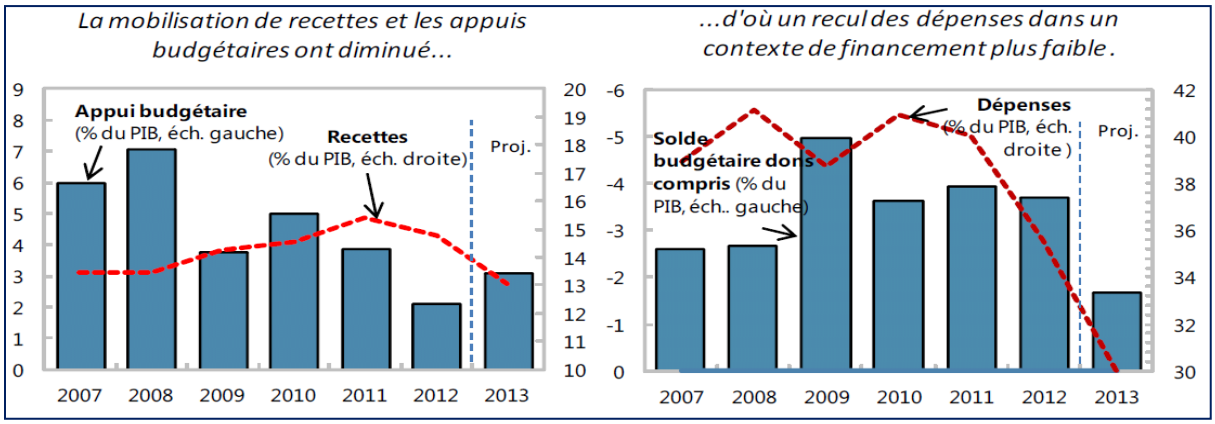
Les données exposées ci-dessus illustrent clairement le léger recul de la santé dans l'ordre des priorités du Gouvernement. Dans un contexte où le Burundi se doit de tendre vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), au moment où il faudrait consolider les acquis et remédier aux insuffisances, à une période cruciale du processus de développement du pays, il est légitime de s'interroger sur ce choix opéré par le Gouvernement. Une politique inverse (avancer le secteur de la santé dans l'ordre des priorités du Gouvernement) serait un atout non seulement pour le renforcement du système de santé, mais également pour le développement humain du pays.

2.6.3. Le gouvernement pourrait-il accroitre des ressources spécifiques au secteur de la santé ?

« Pas sûr, à moins de… »

Au Burundi, en raison du contexte macroéconomique et la situation des Finances Publiques (voir graphiques ci-dessous - FMI, 2013), il paraissait difficile, du moins pour le moyen terme, de créer une taxe ou un impôt dont les recettes pourraient être dédiées exclusivement au secteur de la santé. Il en est de même pour la création d'un fonds spécial pour la santé. Cependant, le Gouvernement a approuvé en décembre 2013 une augmentation de la taxation sur les boissons dédiée au financement supplémentaire de la CAM (près de 10 milliards additionnels en 2014). Cette grande volonté politique est salutaire pour le financement du secteur de la santé.

Graphique n° 23 : Evolution des ressources et dépenses publiques au Burundi entre 2007 et 2013



Sources : FMI (2013) et MFPDE (2013)

Cette situation qui parait défavorable au niveau des Finances Publiques, le parait beaucoup moins lorsqu'il s'agit de créer un programme national d'envergure de couverture médicale contre les risques maladie qui pourrait favoriser l'accès financier aux services de santé et qui fusionnerait plusieurs régimes qui sont actuellement fragmentés (CAM, indigents, Mutuelles Communautaires…). Ce programme pourrait être financé essentiellement par les sources suivantes :

- Allouer une enveloppe additionnelle équivalente à 2 ou 3 points de pourcentage des dépenses du Gouvernement (essentiellement pour les plus pauvres et les plus vulnérables).
- Mobiliser des ressources externes auprès des PTF. Cette mobilisation pourrait se faire au travers d'une proposition à participation à la nouvelle stratégie de financement de la santé qui mettrait l'accent sur la couverture sanitaire universelle. L'apport supplémentaire des PTF est très plausible particulièrement dans un contexte où le Gouvernement mettrait davantage de ressources pour la santé en vue d'atteindre un degré élevé de couverture sanitaire universelle (voir section suivante 2.6.4).
- Utiliser et ajuster les cotisations des bénéficiaires aux régimes existants qui connaissent des dysfonctionnements.
- Attirer la population non couverte et transformer une partie de ses paiements directs en cotisations.

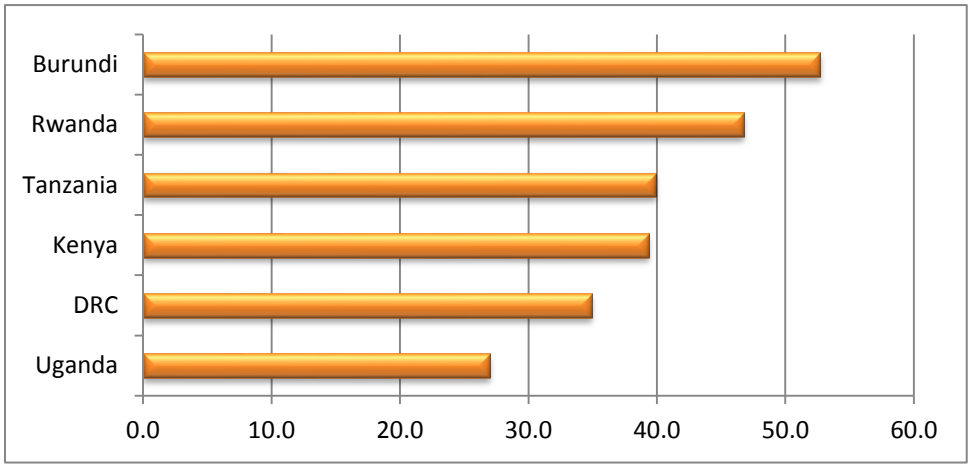
2.6.4. Le gouvernement pourrait-il mobiliser d'autres ressources comme des dons ou des prêts au profit du secteur de la santé ?

« Oui !»

Il est certain que le Burundi bénéficie d'une bonne crédibilité et que son image est positive à l'étranger. Les PTF s'accordent à louer les efforts (importants mais insuffisants) déployés par le Gouvernement en vue d'améliorer les performances du système de santé. Par conséquent, le

Burundi bénéficie de sommes importantes venant de l'extérieur, en général, sous forme de dons. Ces montants dédiés à la santé atteignent près de 14 US$ par habitant et par an (MSPLS, CNS, 2014), ce qui représente une part élevée par rapport au total des dépenses de santé, soit près de 53%. Le poids des ressources extérieures dans les dépenses de santé au Burundi est le plus élevé dans la sous-région comme le montre le graphique suivant.

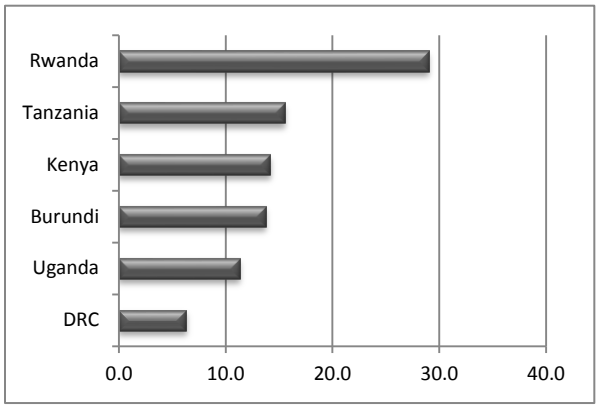
Graphique n° 24 : Pourcentage des ressources extérieures dans les dépenses de santé au Burundi et dans quelques pays voisins



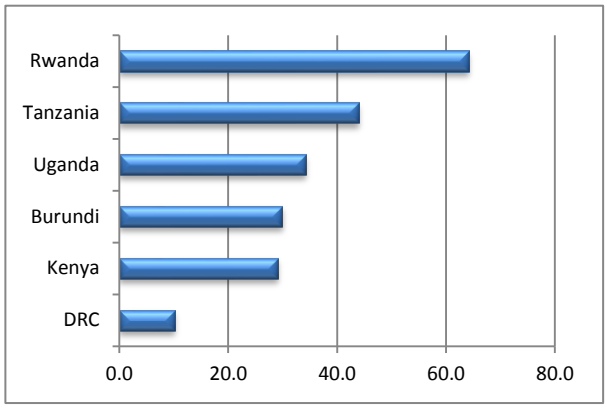
Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014

Cependant, en termes de ratio par habitant, ces ressources extérieures (exprimées en US$ au taux de change courant ou en Parité de Pouvoir d'achat - PPA ou US$ international) sont relativement faibles par rapport à quelques pays voisins, particulièrement le Rwanda et la Tanzanie (voir graphiques ci-dessous). Ces deux derniers pays bénéficient respectivement d'un apport externe par habitant de 29 US$ et 16 US$ contre 14 US$ pour le Burundi. En termes de US$ International (PPA), l'écart est encore plus important. En effet, les systèmes de santé au Rwanda, en Tanzanie et au Burundi bénéficient respectivement de 64 US$ PPA, 44 US$ PPA et 30 US$ PPA en termes de ressources extérieures per capita.

Graphique n° 25 : Financement de la santé par des ressources extérieures per capita en US$ au taux de change courant au Burundi et dans la sous-région



Graphique n° 26 : Financement de la santé par des ressources extérieures per capita en US$ International au Burundi et dans la sous-région



Source : OMS, Base de Données CNS, 2014 ; MSPLS/CNS, 2014

Cela signifie que le Burundi a encore une marge de manœuvre en vue d'augmenter les ressources extérieures dont pourrait bénéficier son système de santé à condition que le Gouvernement améliore lui-même sa contribution aux efforts du financement de ce secteur. Si cette condition n'est pas respectée, la part extérieure (déjà importante) serait hypertrophiée, ce qui ne manquerait d'accroître les risques liés à la pérennité de ce financement. L'idéal serait que le Gouvernement renforce parallèlement les ressources domestiques dédiées à la santé et la mobilisation des fonds provenant de l'extérieur.

2.6.5. Le secteur de la santé pourrait-il bénéficier des gains d'efficience ?

« Oui !»

Au regard des conclusions des sections 2.3 et 2.4, la marge de manœuvre paraît très élevée en vue d'améliorer l'efficience du système de santé au Burundi.

Certes, il est indéniable que les efforts déployés depuis 2006, et surtout 2010, ont eu un impact positif sur les performances du système de santé. Toutefois, force est de constater que le chemin de l'amélioration de l'efficience de ce système est encore longue et ardue.

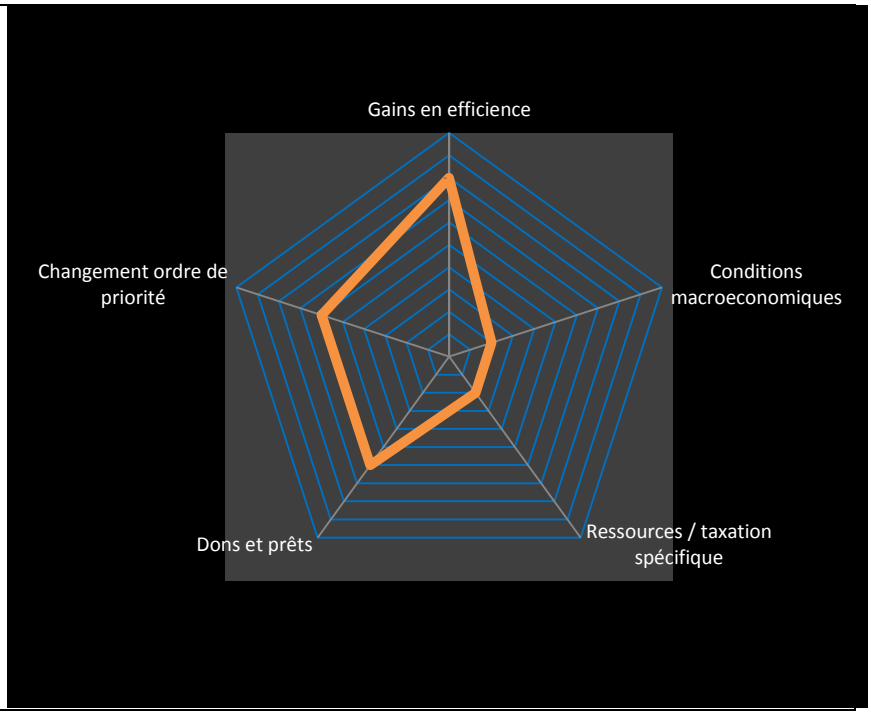
Pour rappel, les deux sections mentionnées plus haut ont montré que :

- La part hypertrophiée de l'administration dans les dépenses totales de santé est signe d'inefficience. Cette part est en effet plus élevée que celle des hôpitaux et des prestataires de soins ambulatoires.
- Les prestataires de soins ambulatoires, particulièrement les centres de santé, bénéficient de moins de 17% des dépenses totales du système de santé. En raison de leur importance dans le système grâce à leur localisation, leurs services de proximité et leur caractère pro-pauvres, cette allocation parait bien faible.

- Contrairement à la majorité des systèmes de santé, les hôpitaux burundais sont largement sous-financés.
- Si le système de santé du Burundi est efficient lorsqu'il s'agit d'indicateurs de santé infantile et d'utilisation des services de santé, il demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (très probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et pour des indicateurs liés à des programmes un peu négligés ou mal soutenus comme la lutte contre la malnutrition.

Graphique n° 27 : Envergure et importance relative de chaque source potentielle d'élargissement de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi

Sources pour l'extension de l'espace fiscal du secteur de la santé au Burundi	**Marge de manœuvre**
Conditions macroéconomiques conductrices	Limitée
Changement de l'ordre des priorités budgétaires	Assez élevée
Accroître des ressources spécifiques	Limitée
Mobiliser d'autres ressources: dons et prêts…	Assez élevée
Gains en efficience	Elevée



Source : auteurs

A court terme, les marges de manœuvre les plus élevées sont du côté de la rationalisation des dépenses publiques, puisque les marges d'augmentation des recettes internes sont limitées et l'aide extérieure est en baisse au cours des dernières années. Les gains en matière d'allocation des ressources et d'efficience des dépenses sont les principaux leviers d'action possible. Si les changements de priorité devraient favoriser d'autres secteurs (éducation, agriculture, électricité et transport) en plus de la santé, toute économie issue d'une plus grande efficience interne devrait rester dans le secteur. A moyen terme, la mobilisation des recettes domestiques combinée avec une meilleure priorisation devrait créer une plus grande marge budgétaire. Ainsi, le Burundi devrait tendre progressivement vers l'atteinte des engagements pris par la Déclaration d'Abuja.

Synthèse des faits saillants du chapitre 2 :

- Un financement du système de santé insuffisant:
    - La Dépense Totale de Santé (2012) n'a pas dépassé 26 US$ per capita contre la Recommandation de l'OMS de 44 US$.
    - La part de la Santé dans les Dépenses Publiques est en deçà de 9% comparé à l'Engagement de la Déclaration d'Abuja de 15%.
- Une grande dépendance vis-à-vis du financement extérieur: 26,7% des dépenses des régimes publics sont financés par les revenus nationaux, tandis que 73,3 % viennent des transferts d'origine étrangère (hors MFP).
- Une efficience allocative largement améliorable :
    - Une hypertrophie de l'administration: ses dépenses représentent 1,2 fois celles des hôpitaux.
    - Les soins préventifs sont assez bien financés.
    - Une répartition inégale des ressources entre les programmes de santé publique.
    - Une hyper concentration des services dans la capitale Bujumbura.
- Le système de santé au Burundi est efficient lorsqu'il s'agit de santé infantile, d'indicateurs d'utilisation des services de santé (consultations, accouchements assistés, soins prénataux…). Mais demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et contre d'autres problèmes de santé publique un peu négligés ou mal soutenus comme la lutte contre la malnutrition.
- Une équité en amélioration mais beaucoup reste à faire:
- Chaque jour, près de 123 citoyens burundais tombent dans la pauvreté à cause des dépenses catastrophiques liées aux soins.
- En dépit de programmes visant les plus vulnérables, les dépenses publiques de santé ne sont pas en faveur des plus pauvres, particulièrement celles des hôpitaux.
- Entre 2009 et 2012, l'équité intra-régionale s'est nettement améliorée contrairement aux inégalités interrégionales qui ont subsisté.
- Un espace fiscal du secteur de la santé qui n'est pas extensible à grande échelle, mais la marge de manœuvre de son développement est réelle.

2.7. Recommandations

A la lumière de l'analyse succincte de l'espace fiscal, il s'avère que la pérennité du financement du système de santé au Burundi pourrait être réalisée au travers de trois actions stratégiques :

Premièrement, allouer une enveloppe additionnelle au secteur de la santé, selon les capacités de l'économie du pays, au travers, entre autres, de programmes de prépaiement rentrant dans une stratégie de couverture sanitaire universelle. Ce financement additionnel serait important aussi bien pour la solvabilité des formations sanitaires (particulièrement les hôpitaux) et l'amélioration de leurs services que pour une amélioration de l'accès financier de la population à ces services.

Deuxièmement, une nouvelle stratégie nationale de financement de la santé cohérente, équitable, pérenne et efficiente, donnant la priorité à une couverture sanitaire universelle, serait un atout pour mobiliser des ressources extérieures.

Enfin, on ne pourrait maximiser l'impact d'une stratégie de couverture sanitaire universelle sans l'amélioration de l'efficience du système de santé. La marge de manœuvre est assez importante. Il est recommandé que le Gouvernement intègre cette dimension dans son plan d'action et particulièrement dans la revue du Plan National de Développement Sanitaire et la mise en œuvre de la seconde phase de ce Plan.

III. Mécanismes assurantiels de la santé au Burundi : caractéristiques, forces et faiblesses

Le financement collectif du système de santé au Burundi se caractérise par la présence d'un nombre important de régimes et de mécanismes de financement. Outre le budget de l'Etat, lequel finance notamment les salaires des agents de santé des formations sanitaires (FOSA) publiques et une partie des frais de fonctionnement de celles-ci, ainsi que des subventions de fonctionnement et de financement de personnel de santé versées aux FOSA confessionnelles, on y trouve :

- la Gratuité des Soins pour les enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes, associée au Financement Basé sur la Performance (FBP) ;
- la prise en charge de la vaccination (notamment sur fonds apportés par l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et l'Immunisation – GAVI)
- la prise en charge gratuite des soins liés aux maladies infectieuses les plus courantes (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA) – en grande partie sur financement du Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme) ;
- la Carte d'Assistance Médicale (CAM) qui vise les populations rurales et les travailleurs du secteur informel ;
- la prise en charge des soins prodigués aux indigents via, essentiellement, un financement budgétisé au Ministère de la Solidarité Nationale et quelques actions ponctuelles au niveau des communes ;
- la Mutuelle de la Fonction Publique qui prend en charge les agents de l'Etat, y compris les Forces de Défense Nationale, la Police Nationale et quelques milliers d'autres bénéficiaires parmi les étudiants de l'enseignement supérieur ainsi que les « personnels politiques » ;
- les mutuelles de santé communautaires établies par des associations caritatives avec l'appui d'intervenants essentiellement du secteur mutualiste belge ;
- les assureurs du secteur privé formel (mais dans un marché encore en phase de démarrage, soit via les assureurs classiques soit via la micro-assurance) ;
- la prise en charge directe par les entreprises des dépenses de leurs employés via des « bons de soins ».

Le présent chapitre ne s'intéresse ni aux dépenses du budget général de l'Etat qui ne sont pas dédiées aux programmes de protection sociale en santé ni au financement des programmes verticaux (programmes de santé publique). Il examine succinctement l'état des lieux (caractéristiques, forces et faiblesses) des régimes assurantiels (protection sociale en santé) suivants : la CAM, la Gratuité, la prise en charge des indigents, la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP), les mutuelles communautaires et les mécanismes d'assurance maladie du secteur privé formel.

3.1. Carte d'Assistance Médicale

En raison de multiple dysfonctionnements du régime pour les travailleurs du secteur informel appelé « Carte d'Assistance Médicale » (CAM) qui a duré entre 1984 et 2012 (financement détourné par les Communes au profit d'autres secteurs ; faible attractivité de la carte CAM ; sélection adverse ; faible niveau de cotisation…)[33], le Gouvernement a mis en place un nouveau régime dit CAM rénovée.

[33] Appaix O. et al. (2013), « Contribution au Chapitre III : Etude des mécanismes de financement de la santé au Burundi », Union Européenne, Projet PAPSBU « Amagara Meza », novembre, Bujumbura.

3.1.1. Population cible

Sur proposition du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, le Deuxième Vice-Président de la République a signé le 25/01/2012 l'arrêté N° 01/VP2/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale (CAM) au Burundi. L'article 1 de cet arrêté stipule que la CAM est destinée aux populations du secteur informel et rural. L'article 3 indique que la CAM donne à son acquéreur, à son conjoint et aux membres de sa famille encore mineurs, moyennant un ticket modérateur de 20%, le droit aux prestations de soins correspondant au paquet de soins disponibles au niveau des centres de santé publics ou agréés (confessionnels) et au niveau des hôpitaux de district.

L'adhésion à la CAM représentait 25% de la population fin avril 2013 et 32,6% à la fin juillet 2013 selon la Direction de l'offre et de la demande de soins (MSPLS). Le taux réel d'adhésion devrait se situer entre 25% et 30% étant donné qu'il y a des renouvellements d'adhésion intervenus depuis mai 2013 qui pourraient avoir été comptés comme de nouvelles adhésions.

Il s'agit d'un niveau d'adhésion élevé après seulement 18 mois de mise en œuvre de la CAM rénovée, ce qui dénote d'un niveau de mobilisation et de sensibilisation appréciable, au niveau politique comme de la population. On note, cependant, des écarts de taux d'adhésion très importants d'une province à l'autre. Les taux, à juillet 2013, varient ainsi de 15,7% à Bujumbura Mairie à 86% à Cankuzo. L'écart entre cette dernière province et les autres est énorme. Il excède en effet 30 points de pourcentage avec la deuxième province en termes de taux d'adhésion, soit Ruyigi avec 52,2%. A Cankuzo, le taux élevé s'expliquerait par la forte implication des autorités politiques locales.

3.1.2. Paquet de services de soins, prestataires et modalités de prise en charge

3.1.2.1. Les prestations couvertes par la CAM et les prestataires sous contrat

L'arrêté CAM indique dans son article 3 que la CAM donne droit à tout le paquet de soins délivré par les centres de santé et les hôpitaux de district publics et agréés (confessionnels). L'arrêté précise qu'à Bujumbura-Mairie, où les hôpitaux de district n'existent pas, les détenteurs de la CAM référés par les centres de santé peuvent avoir accès aux hôpitaux nationaux de Bujumbura uniquement pour un paquet de soins de niveau hôpital de district.

Dans les faits, les centres de santé et hôpitaux de district confessionnels n'acceptent pas encore d'accueillir les détenteurs de la CAM par manque de confiance dans le processus de remboursement.

L'article 4 de l'arrêté CAM consacre le respect de la filière (ou échelonnement) des soins car il indique que pour avoir accès aux soins hospitaliers, il faut être référé par un centre de santé.

Il est à noter que toutes les prestations couvertes par la gratuité des soins ne sont pas remboursées par la CAM, c'est-à-dire les soins des enfants de moins de 5 ans, les accouchements (y compris la césarienne), les pathologies liées à la grossesse et les soins préventifs (vaccination, planning familial, consultation prénatale, consultation post natale, prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous ARV, prise en charge des malades tuberculeux).

3.1.2.2. Les modalités de prise en charge

Les bénéficiaires de la CAM ont droit aux prestations couvertes par la CAM moyennant un ticket modérateur de 20% ; le reste du coût des soins étant couvert par un tiers payant, pour le moment l'Etat. L'article 8 de l'arrêté CAM précise que les indigents bénéficient d'une prise en charge totale (100%) par le Ministère ayant la solidarité dans ses attributions.

3.1.3. Arrangements institutionnels

Dans un souci « d'efficacité et d'efficience », le montage institutionnel de la CAM rénovée intègre dans certaines de ses fonctions celui du Financement Basé sur la Performance/Gratuité (FBP/Gratuité ; voir section 3.2).

3.1.3.1. L'achat des prestations CAM

L'achat des prestations des soins délivrés aux bénéficiaires de la CAM par les formations sanitaires est assuré par le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV). Il s'agit d'un Comité existant dans chaque Province depuis 2010 et chargé de la vérification, de la validation et de l'achat des prestations liées au FBP/Gratuité. Dans un souci d'intégration et d'efficience, le MSPLS a voulu utiliser les structures déjà existantes pour vérifier et valider les prestations déclarées par les formations sanitaires en faveur des détenteurs de la CAM.

Cette fonction d'achat est censée être matérialisée par un contrat entre le CPVV et les formations sanitaires. Ces contrats n'ont pas encore été signés à ce jour.

3.1.3.2. La Vérification des prestations CAM

Cette fonction consiste à vérifier de manière exhaustive, dans les registres des formations sanitaires, les prestations couvertes par la CAM afin d'établir une facture signée conjointement par les vérificateurs et le responsable de la formation sanitaire.

Cette fonction est assurée par les vérificateurs du CPVV qui assument déjà un rôle similaire dans le cadre du Financement Basé sur la Performance/Gratuité. En effet, le CPVV est composé de deux sous-unités au niveau de chaque Province : une sous-unité technique permanente chargée de la vérification et une sous-unité chargée de la validation (voir section 3.2).

3.1.3.3. La Validation des prestations CAM

Il s'agit de valider toutes les données quantitatives et financières issues des formations sanitaires et vérifiées par les vérificateurs.

Cette fonction est assurée par la sous-unité de validation du CPVV qui assure déjà ce rôle dans le cadre du FBP/Gratuité. Après validation, le CPVV élabore une synthèse provinciale des demandes de paiement des formations sanitaires à transmettre au niveau central pour paiement.

3.1.3.4. Le paiement des prestations CAM

Le paiement des formations sanitaires se fait sur base d'un tarif forfaitaire pour chaque prestation couverte par la CAM. Le tarif forfaitaire est basé sur une étude des coûts réels des soins de santé réalisée en 2011 par le MSPLS avec l'appui technique et financier de Pathfinder International et Management Sciences for Health (MSH).

Le paiement effectif des prestations des formations sanitaires est effectué par virement direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires à partir d'un compte bancaire ouvert par la Province Sanitaire (Bureau de Province Sanitaire, BPS).

Le compte bancaire ouvert par la Province Sanitaire est alimenté, d'une part, par le montant des ventes des cartes CAM par les centres de santé et, d'autre part, par le budget de l'Etat à travers un virement des fonds de la Banque Centrale (BRB) vers le compte bancaire provincial. Le compte provincial est utilisé de façon indifférenciée pour payer les formations sanitaires au sein d'une même Province mais ne peut être utilisé pour appuyer un autre compte provincial déficitaire.

Les fonds en provenance du budget de l'Etat sont décaissés sur demande du MSPLS qui effectue d'abord un croisement entre la situation bancaire du compte CAM des BPS (montant des ventes CAM) et la facture mensuelle à payer à toutes les formations sanitaires de la Province. Les fonds de l'Etat sont mobilisés dans une Province donnée si les ressources en provenance de la vente des CAM ne sont pas suffisantes pour payer la totalité de la facture des formations sanitaires de la Province. La Cellule Technique FBP, en plus de ses missions en rapport avec la mise en œuvre du FBP/Gratuité, est chargée de compiler au niveau national toutes les demandes de paiement relatives à la CAM validées par les CPVV. Toutes les données financières gérées à travers une base de données de la CAM accessible sur le web.

La coordination et le suivi des paiements sont réalisés par la Direction Générale des Ressources (DGR) qui transmet également les déclarations de créance signées par le Ministre de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA au Ministère en charge des Finances.

3.1.3.5. La Vente des cartes CAM

La vente des cartes d'assistance médicale se fait dans les centres de santé publics. Il est prévu également que ces cartes puissent se vendre dans les centres de santé confessionnels mais cela n'est pas encore le cas car ces derniers n'ont pas encore adhéré à la CAM. Les centres de santé déposent les recettes de la vente de la CAM sur un compte spécial ouvert par le Bureau Provincial de Santé. Ce compte comporte des sous-comptes au nom des Districts Sanitaires et chaque formation sanitaire verse l'argent sur le sous-compte correspondant au nom de son District.

3.1.3.6. La régulation

La régulation est du ressort du MSPLS et ses structures décentralisées. Au niveau intermédiaire, la régulation est assurée par le Bureau Provincial de Santé et les Bureaux de District Sanitaire. Au niveau central, la régulation est assurée par la Direction de l'Offre et de la Demande des Soins et la Direction Générale des Ressources.

Ce montage institutionnel montre clairement la non séparation des fonctions qui sont quasiment toutes sous la responsabilité du MSPLS.

3.1.4. Modalités et situation du financement

A ce jour, le financement de la CAM est assuré par le Gouvernement du Burundi à travers le Ministère chargé des Finances ainsi que les ménages bénéficiaires. Les Partenaires Techniques et Financiers ne se sont pas encore engagés à soutenir financièrement la CAM.

L'analyse du montage institutionnel de la CAM permet de constater qu'il existe une confusion de rôles au niveau du centre de santé. En effet, le centre de santé joue à la fois le rôle de prestataire

de soins et de vendeur de la CAM ; ce qui peut constituer un conflit d'intérêt. Le paiement des formations sanitaires par les fonds publics se fait via un intermédiaire : le Bureau Provincial de Santé. Cette disposition pourrait être difficile à maintenir si les fonds des partenaires devaient intervenir pour financer la CAM. Il serait plus judicieux de trouver une modalité de verser les fonds de l'Etat et des partenaires directement sur les comptes des formations sanitaires.

Le processus d'articulation entre le FBP, la gratuité des soins et la CAM, s'il était bien conçu avec un financement adéquat, serait une bonne initiative car cela permet de mutualiser les coûts opérationnels et donc de rendre le financement du système de santé plus efficient.

De mai 2012 à avril 2013, les contributions des ménages (402 533 ménages) pour le financement de la CAM à travers l'achat d'une carte à 3 000 FBu se sont élevées à 1 207 659 000 FBu et ont contribué à payer les factures CAM pour la période de novembre 2012 à avril 2013.

Le Budget de l'Etat alloué à la CAM pour l'exercice 2012 a été de 2 342 599 706 FBu; le même budget a été reconduit pour l'exercice 2013 ; soit un budget total pour les deux exercices de 4 685 199 412 FBu. Soit un total de recettes sur les deux exercices combinés de 5 892 858 412 FBu.

L'utilisation du budget de 2012 a été répartie comme suit : 1 057 207 697 FBu ont été utilisés pour payer une partie des arriérés de l'ancienne CAM ; 33 040 000 FBu pour confectionner les cartes et 1 252 352 009 FBu pour le paiement des factures de la CAM rénovée du mois de mai 2012 à fin octobre 2012.

Le budget alloué pour l'année 2013 ainsi que les contributions des ménages depuis le début de la mise en œuvre de la CAM ont été utilisés pour payer les factures de novembre 2012 à avril 2013. Le budget 2013 alloué par l'Etat a été épuisé avec le paiement des factures du mois d'avril 2013. Il est à signaler également que des arriérés dus à l'ancienne CAM et s'élevant à 2 403 129 021 FBu n'ont pas encore été remboursés par l'Etat.

Selon les prévisions du MSPLS, si on maintient le taux d'adhésion actuel autour de 30 à 35%, le besoin de financement annuel des prestations des formations sanitaires relatives à la CAM est estimé à près de 8,3 milliards de FBu dont 7,1 milliards devraient provenir du budget de l'Etat. Mais en tenant compte de la progressivité des adhésions et des factures mensuelles et suite aux campagnes tous azimuts de sensibilisation de la population, les besoins pour financer les prestations des formations sanitaires relatives à la CAM sont estimés à 16 milliards de FBu dont près de 15 milliards devraient provenir du budget de l'Etat. A ces estimations, il faudrait intégrer les coûts de gestion de la CAM et on serait alors à un besoin de financement par le budget de l'Etat situé autour de 20 milliards de FBu par an. Si toute la population ciblée par la CAM venait à adhérer, une étude menée en 2012 (Meessen B. et Anthony M., 2012)[34] estime les besoins de financement de la CAM à 34 milliards FBu par an. Cette situation illustre un sous-financement des prestations CAM préjudiciable à sa survie si des mesures de redressement ne sont pas envisagées. Dans l'immédiat, le MSPLS s'attèle à trouver un budget pour financer le paiement des factures des mois de mai à décembre 2013. Il est à noter qu'au Ministère chargé des Finances, la tendance est à la baisse du budget de l'Etat (voir section 2.6). En dépit de cette situation des finances publiques, dans le budget de l'Etat pour 2014, le Gouvernement a alloué à la CAM une enveloppe très conséquente qui s'élève à près de 13 milliards de FBu. Si cette ligne

[34] Meessen B, Anthony M (2012), « Mission d'appui à l'opérationnalisation de la carte d'assistance maladie au Burundi », Mai, Bujumbura.

est exécutée à 100% pendant cet exercice, elle permettra de régler une bonne partie des problèmes auxquels la CAM et les FOSA font face.

3.1.5. Forces et faiblesses

Si la CAM rénovée, telle que structurée et mise en œuvre actuellement, a certainement des forces, elle souffre toutefois d'un certain nombre de faiblesses qui menacent aussi bien sa propre viabilité que la trésorerie des prestataires de soins et leur performance, particulièrement celle des hôpitaux.

3.1.5.1. Forces

- La CAM rénovée dispose d'un fort soutien politique au plus haut niveau. En effet, elle est l'émanation de la Deuxième Vice-Présidence de la République à travers l'arrête N° 01/VP2/2012 du 25 janvier 2012. De plus, il est à noter une forte sensibilisation et mobilisation de la population en faveur de l'adhésion à la CAM conduite par les plus hautes autorités du pays du niveau central au niveau périphérique ;
- Le potentiel de couverture de la CAM est très élevé : en effet, au bout de 18 mois de mise en œuvre, le taux d'adhésion est estimé entre 25 à 30% avec en moyenne une augmentation du taux d'adhésion de 2% par mois. A titre comparatif, les mutuelles communautaires qui existent depuis plusieurs années ne couvrent qu'à peine 2% de la population. Bien structurée et bien organisée, la CAM pourrait donc être un accélérateur pour atteindre la couverture universelle ;
- La CAM promeut le respect de la filière (ou échelonnement) des soins car ne peuvent bénéficier des soins hospitaliers que les patients référés par un centre de santé ;
- La CAM couvre toutes les prestations offertes au niveau des centres de santé (Paquet Minimum d'Activités) et au niveau des hôpitaux de district (Paquet Complémentaire d'Activités) ;
- La CAM couvre les populations du secteur informel et rural, généralement plus pauvre et sans couverture maladie.

3.1.5.2. Faiblesses

- Sous-financement de la CAM : c'est la plus grande menace qui guette la CAM à court terme. En effet, les niveaux de contribution de l'Etat (2,3 milliards de FBu par an) et des ménages (3 000 FBu/ménage et par an) sont insuffisants pour couvrir les besoins de financement de la CAM. Ces besoins sont estimés à 34 milliards de FBu par an (hors contribution des ménages) si 100% de la population cible venait à adhérer[35]. La survie financière de la CAM est donc en jeu et à très court terme ;
- Faible implication des techniciens dans la mise en œuvre de la CAM rénovée : la CAM rénovée fut une émanation des décideurs politiques. Les techniciens des différents ministères n'ont pas été impliqués dans le design de la CAM rénovée et ont été sollicités pour appliquer les clauses de l'arrêté malgré les imperfections constatées. Ceci a pu constituer des blocages lors des opérations d'arbitrage des priorités et des budgets de la nation. Il est à noter qu'actuellement, le dialogue entre décideurs politiques et techniciens est renoué pour améliorer les modalités de mise en œuvre de la CAM ;
- Faible implication des partenaires techniques et financiers dans la mise en place de la CAM rénovée : les partenaires techniques et financiers estiment n'avoir pas été impliqués dans le

[35] Chiffres avancés par une mission d'appui à l'opérationnalisation de la CAM au Burundi menée en avril 2012 (Appaix O. et al., 2013).

développement de la CAM rénovée. Dans une correspondance adressée au Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA en avril 2012, ils reconnaissent le bien-fondé de la CAM et son potentiel à assurer une large couverture sanitaire de la population, se disent disposer à appuyer techniquement et financièrement la CAM mais présentent des propositions techniques pour une restructuration de la CAM en vue de lui assurer plus d'efficacité, d'efficience et de durabilité ;

- Retard de remboursement des formations sanitaires avec des délais de remboursement moyens de 4 à 5 mois ; ainsi les arriérés de paiement dus aux hôpitaux par l'ancienne CAM (2,4 milliards FBu) pourraient amener ces fournisseurs de soins à refuser de collaborer (refus de services ou discrimination des bénéficiaires de ce régime).
- Les bénéficiaires de la CAM ne reçoivent pas toutes les prestations dues dans plusieurs formations sanitaires : le manque de confiance des formations sanitaires quant à leur remboursement dans des délais acceptables les pousse à priver les affiliés de la CAM de certaines prestations notamment l'octroi des médicaments. Les malades sont alors obligés d'acheter les médicaments dans les pharmacies alors que le forfait de remboursement des formations sanitaires inclut les médicaments. Le corollaire de cette situation est que les bénéficiaires de la CAM perdent alors progressivement leur confiance dans ce dispositif de financement de la santé ;
- La plupart des formations sanitaires confessionnelles (près de 20% de l'ensemble des FOSA du pays) n'acceptent pas la CAM par manque de confiance dans le processus et la célérité de remboursement des prestations, ce qui exclut une partie de la population vivant dans l'aire de responsabilité de ces centres de santé ou les oblige à parcourir de très longues distances vers la formation sanitaire publique la plus proche ; ce discrédit (qu'il soit fondé ou pas) se trouve renforcé par les retards (et défauts) de paiement des factures de services consommés auprès des autres fournisseurs de services de santé ;
- Absence d'un manuel des procédures pour la mise en œuvre de la CAM, poussant à des pratiques diverses selon la compréhension des prestataires. Ainsi par exemple, l'exigence de la période d'attente de deux mois selon l'arrêté du 2e Vice-Président a été à titre transitoire suspendue par le MSPLS. Cependant, certaines formations sanitaires exigent toujours cette période d'attente avant d'assurer les soins aux affiliés de la CAM alors que d'autres ne l'exigent pas ;
- Les arrangements institutionnels de la CAM ne permettent pas une séparation des fonctions qui sont quasiment toutes sous la responsabilité du MSPLS et ses structures de soins, y compris la vente des cartes par les CDS.

3.2. Gratuité (couplée au Financement Basé sur la Performance)

En 2006, le Gouvernement du Burundi a décrété la gratuité des soins curatifs pour les enfants de moins de cinq ans et des accouchements au sein des formations sanitaires[36] (Décret Présidentiel N°100/136 du 16 juin 2006). Plus tard, en 2010, la gratuité des soins fut étendue à la grossesse et aux césariennes (Décret Présidentiel N°100/38 du 16 mars 2010)[37].

Parallèlement, le Ministère de la Santé Publique du Burundi a adopté la politique nationale de contractualisation et a retenu l'approche de Financement Basé sur la Performance (FBP) comme

[36] Décret Présidentiel N°100/136 du 16 juin 2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de cinq et les accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.
[37] Décret No100/38 du 16 mars 2010 portant révision de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.

un des axes stratégiques du développement sanitaire du pays. Des expériences pilotes de FBP ont été testées dans trois Provinces à partir de 2006, puis étendues à 6 autres en 2009, pour atteindre 9 sur les 17 Provinces que compte le pays.

Dans le cadre du remboursement des soins gratuits par le Gouvernement, des problèmes liés notamment au retard de paiement des formations sanitaires, à la surfacturation des actes médicaux, à la surcharge de travail du personnel de santé et au manque de médicaments et équipements n'ont pas permis une mise en œuvre efficace de cette mesure. En vue de faire face à ces difficultés et de mettre en œuvre d'une manière plus efficiente la politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, le MSPLS a décidé de la financer à travers l'approche de FBP.

Le MSPLS, le Ministère des Finances et les PTF[38] ont adopté, en mars 2009, un consensus sur les synergies entre ces deux stratégies en vue de progresser vers la formulation d'une politique nationale harmonisée à même d'améliorer la performance du système de santé, y compris l'accès des citoyens burundais à des soins de meilleure qualité, d'apporter un soutien aux stratégies de la gratuité des soins pour les plus vulnérables et au FBP.

C'est dans l'optique d'une mise en œuvre harmonisée à l'échelle nationale du remboursement du paquet de soins gratuit et du FBP (avril 2010), suite aux résultats appréciables des expériences pilotes, que le MSPLS a élaboré un manuel des procédures qui est un outil de référence en matière de FBP associé à la gratuité ciblée des soins[39].

Le choix de cette modalité de financement du programme basé sur la performance est sous-tendu par un souci de doter le système de santé du Burundi d'un outil de financement ayant pour objectif de :

- créer des incitations positives pour le personnel de santé ;
- assurer une distribution équitable des ressources entre provinces par une différenciation des barèmes de remboursement en fonction de la pauvreté, de la densité de la population et de l'éloignement de la province ;
- assurer un financement régulier des structures de santé ;
- maîtriser les coûts liés à la politique de gratuité des soins.

3.2.1. Population cible

Selon l'Ordonnance Ministérielle révisée N°630/877du 20 avril 2010 portant modalités d'application du Décret Présidentiel N°100/38 du 16 mars 2010, la gratuité des soins concerne les enfants de moins de 5 ans, les maladies liées à la grossesse et des accouchements y compris les césariennes, dans les structures de soins Publiques et Assimilées[40]. Les enfants âgés de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent respectivement 17,9% et 5% de la population burundaise[41]. Les bénéficiaires de la gratuité des soins doivent être de nationalité burundaise, et résidant au Burundi, y compris les Employés du secteur privé non affiliés à une assurance

[38] Déclaration de consensus stratégique sur le financement de la gratuité et le financement basé sur la performance des 16 et 17 mars 2009.
[39] Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi, Version révisée, septembre 2011.
[40] Ordonnance ministérielle conjointe N°630/677 du 20/4/2010 portant modalités d'application du Décret N°100/38 du 16 mars 2010 portant révision du Décret N°100/136 du 16 juin 2006 portant subvention aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées.
[41] MSPLS, Annuaire Statistique 2012

médicale, ainsi que les affiliés à la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) ; pour ces derniers, c'est uniquement le ticket modérateur qui est pris en charge.

3.2.2. Paquet de services de soins, prestataires et modalités de prise en charge

Pour les enfants de moins de 5 ans, dans les centres de santé publics et assimilés, les services gratuits portent sur (i) les consultations externes, (ii) les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et dispensés au CDS, (iii) les examens complémentaires demandés et dispensés au CDS, (iv) l'hébergement des cas graves avant transfert et (v) les autres actes infirmiers prescrits et faits au CDS.

Dans les hôpitaux, les soins des enfants de moins de 5 ans sont subventionnés pour (1) les consultations externes, (ii) les actes médicaux et chirurgicaux, (iii) les examens complémentaires dispensés à l'hôpital, et (iii) les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et servis à la pharmacie de l'hôpital.

Les pathologies liées à la grossesse sont prises en charge gratuitement dans les CDS et les hôpitaux publics et assimilés. Les soins incluent (i) le paludisme sur grossesse, (ii) l'Hyper Tension Artérielle pendant la grossesse, (iii) le diabète pendant la grossesse, (iv) l'infection urinaire sur grossesse, (v) menace d'avortement, (vi) menace d'accouchement prématuré, (vii) fistule obstétricale, (viii) toute autre complication pré ou post-partum apparue dans les 42 jours suivant l'accouchement. Les subventions portent sur (a) les examens diagnostics, (b) l'hébergement éventuel et (c) les médicaments essentiels repris dans la liste nationale en rapport avec ces pathologies.

Dans le cadre du suivi médical de la grossesse, les examens et services subventionnés sont (i) le test positif de grossesse, (ii) les consultations pré et postnatales, (iii) le groupage sanguin ABO-Rhésus, (iv) la numération formule sanguine, (v) sérologie : toxoplasmose, syphilis, VIH, rubéole, (vi) glycémie, (vii) ECBU-Albumine, (viii) glycosurie et (ix) trois examens d'échographie au maximum.

Pour les accouchements dans les CDS, les subventions concernent (i) les soins liés à l'accouchement, (ii) l'hébergement éventuel lié à l'accouchement, ainsi que (iii) les médicaments essentiels repris dans la liste nationale en rapport avec l'accouchement.

Pour les accouchements y compris les césariennes dans les hôpitaux de première référence, les subventions couvrent (i) les actes techniques et les soins liés à l'accouchement et ses complications, (iii) les césariennes et ses complications (iii) les médicaments essentiels repris dans la liste nationale prescrits et servis à l'hôpital, (iv) les examens complémentaires prescrits et effectués à l'hôpital ainsi que (v) les hospitalisations.

Par ailleurs, les soins sont subventionnés (1) pour les patients qui consultent le CDS le plus proche de leur habitation, (2) à l'hôpital de première référence, pour les patients référés par les CDS et (3) à l'hôpital de référence nationale, les patients référés par les hôpitaux de première référence et les CDS de leur zone de rayonnement. Dans les hôpitaux de référence nationale, les subventions sont limitées aux prestations définies dans le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)[42].

En 2013, un financement additionnel de la BM a ciblé l'introduction de la nutrition dans le paquet des services du programme Gratuité-FBP. Il est lié à la réalisation d'une Evaluation

[42] Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi- Version révisée, septembre 2011

d'Impact portant principalement sur cette nouvelle activité. A l'issue de la période de l'étude et si l'impact dans les zones d'intervention est jugé positif par rapport aux zones de contrôle, ces indicateurs nutritionnels seront inclus dans le paquet d'indicateurs subventionnés dans le cadre du FBP au niveau national.

Les subventions couvrent la totalité (100%) des coûts des prestations offertes aux patients éligibles, sauf les Affiliés à la MFP pour lesquels 20% des coûts des prestations doivent être remboursés à la structure prestataire dans le cadre de la gratuité, les 80% restants sont à charge de la MFP.

L'identification des patients éligibles à la gratuité des soins dans une structure de soins, pour les enfants de moins de 5ans, se fait sur base de présentation d'une carte d'identité de l'un des parents, d'un extrait d'acte de naissance et d'une carte de vaccination. Les femmes enceintes doivent présenter une carte nationale d'identité ou passeport et une fiche de consultation prénatale. Une carte d'affiliation et une attestation de service (de l'un des parents de l'enfant, de la femme enceinte ou de son conjoint selon le cas) sont exigées respectivement pour les affiliés à la MFP et les employés du secteur privé ne bénéficiant d'aucune assurance médicale.

Cependant, les prestations citées ci-dessus ne sont pas facturées à l'acte par le prestataire, mais sont plutôt remboursées aux tarifs unitaires et forfaitaires. Ainsi, ces prestations sont intégrées dans la liste des indicateurs subventionnés aux tarifs fixés dans le cadre de la mise en œuvre de la gratuité couplée au FBP (voir annexe 1 : Liste des prestations subventionnées dans le cadre du FBP couplé à la gratuité ciblée des soins).

La contractualisation, dans le cadre de la Gratuité-FBP au Burundi, se fait à deux niveaux ; une formation sanitaire peut avoir un contrat principal ou un contrat secondaire. Pour bénéficier d'un contrat principal, une formation sanitaire doit (1) être responsable d'une aire de responsabilité attribuée par le MSPLS, (2) couvrir une population d'au moins 7.500 habitants, réaliser au moins 70% du PMA ou PCA et (3) accepter d'appliquer la politique de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse. Les contrats principaux sont signés entre la FOSA et le Comité Provincial de Vérification et de Validation (voir ci-dessous). Les contrats secondaires sont signés entre deux formations sanitaires dont l'une est sous contrat principal et l'autre se trouve dans la même aire de responsabilité et concernent les FOSA qui le souhaitent et qui ne remplissent pas les conditions d'obtention d'un contrat principal. Dans ce cadre, le prestataire principal perçoit 15% des recettes des paiements des prestations générées par le prestataire secondaire. Actuellement, 633 formations sanitaires ont un contrat principal (582 Centres de Santé et 51 Hôpitaux). Parmi les 582 Centres de Santé avec un contrat principal, 469 sont publics, 108 confessionnels et 5 privées ; tandis que sur les 51 Hôpitaux avec un contrat principal, 38 sont publics et 13 confessionnels[43].

Les prestataires secondaires publics et confessionnels sont tenus d'appliquer la mesure de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, les accouchements et les pathologies liées à la grossesse, tandis que les formations sanitaires privées lucratives signataires d'un contrat secondaire acceptent de réduire les tarifs des prestations (au moins par le montant remboursé par le programme Gratuité-FBP) pour les mêmes catégories de la population. Le non-respect de cette condition entraîne la rupture du contrat.

[43] Base de Données de la Gratuité-FBP au Burundi (www.fbpsanteburundi.bi)

3.2.3. Arrangements institutionnels

La gratuité ciblée des soins est mise en œuvre au travers les mécanismes institutionnels du FBP qui est un mode de financement de la santé basé sur les outputs de performance et matérialisé par une relation contractuelle entre les différents acteurs et guidée par le principe de séparation des fonctions (Eichler & Levine, 2009*)*. Il diffère du financement classique de type input (intrants) où les institutions reçoivent les intrants pour leur fonctionnement, sans obligation réelle de résultats. Le système consiste à financer les services en fonction des résultats réalisés et sur base des indicateurs préalablement définis et régulièrement vérifiés. Par ce modèle de financement, chaque structure de santé se doit de mettre en œuvre des stratégies novatrices pour accroitre ses résultats en quantité et en qualité, dans le respect de l'éthique de l'art, et des normes nationales et internationales. Une des conditions importantes dans la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP est que le prestataire de services ait un certain degré d'autonomie de gestion de ses ressources et dans le choix des stratégies d'amélioration de ses prestations[44].

a) La séparation des fonctions

La séparation des fonctions est l'un des principes fondamentaux du FBP en vue de prévenir d'éventuels conflits d'intérêts et d'améliorer la gouvernance. Toutefois, le principe n'indique pas qu'il faut forcément un acteur différent pour chacune des fonctions, dans la mesure où certaines fonctions peuvent être compatibles sans préjudice avéré. Ce dernier fait est aussi lié au souci de cohérence et de rationalité des coûts de mise en œuvre du programme.

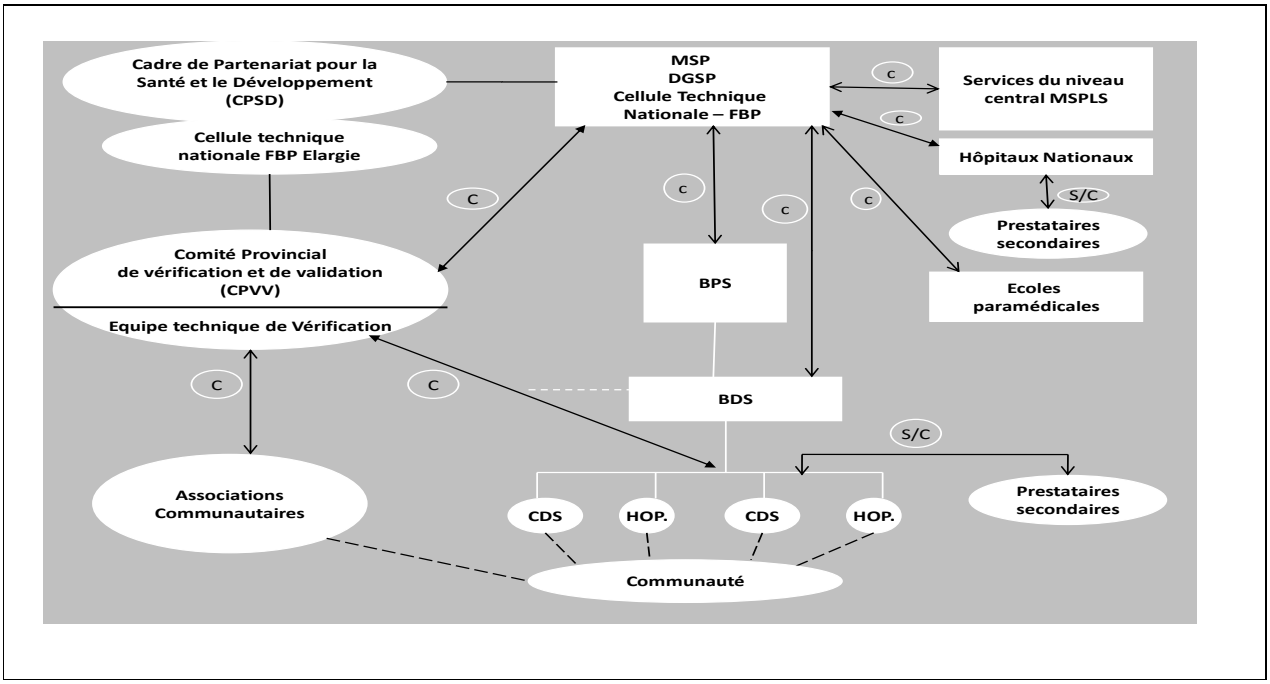
Pour la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP au Burundi, six principales fonctions sont distinguées au sein desquelles les missions des différents acteurs sont définies.

1) La prestation des soins est assurée par les hôpitaux et les CDS publics, confessionnels et privés ;
2) La vérification des prestations est assurée par :
    - l'équipe du Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) pour la vérification quantitative ;
    - les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et les Bureaux de Districts Sanitaires(BDS) pour l'évaluation de la qualité au niveau des CDS ;
    - les pairs pour l'évaluation de la qualité dans les hôpitaux ;
    - les associations locales (à base communautaire) qui sont chargées de la vérification communautaire (véracité des prestations) ;
3) L'achat des prestations est assurée par l'équipe de validation du CPVV pour les CDS et les hôpitaux de première référence, tandis que cette fonction est assurée directement par le niveau central du MSPLS pour les hôpitaux de référence nationale ;
4) La contre-vérification est assurée par un organisme externe indépendant recruté par appel d'offres international, ainsi que par les associations locales (ASLO) qui effectuent les enquêtes communautaires (perception de la qualité des soins par la communauté) ;
5) Le financement du programme de Gratuité-FBP est assuré par le Ministère des Finances et les PTF du MSPLS.
6) La régulation est assurée par les services centraux du MSPLS, les BPS et les BDS.

[44] Manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBP au Burundi, septembre 2011

La coordination technique de la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est confiée à une Cellule Technique Nationale (CT-FBP) composée de cadres fonctionnaires du MSPLS et appuyés par des experts nationaux et internationaux.

Figure n° 2: Arrangements institutionnels du FBP au Burundi



Source : MSPLS, Manuel des procédures, 2011

b) Circuit de paiement

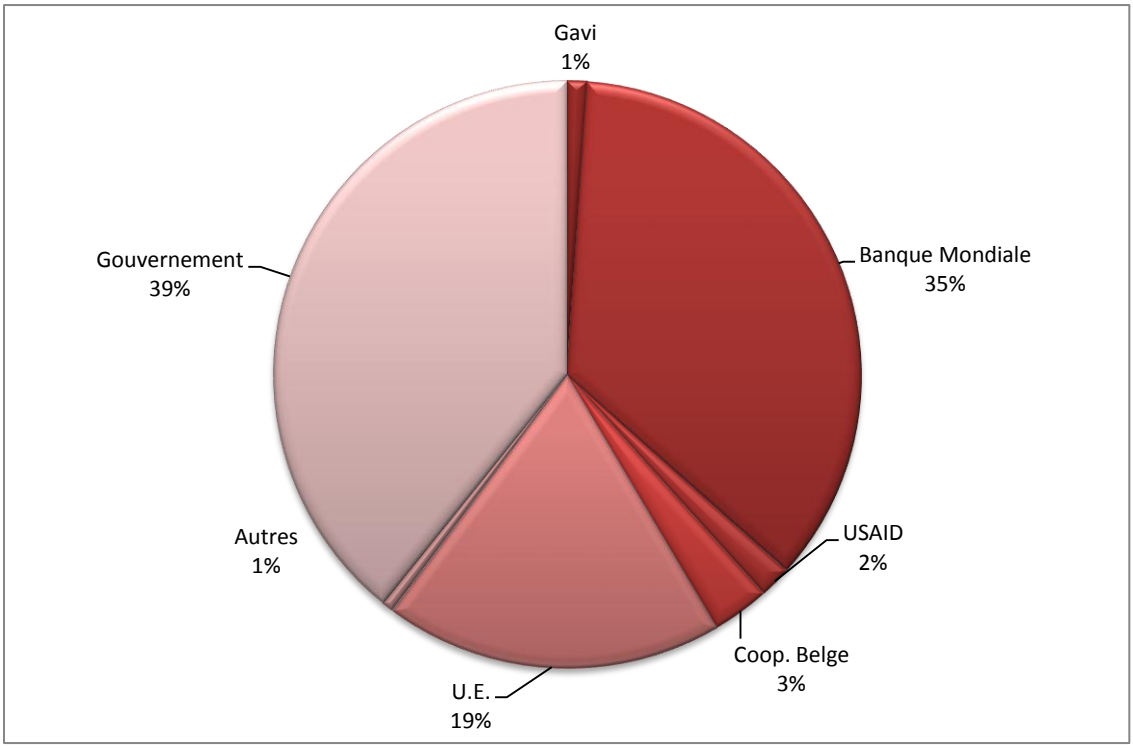
A la fin de chaque mois et dans un délai de 5 jours, les formations sanitaires doivent élaborer le rapport du Système d'Information Sanitaire et remplir une fiche de déclaration des prestations réalisées dans le cadre du programme Gratuité-FBP. Dans un délai maximum de 14 jours, la sous-unité « Vérification » du CPVV (pour les CDS et hôpitaux de première référence) et l'équipe des vérificateurs du niveau central du MSPLS (pour les hôpitaux de référence nationale) effectuent la vérification des prestations déclarées par les structures prestataires et envoient des factures respectivement à la sous-unité « Validation » des CPVV et à la CT-FBP qui assurent la fonction de validation. Les factures provinciales et les PV de validation sont ensuite vérifiés et synthétisés par la CT-FBP qui également, dans un délai de 5 jours, élabore les demandes de paiement à transmettre au Ministère des Finances par la Direction Générale des Ressources (pour les fonds publics) et aux différents PTF impliqués dans le programme Gratuité-FBP. Le délai maximum de traitement des demandes de paiement et de déboursement des fonds sur les comptes des bénéficiaires est de respectivement de 15 jours pour les PTF et de 21 jours pour le Ministère des Finances. Selon les prescrits du Manuel des procédures pour la mise en œuvre du programme, le cycle de paiement ne devrait pas dépasser 50 jours pour les fonds publics et 44 jours pour les fonds des PTF.

3.2.4. Modalités et situation du financement

Sources et situation de financement

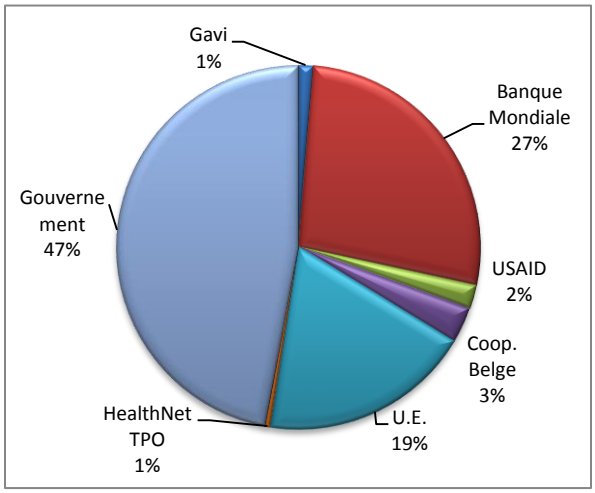
La politique de Gratuité-FBP du Burundi est financée par le Gouvernement, qui est le premier contributeur (voir graphique ci-dessous), et différents PTF. Le gouvernement s'est engagé à allouer chaque année et sur toute la période d'un accord de financement (allant jusqu'à 2018), comme fonds de contrepartie du financement de la BM, au moins 1.4% du budget général de l'Etat au financement du programme Gratuité-FBP en respectant le niveau dudit budget tel qu'il est précisé dans la Loi de Finances. La part du Gouvernement est de 39% dans le financement total du programme de Gratuité-FBP. Cette part passe à 47% dans le financement des paiements des FOSA (dépenses techniques).

Graphique n° 28 : Sources de financement du programme Gratuité-FBP(dépenses techniques et administratives), 2012

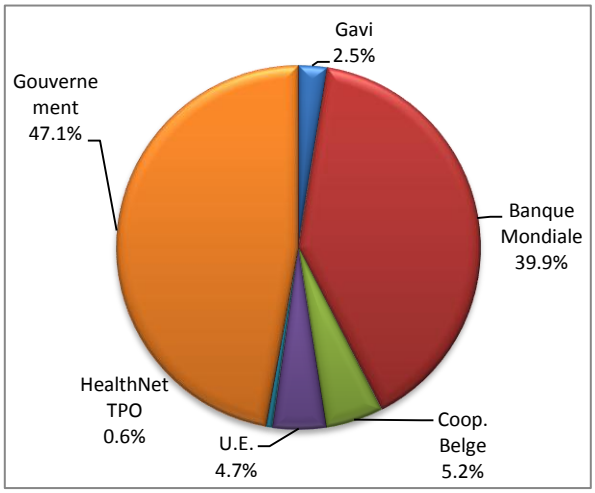


Sources : Base de données Gratuité-FBP, MSPLS

Graphique n° 29 : Programme Gratuité-FBP, Sources de financement des paiements des FOSA, 2012



Graphique n° 30. : Programme Gratuité-FBP, Sources de financement des paiements des FOSA, 2013



Sources : Base de données Gratuité-FBP, MSPLS

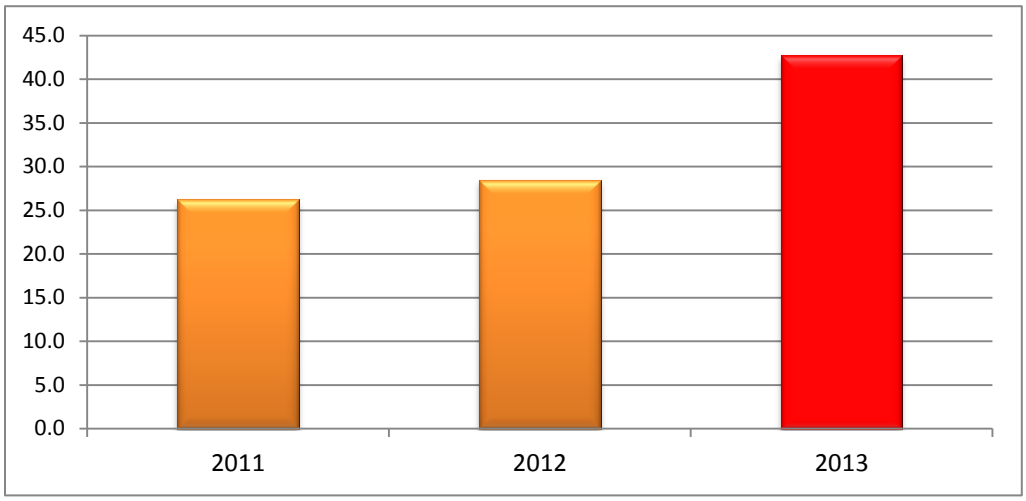
En avril 2010, le budget prévisionnel pour le programme était approximativement de 2.4 US$ par habitant ; aujourd'hui ses dépenses annuelles per capita dépassent 3,5 US$ (2013 ; calculs provisoires des auteurs ; source : base de données du programme Gratuité-FBP) contre 2,62 en 2012 (tableau suivant). Cette progression très spectaculaire des dépenses du programme est due aux paiements aux FOSA qui ont connu un accroissement de plus de 60% en raison des augmentations des tarifs intervenues en 2013.

Tableau n° 15: Structure des dépenses du programme Gratuité-FBP par entité, 2012

Structures de mise en œuvre	Montant annuel utilisé	Pourcentage
Centres de Santé (PMA)	17 262 812 617	**49,58%**
Hôpitaux (PCA)	11 230 728 043	**32,26%**
DGR	70 065 308	0,20%
CT FBP (Salaires+Primes de performance)	232 322 334	0,67%
INSP	24 250 500	0,07%
BPS	550 519 115	1,58%
BDS	1 297 554 003	3,73%
Sous total paiement aux structures	**30 668 251 920**	**88,09%**
CPVV /Equipe validation	190 978 238	0,55%
CPVV /Vérificateurs fonctionnaires (Salaires+Primes de performance)	541 086 335	1,55%
CPVV /Vérificateurs contractuels (Salaires)	468 000 000	1,34%
ASLO/Vérification communautaire	279 996 600	0,80%
Contre vérification	510 264 388	1,47%
Appui logistique et fonctionnement CPVV	499 143 698	1,43%
Appui logistique et fonctionnement CT FBP	207 253 037	0,60%
Accompagnement des Provinces	1 328 400 621	3,82%
Assistance technique CT FBP (2 permanents)	118 800 000	0,34%
Renforcement des capacités	2 653 989	0,01%
Sous total coûts opérationnels	**4 146 576 906**	**11,91%**
TOTAL GENERAL	**34 814 828 826**	**100,00%**
TOTAL GENERAL EN USD	23 209 886	
Population 2012	8 854 558	
Coût per capita (Fbu)	3931,85	
Coût per capita (USD)	2,62	

Source : MSPLS/CT-FBP (2013)

Graphique nº 31 : Evolution des dépenses techniques du programme Gratuité-FBP (paiements aux FOSA) entre 2011 et 2013, en Milliards de FBu



Sources : Base de données Gratuité-FBP, MSPLS

Cette augmentation trop rapide des dépenses techniques a eu des conséquences immédiates sur l'équilibre financier du programme Gratuité-FBP qui a connu un déficit de 8 millions de $US en 2013 (soit l'équivalent de près de trois mois de paiements aux FOSA). Ce déficit est le résultat d'un effet de ciseaux du financement du programme. D'un côté, les ressources financières ont baissé à cause essentiellement d'une baisse des contributions de quelques PTF. D'un autre côté, sous les pressions politiques et syndicales, les tarifs du programme ont été revus à la hausse d'une manière déconnectée par rapport à ce qui pourrait être mobilisé (d'où la hausse de 50% entre 2012 et 2013). Cette situation est exacerbée par le relâchement constaté dans la maîtrise des dépenses par province. En effet, avant 2013, les écarts entre les prévisions et les dépenses effectives du programme par province oscillaient, en général, entre 76% et 106%. En 2013, ces écarts se sont creusés pour passer à 74% (minimum) et 150% (maximum).

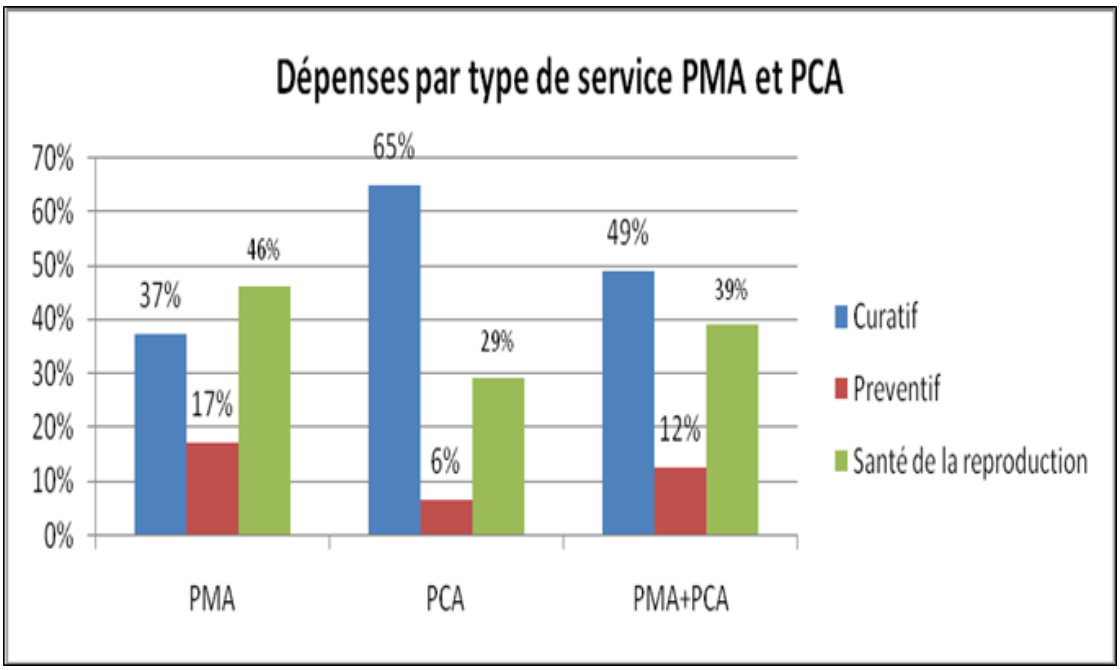
Analyse des dépenses du programme Gratuité-FBP

Concernant les dépenses techniques, en 2012, la part du PMA (CDS) y a représenté 61% contre 39% pour le PCA. Ces dépenses concernent la gratuité (les services relatifs à la mesure présidentielle de gratuité des soins de Mai 2006 ainsi que ceux qui étaient déjà gratuits et portant sur le VIH-SIDA, la Tuberculose…) à 80,5% alors que le reste, c'est-à-dire 19,5%, concerne autres services comme la consultation des patients de 5 ans et plus. Les indicateurs « gratuité » relatifs à la mesure présidentielle de gratuité des soins de Mai 2006 en faveur des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes ; c'est-à-dire 4 indicateurs au niveau du PMA (consultation curative des moins de 5 ans, journée d'observation des moins de 5 ans, consultation curative des femmes enceintes, accouchement eutocique) et 6 indicateurs au niveau du PCA (consultation curative des moins de 5 ans, journée d'hospitalisation des moins de 5 ans, consultation curative des femmes enceintes, accouchement eutocique, accouchement dystocique, césarienne) ont bénéficié de 44% des subsides pour le PMA ; 59% pour le PCA et globalement 50% du budget utilisé par les FOSA (CDS et Hôpitaux).

Par ailleurs, les dépenses sur les indicateurs de la qualité représentent des proportions relativement faibles par rapport aux indicateurs quantitatifs. Alors que le costing national prévoit que les indicateurs de qualité puisse représenter jusqu'à 25% du total des dépenses techniques, en 2012, les dépenses sur la qualité n'ont atteint que 12,3%. Au niveau des CDS, les indicateurs de qualité comptent pour 14,7% du total des recettes du programme Gratuité-FBP ; tandis qu'au niveau des hôpitaux, cette part est encore plus faible, soit 8,5% au cours de la même année.

Les indicateurs subventionnés dans le cadre de la Gratuité-FBP au niveau des Formations Sanitaires sont regroupés en 3 types de services : curatifs, préventif et santé reproductive. En 2012, la Santé de la Reproduction a consommé la plus grande part du budget au niveau des CDS (46%), tandis qu'au niveau des Hôpitaux, les dépenses sur les services curatifs atteignent 65% du total. De manière générale, la part des dépenses des services préventifs reste faible par rapport aux deux autres catégories de service autant pour le PMA que pour le PCA. Comme le montre le graphique ci-dessous, les parts des services curatifs, de Santé de la Reproduction et des services préventifs dans les dépenses techniques ont été respectivement de 49%, 39% et 12% au niveau de toutes les FOSA (CDS et Hôpitaux).

Graphique n° 32: Structure fonctionnel des dépenses techniques du programme Gratuité-FBP, 2012



Sources : Base de données Gratuité-FBP, MSPLS

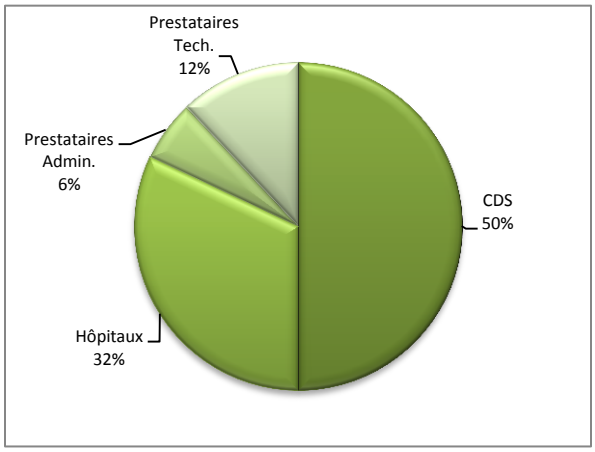
Quant aux analyses des dépenses totales du programme Gratuité-FBP par fonction et par prestataire, elles se présentent comme suit :

- D'une manière générale, la répartition de ces dépenses par type de prestataire est en faveur des paiements des fournisseurs de soins : 50% pour les CDS et 32% pour les hôpitaux. Les

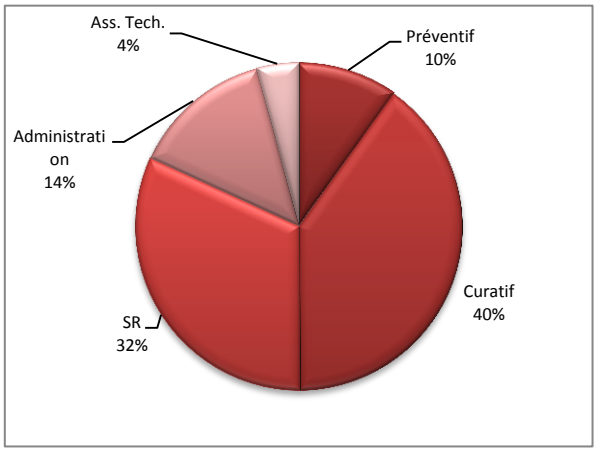
prestataires de services administratifs (DGR, CT-FBP, BPS et BDS) bénéficient de 6% de ces dépenses contre 12% pour les autres prestataires de services techniques (CPVV, ONG et prestataires d'expertise technique).

- L'analyse fonctionnelle simple montre que les dépenses techniques représentent 82% de l'ensemble du budget exécuté du programme de Gratuité-FBP contre 18% pour les autres dépenses, incluant les charges administratives et l'assistance technique.
- Une analyse fonctionnelle plus détaillée donne les résultats suivants : Près de 40% des dépenses totales du programme vont aux soins curatifs, 32% à la Santé de la Reproduction, 14% à l'administration, 10% aux services préventifs et 4% à l'assistance technique.

Graphique n°33 : Structure des dépenses totales de la Gratuité-FBP par type de prestataire, 2012



Graphique no 34: Structure des dépenses totales de la Gratuité-FBP par fonction, 2012



Sources : Base de données Gratuité-FBP, MSPLS

3.2.5. Forces et faiblesses

3.2.5.1. Forces

- Le Gouvernement est le principal contributeur et s'est fermement engagé dans le financement de la mise en œuvre de la gratuité des soins couplée au FBP à travers notamment une ligne budgétaire « Gratuité-FBP » et sa contribution chaque année à hauteur de 1,4% du budget général de l'Etat. Le fait que le Gouvernement du Burundi soit le premier financeur est également un facteur favorable à la pérennité de la stratégie.
- La stratégie apporte une forte contribution à l'atteinte des OMD 4 et 5 par le financement de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;
- Par le financement de la gratuité des soins par les mécanismes du FBP, davantage de ressources sont canalisées vers les prestataires à coûts de transaction raisonnables (près de 82% du budget Gratuité-FBP est payé aux FOSA);

- Le système favorise une distribution assez équitable des ressources entre provinces par une différenciation des barèmes de remboursement en fonction de la pauvreté, de la densité et de l'éloignement de la province ;
- Le système de vérification et de contre-vérification permet de rembourser des prestations réellement effectuées dans des conditions de qualité acceptables et de réduire le risque de notification de données incorrectes au système d'information sanitaire. Le FBP renforce la rigueur du rapportage dans le système de santé et la complétude des rapports car les formations sanitaires ne peuvent être payées qu'après avoir transmis les données ;
- De bons résultats encouragent les appuis des différents PTF et les opportunités des nouveaux financements et/ou des financements additionnels ;
- Les équipes font preuve de capacité technique suffisante pour coordonner la mise en œuvre du programme au niveau national ;
- L'organisation régulière des revues internes et externes offre l'opportunité d'adapter le montage institutionnel et la mise en œuvre du programme Gratuité-FBP en général ;
- La transparence dans la gestion suite à la mise en place d'une base de données, au travers du web, accessible à tous les acteurs, permet une fiabilité accrue ;
- La stratégie contribue à l'effort du gouvernement dans l'allocation des ressources humaines compétentes au niveau opérationnel.
- La Gratuité est une mesure assez efficace qui a eu un impact favorable sur l'accès aux soins des populations ciblées. Une analyse multivariée utilisant les données PMS 2009 et 2012 corrobore ce constat. Il ressort des analyses que, aussi bien en 2009 qu'en 2012, les tranches d'âge 0-4 ans et 15-49 ans consultent plus que les tranches d'âge 5-14 ans et 50 ans et plus. En 2009, les proportions de consultation d'un service de santé en cas de maladie ont été de 79%, 69%, 75% et 72% respectivement pour les tranches d'âge 0-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans et 50ans et plus; ces mêmes proportions sont passées respectivement à 95%, 91%, 90% et 89% en 2010. A ce niveau on peut dire que la gratuité influence l'augmentation de la proportion de la consultation en cas de maladie dans toutes les tranches d'âge. Cette gratuité favorise l'augmentation de la consultation directement sur les individus bénéficiaires de la gratuité et indirectement chez les non bénéficiaires puisque l'argent qui aurait été utilisé pour les soins des bénéficiaires de la gratuité est utilisé par les non bénéficiaires. L'effet de la gratuité (couplée au FBP) devient plus manifeste quand on contrôle les tranches d'âge avec le sexe. On remarque alors que, d'une part, la proportion de la consultation est élevée chez les enfants de moins de 5 ans, tous sexes confondus, avec une légère différence en faveur des filles (0,4%) en 2009 et une égalité presque parfaite entre les filles et les garçons en 2012. Quant à la tranche d'âge 15-49 ans, s'il y avait une différence dans les proportions de consultation d'un service de santé de 5% en faveur des hommes en 2009, cette situation s'est inversée en 2012 : la différence (2%), cette fois, est en faveur des de femmes grâce sans doute à la gratuité des soins pour les femmes enceintes.

3.2.5.2. Faiblesses

Des progrès et des résultats remarquables sont certes enregistrés au fil de la mise en œuvre de la Gratuité-FBP au Burundi. Cependant, le programme demeure confronté à certaines contraintes et faiblesses qu'il convient de souligner :

Certaines faiblesses sont liées au système de santé

- Le chevauchement entre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) résultant des Insuffisances des mécanismes de référence et contre référence: l'accès aux soins au niveau des hôpitaux n'est pas encore conditionné par une référence du niveau Centre de Santé. Cette problématique est souvent considérée comme source de la surutilisation des services hospitaliers, de l'utilisation irrationnelle des ressources et de l'impact négatif sur la qualité des soins.
- Les FOSA ne bénéficient pas toujours d'une autonomie de gestion suffisante. Bien que leurs Plans d'Action soient élaborés sous l'encadrement des BDS et validés par ces derniers, les gestionnaires des FOSA (spécialement publiques) déplorent encore la tendance des équipes des BDS à bloquer certaines activités, notamment les initiatives de petits investissements des Centres de Santé pourtant prévus dans leurs plans d'action ;
- Le système d'Information Sanitaire de routine et la problématique de collecte des données: l'utilisation du "registre unique" au niveau des CDS présente l'avantage de retracer facilement l'itinéraire du client et de résoudre le problème d'identification correcte des anciens et des nouveaux cas. Cependant, ce registre n'est pas correctement utilisé car, lors de la vérification, énormément de discordances sont fréquemment relevées entre ce registre d'entrée et les registres des différents services dans lesquels les clients ont été orientés. En outre, le mauvais archivage des outils de collecte des données entrave l'activité de contre-vérification des prestations déjà rémunérées dans le cadre du programme Gratuité-FBP. Au niveau des hôpitaux, l'absence d'un dossier médical harmonisé rend difficile l'évaluation de la qualité des prestations.
- L'absence d'une carte sanitaire au niveau national et de plans d'extension de couverture au niveau des districts sanitaires a pour conséquence un développement peu contrôlé des formations sanitaires et la difficulté pour ces dernières à maitriser leurs aires de responsabilités ;
- Le faible niveau de capitalisation des compétences acquises aux postes de responsabilité du niveau opérationnel suite à la mobilité du personnel.

D'autres faiblesses sont principalement liées à la mise en œuvre de la gratuité des soins/FBP

- L'exigence de documents d'identité ou d'état civil limite l'accès aux soins aux personnes éligibles à la gratuité.
- Théoriquement la liste des prestations de la gratuité est claire. Toutefois, il arrive parfois que les prestataires n'offrent pas tous les services à la population éligible qui se trouve alors contrainte de chercher ces prestations à l'extérieur.
- La vérification de l'éligibilité à la gratuité des soins est laissée à la discrétion du prestataire de soins, avec le risque évident de conflit d'intérêt. En plus des moyens limités dont ils disposent, les prestataires n'ont réellement aucun intérêt à assurer scrupuleusement ces conditionnalités qui, dans une certaine mesure, limiteraient leurs revenus issus de la Gratuité. Dans le même ordre d'idée, aucune balise efficace n'a été mise en place pour limiter la Gratuité ciblée des soins aux seuls patients non affiliés aux autres régimes existants, telles les Mutuelles et autres assurances médicales privées. D'où le subventionnement indirect de la Gratuité au profit de ces régimes (car le paiement est fait à leur place) et/ou le double paiement des mêmes prestations.
- Les divers effets pervers et l'éventualité des cas de fraudes : Dans l'ensemble l'inquiétude concernant les prestations non ou faiblement rémunérées dans le cadre du programme qui

pourraient être négligées par le prestataire n'est pas prouvée. Par ailleurs, le risque de fausse notification intentionnelle des cas est souvent évoqué. Par exemple, les enfants âgés de plus de 5 ans qui pourraient être enregistrés comme les moins de 5 ans ; tous les cas de consultations des femmes enceintes pouvant être en même temps comptés comme des pathologies liées à la grossesse etc… D'une part l'enregistrement des "Anciens Cas", non rémunérés, comme des "Nouveaux Cas" rémunérés par le FBP, et d'autre part, la possibilité qu'un patient puisse fréquenter plusieurs formations sanitaires au cours d'une même semaine pour une même cause, en particulier pour les soins gratuits[45], sont souvent cités comme étant à la base des taux très élevés d'utilisation des services, taux qu'il faudrait évidemment interpréter avec précaution. En plus, rien ne garantit que le prestataire tienne à vérifier et à tenir compte des critères d'éligibilité à la gratuité des soins, alors que la vérification se limite aux informations enregistrées par le prestataire et que l'efficacité de la contre-vérification communautaire présente certes des limites. Il est évident que si de tels abus venaient à échapper au contrôle, la maitrise des coûts du FBP et de la gratuité des soins serait compromise, dans un contexte de contraintes budgétaires.

- Le niveau de régulation non lié aux résultats et la désarticulation du système de santé: si le niveau opérationnel est évalué et financé sur base des résultats, la contractualisation des services du niveau central du MSPLS a pris du retard à se concrétiser. Dans une certaine mesure et dans certains domaines, le manque de performance au niveau opérationnel pourrait résulter des services du niveau central qui n'ont pas suffisamment et correctement assuré leurs missions normatives, d'encadrement et d'allocation des ressources. Aussi faut-il craindre que la contractualisation au niveau central ne soit tout simplement perçue comme un moyen d'assurer une certaine "équité" dans la rémunération individuelle du personnel, plutôt qu'un véritable outil pour stimuler davantage les services et les individus à accomplir leurs devoirs ;
- Des imperfections dans la séparation des fonctions : si la vérification des données quantitatives est assurée par une équipe exclusivement mandatée à cette activité, l'évaluation de la qualité des prestations au niveau des hôpitaux est accomplie par les pairs, et au niveau des centres de santé par les équipes des BPS et des BDS, les mêmes chargées de l'encadrement des FOSA. Dans les deux cas, la possibilité de conflits d'intérêts n'est pas exclue;
- La problématique de la mesure de la qualité : les indicateurs de qualité ne peuvent être contrôlés que le jour de l'évaluation car bon nombre de ces mesures ne rendent pas compte de la situation réelle entre deux évaluations. Il est certain que le régime a eu un impact positif sur la qualité des soins au niveau des CDS, surtout entre 2010 et 2012, mais il n'est pas sûr que cela soit le cas des hôpitaux. En outre, le programme est en train de saturer à ce niveau puisque la qualité des soins est stagnante depuis plusieurs trimestres ;
- Le système de co-paiement des factures (possibilité qu'une facture soit partagée entre différents payeurs), qui permet à un partenaire de payer pour un certain nombre ou une catégorie d'indicateurs, un certain nombre de FOSA ou un pourcentage de la facture en fonction de son enveloppe budgétaire, présente des inconvénients pour les FOSA. Si ce système présente des avantages en permettant à chaque partenaire de gérer son budget selon ses propres procédures internes et/ou de pouvoir financer son domaine ou sa zone géographique d'intervention, les gestionnaires des FOSA ne cessent de se plaindre de ces paiements morcelés, qui ne leur arrivent pas en même temps, avec pour conséquences la

[45] A noter qu'au niveau des hôpitaux, les consultations effectuées par les infirmiers sont des fois signées par les médecins et donc facturées au programme Gratuité-FBP.

difficulté de suivi des fonds. La non maîtrise des sources de financement de la gratuité et du PBF par les prestataires qui en découle est une source d'incertitude dans la prévision des ressources-dépenses. Ceci est d'autant problématique que les banques au Burundi envoient des avis de crédits quasi illisibles. En outre les paiements sont dans certains cas irréguliers, tardifs et incomplets dans la mesure où parfois le remboursement est partiel pour une même facture, d'où confusion à cause de la multiplicité des bailleurs ou des fonds insuffisants pour rembourser la totalité de la facture.

- Le désistement et la réduction des enveloppes budgétaires des PTF : si les fonds gérés par les services publics sont assez facilement décaissés selon les prévisions, il en est autrement des fonds gérés par les PTF. Les conventions signées entre le gouvernement et d'autres partenaires d'appui au programme Gratuité-FBP laissent à ses derniers la possibilité de revoir à la baisse les enveloppes budgétaires initialement prévues. La clause de ces conventions selon laquelle « le gouvernement s'engage à combler le gap si un partenaire venait à cesser de payer… » n'est pas sans susciter de confusion. Ainsi, un partenaire peut unilatéralement décider de ne pas décaisser durant une certaine période pour des raisons qui lui sont propres, ou de répartir son budget annuel sur plusieurs années… Dans ce cas, il est fait recours aux fonds gérés par les services publics, pourtant non extensibles, et qui sont rapidement épuisés. D'où des retards de paiement, voire même le risque de non-paiement d'une partie des FOSA.
- Cette situation est exacerbée par l'escalade rapide et incontrôlée des dépenses. En une année, entre 2012 et 2013, les paiements aux FOSA sont passés de 28,3 milliards de FBu à 45,9 milliards de FBu, soit une augmentation de 62%. A ce rythme et toute chose égale par ailleurs, le programme ne pourrait pas être financièrement soutenable.
- La contribution par le budget du Gouvernement aux coûts opérationnels liés à la mise en œuvre du programme de Gratuité/FBP est très limitée. Dans la mesure où les fonds publics ne peuvent pas être alloués à certaines fonctions pourtant essentielles telles que la vérification des prestations et la gestion du processus de facturation et de paiement (…), le programme pourrait temporairement en souffrir en cas de difficultés de certaines sources de financement qui, pour le moment, couvrent entièrement ces volets.
- Les termes de référence des ONG d'accompagnement ne sont pas adaptés à l'évolution de la mise en œuvre de la Gratuité-FBP: les ONG d'accompagnement risquent de se substituer aux acteurs qu'ils sont sensés encadrer, ou de créer une certaine dépendance au détriment de l'appropriation par les acteurs pour des missions qui leur incombent.
- Le couplage Gratuité et FBP : Si de multiples avantages dus à la mise en œuvre de la gratuité des soins au travers du FBP ont été notés, certains prestataires craignent cependant que le FBP ne se transforme de plus en plus en un simple canal de remboursement des factures des prestations de la gratuité, et que ses autres effets soient évaporés, d'autant plus que certaines FOSA, en particulier les hôpitaux ne parviennent pas à dégager des subsides leur permettant de payer les primes de motivation au personnel, avec comme conséquence le désintérêt de ce dernier pour l'amélioration des prestations. La question mérite d'être analysée profondément, car certaines formations sanitaires, particulièrement les hôpitaux, sont en plus de certains facteurs évoqués notamment les retards de remboursement et la sous-estimation des tarifs de certains indicateurs (ex. césarienne dont la valeur réelle est de 150.000BIF soit 100$ alors qu'elle est remboursée 68.000BIF soit 40$) sont confrontés à de multiples autres problèmes structurels.

3.3. Mutuelle de la Fonction Publique

La Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) a été créée en 1980, par le décret du 27 juin[46]. A la même date un décret-loi a institué un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés[47]. La MFP a donc été chargée de l'organiser et de l'administrer. En 1999, un code de la Sécurité Sociale avait également été promulgué[48], suivi d'une réforme du régime de l'assurance-maladie des agents publics et assimilés, actée en 2002[49]. Une année plus tard, une première agence régionale fut créée à Gitega, suivie de deux autres en 2006, à Ngozi et Bururi. A fin 2011, la MFP comptait 560 employés (contre 246 en 2000), dont 347 dans ses activités administratives et 213 dans son département pharmacie[50]. Les officines pharmaceutiques de la MFP ont ouvert en 1989. Elles comptent aujourd'hui 29 établissements et un effectif de 116 employés.

3.3.1. Population cible

L'affiliation à la MFP a un caractère automatique pour les fonctionnaires de l'Etat payés par la Fonction Publique, pour les forces armées et la police nationale. La mutuelle est le mécanisme d'assurance santé le plus étendu du pays. Elle assure une couverture maladie aux catégories de personnes suivantes : les fonctionnaires, les contractuels de la fonction publique, les agents des collectivités territoriales ou locales, les personnels des Forces de Défense Nationale (FDN), les personnels de la Police Nationale du Burundi (PNB), les étudiants de l'Université du Burundi, les magistrats, les personnels des sociétés et établissements publics, l'enseignement privé, les personnels des institutions politiques.

Les ayants droit, outre les conjoints, sont les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, sans limite d'âge si l'enfant est affecté d'un handicap mental et jusqu'à l'âge de 23 ans s'il poursuit des études.

Les retraités ou pensionnés de la fonction publique et de l'Institut National de Sécurité Sociale sont également couverts, ainsi que leurs conjoints.

Les FDN et la PNB représentent un ensemble d'affiliés et d'ayants droit numériquement important, mais non connu pour raison de confidentialité de l'information. Néanmoins, les FDN et la PNB préparent un état statistique de leurs affiliés. Globalement, d'après le rapport annuel de la MFP pour l'exercice 2011, les cotisations des FDN et de la PNB représentent, ensemble, 20% de l'ensemble des cotisations collectées. La Fonction Publique compte pour 41% du montant global, qui s'est élevé à 18,58 milliards de Francs Burundais en 2011.

D'après les estimations des CNS 2010 (MSPLS, 2014), près de 8% de la population du Burundi seraient couverts par la MFP.

3.3.2. Paquet de services de soins, prestataires et modalités de prise en charge

La liste des prestations couvertes par la MFP est établie par les décrets et lois de 1980 et 2002 portant sur le régime de l'assurance-maladie et maternité pour les agents publics et assimilés.

Elle inclut :

---

[46] Bulletin Officiel du Burundi. N°9/80. Décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant création et organisation d'une mutuelle de la Fonction Publique.
[47] Décret-Loi n°1/28 du 27 juin 1980 portant institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés.
[48] Loi n°1-010 du 16 juin 1999 portant Code de la Sécurité Sociale.
[49] République du Burundi. Cabinet du Président. Loi n°1/05 du 10/09/2002 portant réforme du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.
[50] Mutuelle de la Fonction Publique. *Rapport d'activités de la MFP, exercice 2011*. Bujumbura, septembre 2012.

- Les consultations médicales (y compris les visites prénatales et post-natales) ;
- Les examens de laboratoire ;
- Les actes chirurgicaux, y compris dentaires ;
- L'hospitalisation ;
- Les médicaments ;
- La lunette médicale;
- Les évacuations sanitaires (y compris vers l'étranger).

Les prestataires conventionnés sont :

- Les centres de santé publics (soit 364 CDS en 2012)
- Les hôpitaux publics (au nombre de 42 en 2012)
- Les organisations religieuses qui disposent d'infrastructures sanitaires (notamment CARITAS avec 63 centres de santé, CEPBU avec 26 centres)
- Les pharmacies privées sous convention (au nombre de 30 en 2012)
- 6 centres optiques
- 72 unités et officines des FDN
- 63 unités et officines de la PNB

La MFP dispose de guichets dans la plupart des hôpitaux du pays, mais pas dans tous. Par exemple, l'hôpital de Matana ne dispose pas de guichet. Il se trouve d'ailleurs que les factures adressées par cet hôpital à la MFP pour paiement sont davantage « redressées » (c'est-à-dire diminuées des éléments qui ne peuvent être remboursés par la MFP) que d'autres par le bureau régional. Les factures sont adressées environ tous les mois par les FOSA aux bureaux régionaux. Ceux-ci les vérifient, ce qui peut prendre de quelques jours à trois mois, comme vu à Bururi où le bureau régional est très mal logé et dispose de peu de moyens comparé aux sièges de Gitega et Ngozi, dont les immeubles ont été mis en service en 2008[51].

Les critères de vérification portent sur : la présence de la signature du bénéficiaire, le cachet du guichet lorsqu'il y en a un, la signature et le cachet du médecin ou prestataire, les calculs effectués, les tarifs appliqués, l'éligibilité de la prestation, la signature du responsable administratif et financier de la FOSA. Les factures sont ensuite « redressées ». Le redressement est effectué en présence d'un représentant de la formation sanitaire concernée, qui est convoqué pour la séance de redressement afin d'apposer une signature d'approbation sur la facture redressée. Puis les factures sont envoyées au siège de la mutuelle à Bujumbura pour procéder au paiement.

L'ouverture vers les prestataires de service privés à but lucratif a été envisagée mais elle reste encore bloquée (par le Conseil d'Administration). Le CA demande à ce qu'une étude préalable sur l'impact financier de cette ouverture (conventionnement des prestataires) soit menée. Une première tentative avait été menée dans les CDS de Gatumba et Gihanga, mais avait été abandonnée suite aux fraudes constatées. En revanche des FOSA du secteur confessionnel sont conventionnées.

Il est à noter que la question des fraudes est un problème épineux pour la MFP, car les possibilités de frauder sont importantes et les moyens de les contrer restent très limités. Les cartes d'adhérent sont faciles à falsifier, et on constate que des prescriptions sont parfois faites pour des patients qui n'existent pas. Certains affiliés vont en consultation en secteur privé (non conventionné) puis font transcrire leur ordonnance dans le secteur public pour en assurer la prise

[51] La MFP, propriétaire de ces bâtiments vastes et modernes, y loue des locaux à d'autres entreprises ou activités.

en charge financière, ce qui est difficile à détecter. L'absence de bases de données des affiliés et des bénéficiaires, et de toute informatisation de la gestion des prestations rend d'autant plus difficile la détection des fraudes. Parmi celles qui sont détectées, étonnamment, 85% concernent les personnels pourtant, en principe, les mieux pris en charge : FDN et PNB.

Les officines privées viennent en complément des officines de la MFP, qui doivent être en principe privilégiées pour l'obtention des médicaments prescrits. Les ruptures de stock sont malheureusement fréquentes et amènent donc les patients à se rendre dans le secteur privé pour se fournir, d'autant que, comme le note la Commission d'Enquête de l'Assemblée Nationale, en cas de manque d'un médicament prescrit, les gestionnaires des pharmacies de la MFP demandent au malade affilié de « retourner chez le médecin pour qu'il lui prescrive un autre équivalent disponible dans nos stocks. »

On constate aussi que les activités de prévention et de promotion de la santé ne sont pas bien prises en compte (aucune activité spécifique n'est menée). Pourtant, le Décret-Loi n°1/28 du 27 juin 1980 portant sur l'institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés prévoyait la mise en œuvre d'activités de prévention et de détection, notamment au travers d'un programme avec le MSPLS et de visites pour les bénéficiaires « à certaines périodes de leur vie » pour un « examen de santé ayant pour but de déceler et de prévenir les maladies les plus courantes ou les plus graves. » Cette disposition ne semble pas appliquée. De même, le décret-loi prévoyait que serait « établi pour chaque enfant et remis à la mère un carnet de santé sur lequel seront reportés les renseignements sanitaires relatifs à l'enfant et comportant des feuillets détachables destinés à faire preuve du contrôle sanitaire périodique de l'enfant » (Article 19). Cependant, cette disposition n'a pas été appliquée. L'information recueillie indique que le MSPLS devait en principe se charger d'élaborer les carnets de santé mère enfant et de les mettre en service. Des carnets ont été récemment produits et introduits pour expérimentation dans le district sanitaire de Gitega.

L'affilié ou l'ayant droit doit payer un ticket modérateur de 20% du coût de la consultation ou de l'hospitalisation, et de 10% à 30% du coût des médicaments, sur la base d'une tarification établie par les autorités de l'Etat. La dernière version de celle-ci date de 2001. La part restante (80% pour les consultations et hospitalisations et de 70 à 90% pour les médicaments) est à la charge de la mutuelle. Pour les médicaments, le remboursement se fait sur la base du coût des génériques. Or, dans la plupart des cas, les médecins prescrivent des spécialités, donc beaucoup plus onéreuses, ce qui laisse un reste à charge élevé au patient. Dans le cas d'une maladie chronique, le remboursement des médicaments se fait à hauteur de 90% depuis 2003. Les maladies (ou affections de longue durée) couvertes sont, principalement, les affections cardio-vasculaires (dont l'hypertension artérielle et les insuffisances cardiaques), l'asthme, le diabète, l'épilepsie, les affections psychiatriques.

Les FDN, la PNB, le personnel du MSPLS sont en réalité pris en charge à 100%, la part revenant au bénéficiaire étant couverte par le ministère de tutelle. Il en est de même pour les employés de la MFP elle-même.

Il n'y a pas de plafond de remboursement. Cependant, la tarification appliquée est tout à fait dépassée. Etablie en 1996 et révisée en 2001, elle n'a pas été revue depuis et est considérée comme obsolète. C'est ainsi que le tarif d'une consultation générale est de 50 FBu au CDS et de 200 FBu à l'hôpital public (500 FBu si l'hôpital public est autonome). Ceci pose un problème très important pour les formations sanitaires, alors que les salaires des personnels du MSPLS ont été triplés en 2009 sans que les tarifs des prestations n'aient été ajustés en conséquence. Ceci est

aussi une contrainte pour les assurés qui doivent payer des suppléments (tarifs effectifs beaucoup plus élevés) dans les hôpitaux autonomes : par exemple, à l'hôpital militaire, la consultation générale coûte 1.800 Francs, la MFP rembourse 80% de 500 FBu (soit 400 FBu), ce qui fait que le reste à charge pour l'assuré est de 1 400 FBu. La tarification doit en principe être revue par le MSPLS. La MFP est membre de la Commission chargée de réviser les tarifs des prestations médicales. Entre-temps, elle a d'elle-même adapté certains d'entre eux, comme le tarif de la consultation en CDS passé de 50 à 100 FBu.

La prise en charge des maladies chroniques (ou affections de longue durée – ALD), pour lesquelles les taux de remboursement sont plus élevés (90% pour les médicaments) était, jusqu'il y a peu, un problème. Les patients devaient se présenter devant les deux seuls médecins-conseil dont dispose la mutuelle, à Bujumbura, lesquels délivraient une attestation permettant ensuite aux patients de se présenter aux guichets ou à des pharmacies de la mutuelle ou conventionnées pour retirer leurs médicaments. En 2009, des fiches médicales, ou de protocole, ont été introduites pour faciliter l'accès aux médicaments. Depuis début 2013, les patients ont beaucoup plus de médecins traitants vers qui se tourner puisque des conventions ont été passées avec les médecins-directeurs des hôpitaux publics et confessionnels (donc un par hôpital – qui sont au nombre de 52 dans tout le pays). De plus, les patients ont désormais des fiches de protocole avec lesquelles ils peuvent aller retirer leurs médicaments sans avoir à repasser à chaque fois devant le médecin traitant. Le protocole est valable une année. Il n'y a cependant pas de visite de contrôle obligatoire et le renouvellement du protocole peut se faire directement au guichet. Le protocole peut être modifié au cours de l'année par le médecin traitant.

Il faut noter un point important concernant la filière des soins (ou son absence) : il n'y a pas d'obligation du patient à se rendre préalablement chez un médecin généraliste ou référent avant de se rendre chez un spécialiste ou à l'hôpital, contrairement à ce qui se fait avec la CAM par exemple. Ceci est un facteur inflationniste de la dépense sans compter que c'est un problème de qualité de la prestation médicale, du fait que beaucoup d'affections peuvent être plus aisément et rapidement prises en charge, en principe du moins, par le recours à médecin référent ou traitant. Le recours à l'hôpital, même en ambulatoire, pour des affections courantes et de traitement simple engorge inutilement celui-ci et coûte cher tant à la MFP qu'au patient, in fine.

3.3.3. Arrangements institutionnels et juridiques

La MFP est un établissement public à caractère administratif (EPA), placé sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS), et disposant de l'autonomie organique et financière. La tutelle signifie notamment que le/la ministre de la Fonction Publique peut faire annuler toute décision qui serait contraire au Décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant création de la MFP. Le décret a établi la composition de son Conseil d'Administration (CA), dont le nombre de membres était fixé à douze, dont quatre représentants de l'Etat (DG de la Fonction Publique, DG de la Santé, un représentant du Ministère du Plan, un du Ministère des Finances), quatre représentants des assujettis, trois représentants des fournisseurs de prestations. Cependant, le Décret 100/193 du 18/10/1989, portant modification des statuts de la Mutuelle de la Fonction Publique, a ramené la composition du CA à 7 membres, dont 3 représentants de l'Etat, 3 représentants des affiliés et un représentant du personnel. Le directeur général de la MFP, représentant de l'Etat, est le secrétaire général du CA. Parmi les représentants des affiliés, dans le CA actuel, un provient des FDN, un de la PNB, un de la COSYBU (Confédération des Syndicats du Burundi, née en 1995 et qui regroupe 33 syndicats ainsi que la Fédération Nationale des Travailleurs du Transport).

Une Commission d'Enquête de l'Assemblée Nationale, qui a établi un rapport sur la MFP en 2012, notait que « malheureusement, depuis cette loi de 2002 (sur la réforme du régime d'assurance maladie-maternité des agents publics et assimilés), la MFP n'a jamais eu de statuts adaptés à cette nouvelle loi, ce qui fait qu'elle n'existe pas juridiquement. » Il n'y a en fait pas eu de texte d'application de la loi de 2002.

3.3.4. Modalités et situation du financement

Le régime est financé par une cotisation appliquée sur la base du salaire brut diminué des allocations familiales et des allocations au logement. Le taux de cotisation est, depuis sa révision en 1999, fixé à 10% : 6% sont à la charge de l'employeur et 4% à celle de l'employé. La part revenant au salarié ne peut excéder cependant 40% du montant global de la cotisation, comme stipulé par les textes légaux, dont la Loi n°1/05 portant réforme du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés. En 1986, le taux global avait été porté de 4% à 7,5% du fait de l'inclusion des actes médicaux alors que seuls les produits pharmaceutiques et l'hospitalisation étaient jusque-là couverts. Le tableau suivant reprend les taux de cotisation appliqués depuis la création de la MFP.

Tableau n° 16: Taux de cotisation à la MFP depuis sa création

Cotisation	1980– 1986	1986 – 1999	1999 – à ce jour
% de la base salariale (total)	4,0 %	7,5 %	10,0 %
Part du salarié	2,0 %	3,0 %	4,0 %
Part de l'employeur	2,0 %	4,5 %	6,0 %

Source : MFP (2013)

L'année 2011 a marqué l'exercice le plus profitable du compte de la mutuelle depuis la création de cette dernière en 1980. Les excédents enregistrés se sont élevés à 2,54 Mds de FBu, contre 1,12 Md en 2010, soit une augmentation de 1,42 Md ou 127% par rapport aux recettes totales du compte de la mutuelle.

Par contre, le compte du département de la pharmacie a enregistré un déficit estimé à -1,04 Md en 2011, contre –0,77 Md en 2010, d'après le rapport annuel 2011. Le problème ici est que ces comptes n'ont pas été audités ni certifiés. D'ailleurs, ils ne le sont pas depuis 2004, année où le déficit avait été estimé à 224 millions de FBu. Depuis 2005, le déficit du compte pharmacie ne cesse de se creuser, mais en l'absence d'une certification de ce compte au cours des 8 derniers exercices, il n'est pas véritablement possible d'analyser avec certitude ce qui explique cette détérioration.

Selon le rapport annuel 2011 de la MFP, le montant global des recettes s'est élevé à 19,87 milliards de FBu. Les cotisations collectées se sont élevées à 18,58 Mds, soit une hausse très

forte, de 12,5%, par rapport à 2010. Cette augmentation est expliquée par celle du nombre d'affiliés et celle des salaires, qui combinées augmentent la base de cotisation, et par des régularisations d'arriérés de cotisations. A noter que la MFP n'a pas produit de rapport annuel avant celui de 2011.

Les dépenses totales du compte de la mutuelle ont atteint 17,33 Mds (+5,6%), dont 10,66 Mds de charges techniques (dépenses de remboursement), soit une augmentation de 8,2% en un an. Les produits pharmaceutiques comptent pour 68% du montant de la dépense technique. Les frais administratifs se sont, eux, élevés à 6,68 Mds en 2011, en hausse de 1,8% seulement. Les charges de personnel du compte mutuelle représentent 2,55 Mds de FBU, soit 38% du montant total des charges administratives, ce qui paraît une proportion bien faible pour une activité de services.

Pour ce qui concerne la part des frais de gestion dans les dépenses totales, elle représente l'équivalent de 38% de l'ensemble des dépenses de la mutuelle (40% en 2010), ce qui est considérable. Une fourchette de 15-20% est plutôt attendue pour un organisme de ce type. A titre de comparaison, les assureurs privés santé aux Etats-Unis, qui sont considérés comme très coûteux, notamment en raison de leurs dépenses de communication et de marketing, ont des ratios de l'ordre 25-30%. En revanche, les systèmes d'assurance maladie publics ont des ratios bien inférieurs, de l'ordre de quelques pourcents seulement (de l'ordre de 5,5% pour l'assurance maladie en France, de l'ordre de 2% pour Medicare aux Etats-Unis). Des coûts inférieurs à 10% du montant total des dépenses sont généralement recommandés (par l'OCDE par exemple). Au Rwanda, le taux de frais de gestion des mutuelles communautaires est de l'ordre de 15% des cotisations (Appaix O. et al., 2013).

Les factures établies par les FOSA à l'endroit de la mutuelle sont d'abord revues par les agences régionales qui les « redressent » si nécessaire, avant de les envoyer au paiement au siège de la MFP à Bujumbura. Les délais de remboursement indiqués par les FOSA visitées, soit 1 à 2 mois, ne semblent pas leur poser de problème. D'ailleurs, en raison de paiements plus sûrs et rapides de la part de la mutuelle, les FOSA tendent à donner préséance aux bénéficiaires de la MFP pour les consultations et autres prestations.

Les paiements des prestataires de soins se fait à l'acte selon les conventions qui lient la MFP aux formations sanitaires concernées.

Le paiement à l'acte est d'ailleurs la modalité pratiquées par tous les autres régimes à l'exception de la CAM et de la Gratuité qui recourent à un paiement plutôt par forfait. Pour le cas particulier de la Gratuité, le paiement est conditionné également par le degré de performance atteint par le prestataire de soins.

3.3.5. Forces et faiblesses

3.3.5.1. Forces

La MFP est une institution qui semble bien établie, stable, dont les finances (du moins pour la partie strictement assurance-santé) sont solides – comme en témoignent les délais de paiement raisonnables. Elle s'appuie sur une population captive (automatisme de l'affiliation lorsqu'on est fonctionnaire de l'Etat ou membre des FDN et de la PNB). Les problèmes de recouvrement de cotisations rencontrés ici et là ne constituent pas un inconvénient majeur.

3.3.5.2. Faiblesses

Pourtant, la couverture effective de la mutuelle n'est pas tout à fait celle prévue par les textes régissant son activité. Ainsi, des sociétaires qui en ont les moyens financiers évitent de passer au guichet où les files d'attente sont longues (pour récupérer le bon de soins) et payent de leur poche ; certains achètent aussi la carte CAM.

De même le niveau de remboursement octroyé par la MFP à ses membres est loin d'atteindre les 80% théoriques. En effet, la MFP rembourse sur base des tarifs de 2001 qui sont aujourd'hui complètement obsolètes. Le niveau de remboursement réel se situe entre 40 et 60%[52] de la facture. Cette situation est une autre source de démotivation des personnes couvertes pour l'utilisation de leur carte MFP.

Les possibilités de fraude sont importantes et leur détection est mal assurée. Les cas de fraude détectés et les sanctions prises sont assez peu nombreux. Il est étonnant, à ce propos, de constater que 85% des cas de fraude documentés concernent les personnels pourtant, en principe, les mieux pris en charge : FDN et PNB.

L'une des grandes faiblesses de la MFP est son manque de capacité dans ses fonctions d'accueil et d'orientation des adhérents et de leurs ayants droit, notamment aux guichets. Ces derniers sont très mal équipés tant en moyens humains que matériels.

Par ailleurs, la MFP ne dispose pas de plan stratégique, ni de tableau de bord. Elle manque, là aussi, de ressources humaines suffisantes pour assurer son développement et notamment l'amélioration de ses capacités de gestion, y compris de gestion prévisionnelle (elle ne dispose pas d'actuaire par exemple). C'est ainsi que la MFP ne dispose que d'une vingtaine de cadres pour un effectif de 560 personnes, comme noté par la Commission d'Enquête de 2012. Sa gestion n'est pas informatisée.

Dans la ligne des constats précédents, la MFP souffre d'un manque cruel d'outils de gestion, particulièrement d'outils statistiques. La méconnaissance des listes d'affiliés, de leur nombre, du nombre de leurs ayants droit, handicape bien évidemment la mutuelle dans sa capacité à piloter son développement, à établir un diagnostic de ses activités, à repérer ses propres forces et faiblesses (à s'auto-diagnostiquer en quelque sorte), et à se projeter dans l'avenir.

Son efficacité est limitée dans bon nombre de provinces, et notamment dans les zones rurales où les adhérents n'ont pas accès à un guichet de la mutuelle puisqu'on n'en trouve que dans les hôpitaux (et pas tous, comme vu à Matana). Les horaires d'ouverture limités de ces guichets, comme des pharmacies de la mutuelle, rendent parfois difficile la présentation d'un bon de soins ou une ordonnance pour les patients.

C'est pour cela que les résultats de l'analyse multivariée faite sur les données de la PMS 2012 ne sont pas surprenants. En effet, selon ces analyses il s'avère que les individus couverts par la CAM et les bénéficiaires de la MFP ont respectivement 1,7 et 1,4 fois moins de chances de consulter un service de santé en cas de maladie que ceux qui n'ont pas de couverture médicale. Par contre, il n'y a pas de différence significative dans la consultation d'un service de santé en cas de maladie chez les individus couverts par une mutuelle privée ou par le régime des indigents et ceux qui ne sont pas couverts par une assurance.

[52] Source MSPLS DGR/CCI rapport d'évaluation de la prise en charge des soins des agents du MSPLS

3.4. Mutuelles Communautaires

Historiquement, le mouvement mutualiste en santé au Burundi a été appuyé dans sa création et son développement par le secteur mutualiste de Belgique. C'est avec l'appui de la Mutualité chrétienne belge que les premières mutuelles communautaires de santé (MCS) sont apparues au Burundi, en 1992. Ces mutuelles n'ont pas survécu au conflit, mais ont été revitalisées en 1999 par les structures de développement confessionnelles catholiques de l'archidiocèse de Gitega, toujours avec l'appui de la mutualité chrétienne belge. Le Diocèse de Muyinga s'est également doté d'une mutuelle, à partir de 2009, avec l'appui de la mutualité chrétienne de Gand. Depuis, les deux mutuelles précitées se sont associées en une Mutuelle Nationale de Santé (MUNASA).

A partir de 2008-2009, les Mutualités socialistes belges ont entamé l'appui au développement de mutuelles au Burundi, à travers les coopératives de café dans la province de Kayanza (Programme pour la Promotion des Mutuelles de Santé des Caféiculteurs du Burundi – PROMUSCABU).

La Mutualité libérale belge (troisième mouvement de ce pays – le moins important) s'est également investie, au travers de l'ONG Louvain Développement (LD), qui a aidé à établir l'Union pour la Coopération et le Développement (UCODE), et travaille dans la région de Ngozi. Cette mutuelle n'a cependant démarré qu'en 2011.

On compte, récemment, l'apparition d'une autre mutuelle appuyée cette fois par une ONG belge – MEMISA. Quelques ONG burundaises ont également contribué à la création de mutuelles de santé, mais également avec des appuis extérieurs. C'est le cas de FVS-AMADE, union de deux associations burundaises nées respectivement fin 1992 (FVS pour Famille pour Vaincre le SIDA) et mars 1996 (AMADE pour Association Burundaise des Amis de l'Enfance). Les deux ONG visaient à répondre aux besoins des orphelins et autres enfants rendus vulnérables au VIH/sida (qu'on dénomme parfois aussi « OEV »). Cette union fournit à ces enfants un appui psychosocial et une prise en charge médicale, aide les familles d'accueil des OEV et les enfants eux-mêmes responsables de fratries (comme il arrive souvent avec les enfants ayant perdu leurs parents pour cause de SIDA) à développer leurs capacités économiques, et fournit aussi une aide à la défense des droits des enfants.

L'union a développé trois mutuelles communautaires de santé dans trois provinces du pays (Bujumbura Mairie, Bururi, Makamba), démarrées fin 2012, donc encore très récentes. A Bururi, où elle a été visitée par la mission d'étude, la mutuelle opère dans les 9 communes de la province. Dans chaque commune un « groupe de solidarité » a été mis en place, équivalent d'une section mutualiste. A Bururi, la mutuelle compte à ce jour 1 170 ménages adhérents pour un total approximatif de 7 000 bénéficiaires. Seuls 26 ménages ne font pas partie des groupes de solidarité. La mutuelle vient en fait en complément des services couverts par la CAM (petite chirurgie, ophtalmologie), mais ne couvre pas la prise en charge des maladies chroniques.

Comme évoqué plus haut, l'arrêté du 25 janvier 2012 portant réorganisation du système de Carte d'Assistance Maladie au Burundi, et instituant la CAM dite « rénovée », précise que celle-ci n'est qu'un système transitoire puisque, « pendant que d'autres systèmes d'assurance-maladie à base communautaire s'implantent et s'étendent progressivement. ». Il revient donc, en principe, à ces « systèmes d'assurance-maladie à base communautaire » d'assurer, in fine, la couverture maladie des populations rurales et informelles. Si l'on considère cependant que la CAM (améliorée ou non) doit faire partie intégrante des solutions de couverture universelle à l'avenir, la question reste ouverte quant à la place que doivent occuper les mutuelles communautaires dans le ou les futurs dispositifs envisagés.

3.4.1. Population cible

Les MCS sont définies comme « des systèmes où les communautés s'organisent elles-mêmes (spontanément ou par stimulations) en associations d'entraide et de solidarité pour le paiement des soins de santé. Le paiement, la mise en commun de fonds et la mutualisation du risque maladie sont des piliers principaux. ».

Selon les derniers chiffres disponibles, publiés dans un document datant de septembre 2013, les mutuelles recensées par la PAMUSAB (qu'elles en fassent partie ou non) comptaient un total de 22.304 adhérents pour 124 191 bénéficiaires au total, pour l'exercice 2011/12. D'autres chiffres provenant de sources fragmentées (autres regroupements et autres mutuelles) divergent assez nettement de ceux recueillis auprès de la PAMUSAB.

Globalement, une estimation de 1,5% à 2,0% de la population burundaise couverte par les mutuelles communautaires de santé semble, pour le moment du moins, une approximation acceptable.

L'Introduction de la CAM rénovée début 2012 limite en principe les possibilités de développement des mutuelles communautaires en restreignant leur champ d'application, le paquet essentiel d'activités étant normalement accessible au plus grand nombre via la CAM, qui vise les deux tiers de la population burundaise et repose sur le paiement d'un forfait annuel de 3.000 FBu et d'un ticket modérateur de 20%. Effectivement, les mutuelles ont souffert de cette introduction et de cette « compétition » sur le terrain (quelques sections ont fermé). L'impact sur la croissance a été visible, puisque les mutuelles existantes en 2011 ont connu une décroissance globale de l'ordre de -14% entre 2011/2012 et 2012/2013 pour le nombre d'adhérents et de -11% pour celui des bénéficiaires, avec des variations importantes. Par exemple, la mutuelle des caféiculteurs (MUSCABU) est passée de 15.874 adhérents en 2011/2012 à 11.602 pour l'exercice 2012/2013, soit une chute de 27%. En revanche, l'adhésion a continué de progresser à l'UCODE (+99%).

En dépit des difficultés rencontrées, selon la PAMUSAB, les mutuelles ont malgré tout réussi à se maintenir et les perspectives semblent meilleures aujourd'hui, principalement du fait qu'elles remboursent mieux les FOSA et qu'elles assurent dans les FOSA une meilleure disponibilité des services, et particulièrement des médicaments, que la CAM, qui fait face à de nombreuses difficultés opérationnelles. Les formations sanitaires rencontrées indiquent d'ailleurs que la sécurité du remboursement semble jouer en faveur de la prise en charge des personnes se présentant avec une couverture mutualiste, même si les CDS ne semblaient pas encore particulièrement inquiets pour la viabilité financière de la CAM. Il se pourrait, malgré tout, que les FOSA, et particulièrement les hôpitaux dont la situation financière est précaire, effectuent une certaine sélection des couvertures acceptées, en faveur des mutuelles et au détriment de la CAM et du régime des indigents.

En revanche, si on se place depuis le point de vue de la population, du moins celle qui dispose, dans les zones rurales, de quelques moyens financiers, il est possible, en effet, que l'adhésion à une mutuelle demeure attrayante, malgré la disponibilité de la CAM – d'ailleurs les deux peuvent éventuellement être mises en œuvre – du fait que les médicaments sont mieux pris en charge par les mutuelles communautaires que par la CAM. En effet, suite au retard et à l'incertitude du remboursement des prestations CAM, les FOSA ont tendance à ne pas fournir de médicaments aux affiliés CAM qui y ont pourtant droit dans le cadre du remboursement forfaitaire, ceci pour préserver leur situation financière. C'est d'ailleurs l'explication avancée par

les mutuelles pour justifier leur relatif optimisme quant à leur survie ou mieux de leur expansion future. Les ambitions de la MSAG de l'Archidiocèse de Gitega illustrent cette projection vers l'avenir. Il est prévu en effet d'étendre les services de la mutuelle sur l'ensemble du territoire national à partir de 2014. Une convention a été passée avec le MSPLS dans ce sens, afin que les futurs adhérents puissent se rendre dans les FOSA publiques autant que dans les FOSA confessionnelles (seules celles de l'Archidiocèse étant pour le moment agréées par la MSAG).

Il convient tout de même de préciser que des mutualistes à Gitega (Appaix O. et al., 2013) signalent eux aussi le manque de médicaments et expriment, de ce fait, leur mécontentement à l'égard des mutuelles. Ils font aussi part de contraintes dans les capacités de développement des mutuelles du fait que les relais communautaires chargés de faire la promotion des couvertures proposées par ces organismes sont des volontaires, adhérents, mais aussi paysans, et non rémunérés pour ces services, donc peu disponibles et enclins à effectuer ce travail.

3.4.2. Paquet de services de soins, prestataires et modalités de prise en charge

Les mutuelles couvrent en général l'ensemble des prestations ambulatoires (consultations, laboratoire et médicaments y compris la petite chirurgie comme dans le cas de FVS). Elles incluent parfois l'hospitalisation.

Les mutuelles ont contractualisé à la fois des FOSA publiques et privées, ces dernières principalement confessionnelles et à but non lucratif. Dans le cas de la MSAG, seules les FOSA de l'Archidiocèse de Gitega sont habilitées à délivrer les services pris en charge par la mutuelle. Mais il est prévu que ceci change en 2014 avec l'expansion sur l'ensemble du territoire national de l'implantation de cette mutuelle. Certaines mutuelles prennent en charge les soins ophtalmologiques (FVS).

Globalement, l'éventail de prestations prises en compte par les dispositifs mutualistes communautaires est plus restreint que dans le cas de la CAM. Par ailleurs, le montant du ticket modérateur, qui est très variable, est le plus souvent élevé (entre 20% et 50%). Il est en général de 20% dans les FOSA publiques et de 40-50% dans les privées. Le niveau de couverture effective proposé est donc variable, et, dans certains cas, permet aux ménages de n'être que partiellement protégés contre le risque de dépenses catastrophiques en santé.

Des plafonds de couverture sont également en place. Par exemple, à la MUSCABU et à l'UCODE, les dépenses d'hospitalisation sont plafonnées à 80.000 FBu par an. A l'UCODE, les soins en établissement privé ou confessionnel sont limités à 30.000 FBu

3.4.3. Arrangements institutionnels

Les principaux textes qui régissent la création et l'exercice d'une mutuelle communautaire ou sans but lucratif d'une mutuelle de santé sont :

- Loi N° 1/010 du 16/06/1999 portant code de la sécurité sociale ;
- Décret du 15 avril 1958 sur les Associations Mutualistes ;
- Ordonnance ministérielle n°570/519 du 9 mai 2011 portant fixation des conditions requises pour l'agrément des mutuelles de santé au Burundi ;

Les mutuelles de santé, y compris communautaires, sont sous la tutelle du Ministère ayant en charge la protection sociale, c'est-à-dire le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (MFPTSS).

Les mutuelles sont toutes appuyées dans leur mise en place et leur développement par des organismes privés, organisations confessionnelles (comme l'Archidiocèse de Gitega) ou non (comme les ONG internationales), qui contribuent à la mise en place des structures ainsi qu'au financement des coûts de gestion, lesquels ne sont que partiellement couverts par les cotisations.

3.4.4. Modalités et situation du financement

D'après les données collectées dans le cadre de la présente étude (notamment sur la base des informations fournies par la PAMUSAB), outre les frais d'adhésion, compris entre 1.000 et 1.500 FBU, le montant annuel des cotisations par ménage varie entre 10.000 FBu (mutuelles des diocèses de Muyinga et de Gitega, UCODE) et 37.000 FBu (FVS à Bujumbura). Dans certains cas – l'UCODE, la MSAG et FVS par exemple – des taux de cotisation plus faibles sont mis en place pour les personnes seules (5.000 FBu par an à l'UCODE, 7.500 FBu à la MSAG) et pour des populations spécifiques (comme les orphelins et enfants vulnérables dans le cas de FVS qui fait payer 4.500 FBu par an aux familles d'accueil pour la prise en charge de ces enfants). Les cotisations peuvent également varier en fonction de la taille du ménage : par exemple l'UCODE demande 10.000 FBu pour un ménage de 2 à 3 personnes, 12.000 pour un ménage de 4 à 6 personnes et 2.000 FBu de plus pour une personne de plus au-delà.

Les marges techniques (la différence entre les droits et cotisations recueillis et les prestations versées) sont à l'équilibre (0% pour UCODE) ou positives (21% pour MUSCABO, de 15 à 20% pour MUNASA). De l'avis des mutuelles participant à la PAMUSAB, les coûts des activités d'appui à la mise en place et au développement des mutuelles ne sont que partiellement ou pas couverts par les recettes. Par ailleurs, le soutien de toutes les initiatives recensées par des organismes extérieurs – essentiellement des ONG ou fondations belges, françaises et suisses – souligne le fait que la mutualité communautaire n'est pas encore un processus complètement endogène et financièrement pérenne. Par exemple, FVS est appuyée par l'AMADE (Association Mondiale des Amis de l'Enfance) de la Principauté de Monaco et par la Fondation Arcanum, qui est basée à Fribourg, en Suisse. Autre exemple, la MSAG, qui ne prend en charge que 60% du coût des prestations, le fait grâce à l'aide des cotisations versées, mais aussi de la caisse financée par l'ONG belge Solidarité Mondiale .

Le retrait de l'appui des bailleurs ou soutiens techniques et financiers peut provoquer des difficultés importantes pour les mutuelles en place. La plupart des mutuelles ont également développé des Activités Génératrices de Revenus (AGR) pour aider les ménages à payer les cotisations et la part des coûts des prestations leur revenant. La MSAG, par exemple, explique

que les fonds recueillis par les sections mutualistes au travers des AGR vont assurer, au moins un temps, le complément de financement des prestations si Solidarité Mondiale se retire.

3.4.5. Forces et faiblesses

3.4.5.1. Forces

Les mutuelles jouent un rôle pionnier, surtout à l'adresse des populations rurales en raison de leur dynamique de proximité, leur souplesse et leur logique communautaire. Malgré leur faible taille, elles ont réussi à se maintenir et voient même l'avenir avec un certain optimisme en dépit du fait que la CAM rénovée peut constituer un obstacle pour leur développement en s'adressant à la même population, comme en témoignent les ambitions de l'Archidiocèse de Gitega avec la MSAG.

3.4.5.2. Faiblesses

La première faiblesse des mutuelles communautaires de santé réside dans le fait qu'elles ne couvrent encore qu'une part minime de la population burundaise (2% tout au plus) et ne sont pas implantées sur tout le territoire national. Elles sont basées sur la liberté d'adhésion, ce qui, d'emblée, limite considérablement leur cible de population, laquelle ne peut être que les ménages disposant i) d'un revenu minimum et relativement assuré, et ii) d'une prédisposition à la prévoyance voire à la solidarité.

Leur capacité à étendre la couverture de la population reste encore limitée, et les restrictions de couverture des risques (ex : taux élevés de ticket modérateur, plafonnement de garanties, pas de portabilité) peuvent constituer des obstacles non négligeables au recours aux services de santé. En outre, le nombre d'adhérents étant faible, leurs revenus également faibles, les capacités financières mobilisées sont donc très restreintes, incapables de faire face aux coûts catastrophiques, de prendre en charge les plus pauvres, et même de fournir une prise en charge de base complète, ce qui est un constat général pour ce type de mécanisme, comme démontré par des études passées. Les conclusions de ces études sont, notamment, qu'un engagement des pouvoirs publics et/ou de bailleurs extérieurs est nécessaire pour assurer la viabilité financière et une bonne étendue de couverture à ces dispositifs (Appaix O. et al., 2013).

Par ailleurs on connaît mal les prédispositions mutualistes de la population qui, de l'avis de nombre de personnes rencontrées par les auteurs de l'étude de l'UE (Appaix O. et al., 2013), sont limitées du fait de la méfiance qui règne souvent dans les collines au sein même des populations suite aux épisodes de guerre civile qui les ont souvent endeuillées dans le passé. Cependant, la mise en place de mutuelles peut aider à (re)cimenter la cohésion sociale. Il est certain que le développement des MCS nécessite au préalable une bonne stratégie de communication pour que toutes les cibles soient conscientisées.

La carence des médicaments dans les formations sanitaires et un accueil parfois peu amène entament aussi la confiance des mutualistes dans leur adhésion. Le manque de communication de la part des mutuelles et des pouvoirs publics vis-à-vis des prestataires de services rend parfois difficile la compréhension entre les FOSA et les mutualistes.

Par ailleurs, bien qu'une volonté politique réaffirmée pour la couverture médicale et un engouement certain des populations soient perceptibles, il se dénote une insuffisance criante de ressources humaines et financières pour accompagner le processus de mise en place et de viabilisation des mutuelles communautaires de santé. L'expérience, certes encore limitée, aussi

bien au Burundi que dans les pays voisins, notamment en Afrique Centrale et de l'Ouest, indique qu'un appui technico-administratif est nécessaire. Ceci est corroboré par le soutien apporté par des organismes extérieurs (ONG, mutuelles belges) aux MCS au Burundi.

3.5. Régime des Indigents

La question de l'accès des indigents aux soins de santé en Afrique reste une question en suspens depuis plusieurs décennies. Dans le dernier quart du XXème siècle, la combinaison de plusieurs facteurs, que ce soient les crises économiques successives, les conflits, la faiblesse de la gouvernance, la mise en place des plans d'ajustement structurel ou encore l'introduction de la politique de recouvrement des coûts dans le domaine de la santé, a exacerbé ce problème. Les plans d'ajustement structurel et sectoriels ont lancé les pays d'Afrique sub-saharienne dans un vaste programme de transformation de leurs systèmes de santé[53], caractérisé notamment par une vague de libéralisation dans les années 1990. Aucune des mesures envisagées[54] n'a autant cristallisé l'attention que l'introduction, à la fin des années 80, du paiement à l'acte par l'usager au point de service comme principal mode de financement des soins des systèmes de santé.[55]

Ce mode de paiement n'a cessé d'être débattu depuis, notamment du fait de recherches qui ont remis en question l'efficience et l'impact en termes d'équité de ce mode de collecte de revenus, certains dénonçant même son aspect régressif et injuste, en Afrique notamment[56,57,58,59,60,61] :

La question de l'efficience tout d'abord, parce que cette modalité de financement ne permettait pas de générer les ressources suffisantes pour pallier le sous financement structurel du secteur, à l'exception notable d'un secteur privé urbain élitiste.

La question de l'équité ensuite, parce que le paiement par l'usager affectait plus particulièrement les catégories de populations les plus démunies[62,63,64](Xu et al., 2003, 2007; Yates, 2009)(Xu et al., 2003, 2007; Yates, 2009).

À la suite de ce constat, la fin des années 1990 a été marquée par un regain d'intérêt pour les questions d'équité[65], déclenchant la mise en place de mesures compensatoires dans le secteur sanitaire[66].

---

[53] Les mesures phares de ces deux initiatives ont à la fois visé à une plus grande efficience dans la délivrance de services (décentralisation et provision de médicaments génériques) et à une responsabilisation accrue des populations bénéficiaires (tant dans le financement que dans la gestion des services de santé).

[54] Ridde, V. (2004) L'initiative de Bamako 15 ans après - Un agenda inachevé. The World Bank, Washington.

[55] McIntyre, D. et al. (2011) Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health policy and planning* 26 Suppl 2: ii16-29.

[56] McIntyre, D. & Gilson, L. (2002) Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. *Social Science & Medicine.* (1982) 54(11): 1637-56.

[57] McIntyre, D. et al (2006) What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in Low- and Middle-Income Country contexts?. *Social Science & Medicine* (1982) 62(4): 858-65.

[58] Meessen, B. et al. (2006) Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia. *Lancet*. 368(9554): 2253-7.

[59] Nabyonga, J et al. (2005) Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health policy and planning* 20(2): 100-8.

[60] Witter, Sophie. 2005. 44 41 An Unnecessary Evil ? User fees for healthcare in Low-Income Countries. Save the Children Fund UK, London.

[61] En Afrique australe, un des acteurs majeurs de ce mouvement est le réseau EQUINET, qui dès 1998 a mené un travail conséquent pour sensibiliser les décideurs politiques sur la question de l'équité en santé.

[62] Xu, K. et al. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *Lancet*. 362(9378): 111-7.

[63] Xu et al. (2007) Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*. 26(4): 972-83.

[64] Yates, R. (2009) Universal health care and the removal of user fees. *Lancet.* 373(9680): 2078-81.

[65] Gwatkin, D. R. (2000). Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(1), 3–18

Le Burundi a entamé cette mutation de son système de santé relativement tôt, avant le lancement de ces initiatives internationales. Dès 1980[67], la logique de paiement à l'acte par l'usager était en effet adoptée. Cette introduction s'est accompagnée du développement de trois régimes d'assurance maladie : un pour les fonctionnaires (1980), une première tentative de mise en place d'une couverture médicale pour les employés du secteur formel (1983) et une initiative visant le secteur informel dès 1984 (20/03), à travers l'ordonnance No 620/57 qui établit la première version de la Carte d'Assistance Médicale (CAM).

Les modalités de prise en charge des indigents ont été introduites simultanément à l'introduction de la politique de la CAM. L'article 5 de cette ordonnance, qui est resté le même après la modification du texte en 1996 par ordonnance ministérielle, prévoit que « les soins médicaux prodigués aux indigents en possession d'une attestation d'indigence délivrée par l'Administration Communale seront pris en charge par l'Etat ».

Néanmoins, à aucun moment, ce texte ne définit de façon précise la notion d'indigence, à savoir qui sont les indigents et quels sont les critères d'identification de l'indigence. Ce vide est partiellement comblé en 2003 (2/04/2003), à travers l'ordonnance ministérielle n°630/530/445, qui fixe les modalités de prise en charge médico-sanitaire des indigents.

3.5.1. Population cible

Cette ordonnance ministérielle n°630/530/445 définit comme indigentes les personnes suivantes :

- Les enfants indigents détenteurs d'une attestation pour la scolarisation ;
- Toute personne démunie de tout sans aucune assistance, incapable de produire des revenus et reconnue comme telle par la collectivité locale.

La définition de l'indigence proposée dans l'ordonnance de 2003 reste assez floue, notamment sur les critères d'éligibilité des indigents. D'un côté, les enfants orphelins « indigents », de l'autre, toute personne démunie de toute assistance, sans capacité de générer des revenus.

Le flou qui entoure le concept d'indigence, notion à la fois « complexe et difficile à définir dans la mesure où elle recouvre plusieurs dimensions, à la fois économiques et sociales » (Kaddar, et al. 2000), pose problème. L'utilisation de critères épars et non harmonisés d'identification de l'indigence, dépendant de l'appréciation de plusieurs institutions successives (le COSA, puis les autorités administratives de chaque commune) entraîne un problème de coordination, mais également un problème d'ordre légal, puisque certains citoyens présentant le même profil peuvent ne pas avoir accès aux mêmes droits.

Pourtant, comme le notait quelques experts à la fin des années 90, « la distinction entre pauvreté et indigence paraît particulièrement importante dans des pays où la majeure partie de la population est pauvre » (Stierle et al., 1999). En effet, dans un pays pauvre où, plus de 67% de la population vit sous le seuil de pauvreté, la question de comment distinguer l'indigence de la pauvreté est cruciale. Elle l'est surtout à partir du moment où le ciblage des populations indigentes est choisi comme mode opératoire de la protection sociale offerte par l'État afin

[66] Gwatkin, D. R. (2012) Paying for health care: moving beyond the user-fee debate. *Lancet*. 380: 88-90.
[67] Voir Rirangira (2001) Perspectives stratégiques pour une assurance maladie plus équitable au Burundi, Mémoire de Master de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen.

d'orienter les ressources publiques rares vers les populations les plus démunies. Au Burundi, l'État s'est en effet engagé à couvrir la population indigente pour ses besoins en soins de santé.

Une autre définition est donnée dans le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Les indigents sont reconnus comme étant une catégorie de personnes incapables de se faire de quoi manger, de quoi s'abriter ou de quoi se protéger. Mais encore une fois, cette définition laisse place à de nombreuses interprétations. Elle reconnaît l'indigence comme un phénomène multidimensionnel, qui est dû à l'accumulation interdépendante de la pauvreté économique et d'autres privations sociales qui expliquent pourquoi et comment certaines personnes au sein d'une communauté, des groupes au sein d'un pays se retrouvent dans une situation de désœuvrement complet.

Du fait de l'absence de critères clairement définis, il n'existe pas aujourd'hui au Burundi une idée précise sur le nombre d'indigents à prendre en charge. Néanmoins, l'expérience de l'ONG MEMISA donne une indication intéressante sur la part de la population qui répond aux critères de l'indigence. Cette organisation a testé différentes modalités d'identification dans les régions où elle intervient. Dans un premier temps, elle a fondé son action sur la base des listes d'indigents établies par les communes. Elle a ensuite mis en place un processus de filtrage communautaire, qui a consisté d'abord à redéfinir collectivement les critères de l'indigence de façon participative au niveau provincial, pour ensuite les appliquer et établir des listes filtrées des indigents. Ce processus, à titre indicatif, a fait passer la proportion de la population indigente de 34% en 2010 avant filtrage, à 10% en 2012 après filtrage, et inclusion systématique des ménages Twa. Si on acceptait les bases de ce filtrage, on aurait donc une population indigente de l'ordre de 900.000 individus au Burundi.

Or, si on regarde le nombre de personnes couvertes au Ministère de la Solidarité Nationale (MSN), les chiffres sont édifiants : pour l'année 2013, entre janvier et août, seuls 3.325 cas pour la mairie de Bujumbura et 4.779 cas à l'intérieur du pays ont été couverts (et une seule et même personne peut représenter plusieurs cas). Les données pour les années précédentes n'ont pas été trouvées. Étant donné que c'est l'arrêté de la CAM qui a fixé la responsabilité du ministère en charge de la solidarité nationale pour la prise en charge des indigents médico-sanitaires, ce ministère ne suivait pas cette information au préalable. Avant cela, le ministère de l'Intérieur ne tenait pas compte du nombre de certificats d'indigence émis, et ne comptait pas non plus le nombre de cas de soins fournis, étant donné qu'il n'existait pas de mécanisme d'achat de soins.

Ces données ne sont toutefois que partielles et ne donnent pas une image complète du nombre d'indigents qui ont été pris en charge, pour plusieurs raisons :

- D'abord, sur les 30 hôpitaux officiellement contractualisés par le MSN, 22 n'ont encore envoyé aucune facture à ce ministère pour l'année 2013. Les résultats du nombre de cas couverts présentés ci-dessus ne portent donc que sur huit hôpitaux.
- Ensuite parce qu'il existe d'autres modalités de prise en charge des indigents, même si elles ne sont pas spécifiées dans le cadre législatif. Toutes les structures de première ligne, qu'elles soient privées ou publiques, déclarent prendre en charge des indigents. Étant donné que le MSN ne contractualise que des hôpitaux, les centres de santé publics et confessionnels prennent en charge certains indigents de façon gracieuse, « quand vraiment celui-ci n'a visiblement pas les moyens », sans rapporter ces cas au niveau central.
- Enfin, il existe également des prises en charge par des œuvres charitables dont certaines informelles, notamment envers les orphelins du VIH/Sida, qui ne sont pas rapportés au MSN.

En résumé, il n'existe ni critères communs qui permettent de définir les indigents, ni système d'information qui agrège les données sur la prise en charge des indigents. L'information reçue reste donc fragmentaire et parcellaire.

3.5.2. Paquet de services de soins, prestataires et modalités de prise en charge

Le paquet de soins pour lequel les indigents sont pris en charge inclut :

- Les consultations au centre de santé
- Les consultations à l'hôpital de première référence
- Les médicaments reçus au centre de santé ou à l'hôpital de première référence
- Les hospitalisations au centre de santé
- L'accouchement au centre de santé
- L'accouchement à l'hôpital de première référence
- Le transport par ambulance ou autre
- Les examens complémentaires de diagnostic dans les centres de santé et les hôpitaux de première référence

Une fois que la famille indigente a malgré tout réussi à franchir toutes les barrières pour obtenir la carte CAM et le certificat d'indigence, la couverture proposée est la suivante : 80% de la facture du centre de santé ou de l'hôpital de district sont couverts par la CAM et les 20% restant sont logiquement à la charge du Ministère de la Solidarité Nationale.

Mais là encore, plusieurs mécanismes de rationnement implicites se mettent en place. Ils sont à la fois liés au régime de prise en charge des indigents lui-même, mais également aux problèmes rencontrés par la CAM :

i. Tour d'abord, comme expliqué ci-dessus, la première ligne de soins n'est pas couverte par le Ministère de la Solidarité. Ce dernier a contractualisé deux hôpitaux par province et les hôpitaux nationaux, et n'a aucune relation avec les centres de santé. Or, la CAM impose le respect de la filière (ou échelonnement) des soins et donc un passage par la première ligne, c'est-à-dire par les centres de santé. Si le référencement (référence) est une chose positive pour l'efficience du système, dans le cas des indigents, ce passage obligé par le CDS implique plusieurs dépenses, d'une part les 20% de ticket modérateur prévu par la CAM (sauf si ce montant est pris en charge par un autre programme ou, dans quelques cas, par le CDS) ; d'autre part, les frais de déplacement du CDS vers l'hôpital. Le problème n'est pas que la CAM impose le référencement, qui est un moyen de rationaliser les dépenses d'un point de vue systémique, mais plus le fait que le MSN ne contractualise pas les structures de premier échelon pour la délivrance de soins gratuite aux indigents. Ce ministère exigeant de chaque indigent de posséder la CAM, il impose de facto un paiement à l'acte aux indigents de 20% du montant du prix de l'acte au premier échelon de soins, sauf si le CDS accepte d'exempter, à sa charge, le patient indigent.

ii. Ensuite, en termes d'accessibilité géographique, les familles indigentes doivent se déplacer jusqu'aux centres provinciaux pour faire valoir leurs droits, ce qui leur est souvent difficile, sauf si elles vivent à proximité des hôpitaux. Dans certains exemples, comme pour les cas des maladies chroniques ou de problèmes de santé mentale, le seul recours pour la famille indigente est de se rendre à Bujumbura. Pour les malades chroniques par exemple, en cas d'indisponibilité de médicaments au niveau des hôpitaux

contractualisés de la province, le renouvellement de leur prescription en médicaments ne se fait en effet que dans les quatre pharmacies privées contractualisées par le MSN, toutes situées à Bujumbura ; pour les personnes indigentes présentant des troubles psychiques, le problème est le même que pour les autres patients du pays : le seul centre ayant une compétence en la matière se situe à Bujumbura.

iii. Enfin, au niveau de la première ligne, les 20% du ticket modérateur sont donc soit à la charge de l'indigent lui-même, soit pris en charge par le CDS qui décide si la famille indigente mérite ou non une exemption du ticket modérateur. Cette répétition successive de filtrages pose des problèmes en termes de couverture et accentue l'insécurité financière des familles reconnues comme indigentes, qui ne savent jamais combien elles auront au final à payer pour accéder aux soins. Cette incertitude est certainement source de barrières supplémentaires à l'accès aux soins pour ce groupe particulièrement vulnérable.

Ces incohérences révèlent également le nombre important de zones d'ombre qui persistent dans le régime de prise en charge des indigents. Ce régime n'est pas finalisé et laisse place à de nombreuses interprétations et adaptations locales, qui vont à l'encontre de la logique du droit à la santé et à la reconnaissance, dans les textes officiels, de la spécificité des indigents et de l'attention particulière à laquelle ils ont droit. Elles traduisent également le manque de confiance dans le processus d'identification mis en place à l'heure actuelle. Plusieurs institutions répètent ce filtrage, soumettant systématiquement les familles identifiées comme indigentes à une enquête sociale. Certes, on peut comprendre le besoin de contrôler la fraude, mais dans le cas présent, cela peut entraîner un malaise de la part des familles indigentes qui, pour jouir de leur droit, sont obligées, à chaque étape, de justifier à nouveau de leur incapacité à subvenir à leurs besoins. Cette pratique peut être considérée, par certains, comme discriminatoire.

De plus, si le transfert de responsabilité vers la CAM est compréhensible d'un point de vue budgétaire, sa pérennité reste discutable étant donné la situation financière de la CAM, et le manque de financement de cette initiative. Les indigents, en tant que bénéficiaires de la CAM, font face aux mêmes problèmes que ceux subis par les autres usagers de la CAM, probablement accentués par le fait que ces personnes indigentes sont des sans-voix, des personnes qui ont peu de capacité d'influence. Nous nous référons ici à la section sur la CAM qui met en avant les mécanismes de rationnement implicites qui se sont mis en place dans la prise en charge des détenteurs de la carte CAM. Ce problème de sous-financement de la CAM génère certainement des barrières supplémentaires à l'accès aux soins des familles indigentes, notamment du fait d'une incertitude financière croissante à cause des renvois réguliers vers les pharmacies privées pour l'obtention des médicaments, face au risque croissant de rejet par les structures de soins pour cause de créances non recouvertes de la part de la CAM. Le paquet de soins couverts, dans les faits, est donc constamment redéfini par le prestataire, qui adapte la couverture CAM à sa convenance.

Une nuance est toutefois à apporter : les mécanismes de gratuité lèvent certainement une grande partie des barrières financières à l'accès aux soins des indigents, de même que pour les autres citoyens. On peut donc ajouter que les indigents sont couverts pour les soins maternels, les enfants de moins de 5 ans, ainsi que pour certaines conditions spécifiques, comme le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme, dont la prise en charge est financée par des programmes nationaux spécifiques. Toutefois, plusieurs publications récentes montrent que, dans des contextes de pays à faibles ressources, la gratuité n'est pas forcément synonyme d'accès équitable. Souvent, les catégories plus aisées sont mieux à même de capter les ressources

mobilisées pour ces programmes de gratuité, qui ne lèvent donc pas l'ensemble des barrières à l'accès aux soins (Mumtaz, Salway, Bhatti, & McIntyre, 2013) comme le corrobore la section 2.5 sur l'équité.

3.5.3. Arrangements institutionnels

L'ordonnance de 2003 définit également les rôles des différentes administrations dans la prise en charge des indigents dans l'accès aux soins de santé :

L'attribution du statut d'indigent revient d'abord à l'administrateur communal (art.2), avec toutefois le contreseing de l'administration sanitaire. Néanmoins, cet administrateur est tenu de mettre en place un comité en charge de l'identification de ces indigents (art.6). Ce comité dont il fait partie à titre de président, est composé des directeurs d'hôpitaux et titulaires de centre de santé de la zone et des chefs de zone et de quartier (art. 7). Les associations intervenant dans la prise en charge des indigents peuvent également réclamer, et obtenir un statut de membre de ce comité.

Figure n°3 : Attestation d'éligibilité à la prise en charge médico-sanitaire comme présentée dans l'annexe 1 de l'ordonnance ministérielle n°630/530/445 du 2/04/2003

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
CABINET DU MINISTRE

MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DE LA SECURITE PUBLIQUE
CABINET DU MINISTRE

ATTESTATION D'ELIGIBILITE A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SANITAIRE

Province ..... Commune..... Colline de recensement.....
1. Nom et Prénom .....
2. Nom et prénom du père ..... En vie ( ) Décédé ( )
3. Nom et prénom de la mère..... En vie ( ) Décédée ( )
4. Nombre de personnes à charge.....
5. Age et sexe .....
6. Lieu de résidence (sous colline ou quartier) .....
7. Année de validité .....

Fait à Bujumbura, le 02/4/2003

Vu et approuvé pour être annexé à l'Ordonnance Ministérielle n° 630/530/445 du 02/4/2003 fixant les modalités de prise en charge médico-sanitaire des indigents.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

Dr Jean KAMANA

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR ET DE LA SECURITE PUBLIQUE

Ambassadeur Salvator NTIHABOSE

La responsabilité de la délivrance des services revient aux structures de santé gouvernementales exclusivement.

Enfin, toujours selon cette ordonnance de 2003, la charge du financement des soins revient pour 20% à la commune et pour 80% à l'État (art.10). L'article 13 précise que « le recouvrement des frais de prise en charge médico-sanitaire est opéré par le responsable de la structure de soins auprès de l'Administrateur communal ».

Le dernier texte à faire mention de la prise en charge des indigents est l'arrêté No 01/VP2/2012 du 25/01/2012 qui porte sur la réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi (principalement la CAM). L'article 8 de cet arrêté, émis par le bureau de la seconde vice-présidence de la République du Burundi, mentionne en effet que « les indigents reconnus comme tels par la communauté via le comité de santé et validés par les communes sont pris en charge totalement par le Ministère ayant la solidarité nationale dans ses attributions » (art.8).

Cet arrêté ajoute plusieurs éléments non prévus par l'ordonnance de 2003. D'abord, il donne une responsabilité aux Comités de Santé (COSA) dans l'identification des indigents médico-sanitaires, alors que jusque-là ces comités n'étaient pas impliqués dans ce processus. Ensuite, même si la commune doit valider les listes établies par les COSA, il n'est fait aucune mention du comité établi par l'ordonnance de 2003, ce qui crée une superposition et une confusion des rôles entre le COSA et le comité des indigents. Enfin, il mentionne spécifiquement quelle institution, au niveau central, porte la responsabilité financière de la prise en charge des indigents (le Ministère de la Solidarité Nationale), et le niveau de cette prise en charge, qui doit être intégrale, alors que le précédent texte prévoyait un partage des coûts entre la commune et le niveau central (le MSN).

Comme mentionné à l'art.9 de l'arrêté, toutes les dispositions antérieures et contraires à cet arrêté sont abrogées. Néanmoins, cet article crée un flou autour de la question de l'identification des indigents. En effet, s'il établit que l'identification de l'indigence sanitaire est du ressort du Comité de Santé, l'indigence dans les autres dimensions de la vie sociale – économique, légal, etc… - reste du ressort de la commune et des services sociaux. Il vient donc ajouter un dispositif supplémentaire d'identification des indigents spécifique au secteur sanitaire, qui se superpose et parfois contredit la reconnaissance des autres systèmes d'identification. Sur le terrain, nous avons pu constater la multiplicité des listes d'indigents au niveau d'une commune.

3.5.4. Modalités et situation du financement

Une des raisons qui expliquent le problème d'information sur la prise en charge des indigents est celle du financement de ces initiatives.

Au niveau central, les données sont assez simples : le Ministère ayant la Solidarité Nationale, les Rapatriés et les Affaires Sociales dans ses attributions a reçu un budget de 1,49 milliard de FBu pour la prise en charge médicale des indigents. Il n'existe aucune donnée agrégée sur le montant global dépensé pour la prise en charge des indigents, étant donné la diversité des modalités de prise en charge. Néanmoins, la modestie du budget alloué au MSN montre que la question n'est pas une priorité politique.

D'autant plus que ce montant ne permet pas de payer les arriérés de paiement, qui étaient de l'ordre de 3 Mds de FBu selon la Direction de l'Intégration Sociale. Selon cette Direction, le Ministère des Finances a pris l'engagement de couvrir ces arriérés, mais d'après les hôpitaux contractualisés, il semble que la dette du Ministère de la Solidarité Nationale va en s'accroissant : le CHU Kamenge accumule plus de 700 millions de créances impayées par le MSN (703 800 000 FBu), alors qu'à l'hôpital Prince Régent Charles, ce montant atteint les 450 millions de FBu. Une commission chargée d'analyser les arriérés de paiement des hôpitaux est à l'œuvre et devrait présenter une note en Conseil des Ministres.

Par ailleurs, l'allocation budgétaire du MSN ne cible que la prise en charge médicale. Il n'existe aucune allocation budgétaire spécifique pour couvrir les coûts liés à la gestion et à l'administration du régime de prise en charge des indigents: par exemple, aucun fonds n'est prévu pour l'identification des indigents. Les services sociaux dans la grande partie du pays sont sous-financés et ne disposent d'aucun moyen pour faire face à leur responsabilité dans cette identification et cette prise en charge.

Cela explique pourquoi, dans les faits, de nombreux mécanismes implicites de rationnement se sont mis en place. Cela explique aussi pourquoi le choix a été fait de transférer une grande partie de la responsabilité des indigents au Ministère de la Santé, d'abord, pour ce qui est de

l'identification des indigents, à travers l'implication des COSA, mais également pour la prise en charge financière. Aujourd'hui, pour des raisons budgétaires évidentes, le Ministère de la Solidarité Nationale a restreint sa responsabilité financière à la couverture du ticket modérateur de la CAM (soit 20% du prix des soins) et aux soins hospitaliers de niveau tertiaire. Il requiert donc à toute personne indigente qui souhaite son soutien financier pour l'accès aux soins de présenter à la fois un certificat d'indigence mais également la carte CAM, sans financer l'achat de cette carte CAM pour les indigents. Cette dernière est éventuellement financée, au cas par cas, soit par la commune, soit par les services sociaux, soit par un bailleur de fonds ou une œuvre de charité, ou même des personnalités politiques, mais toujours dans des proportions faibles. A titre d'exemple, la commune de Ngozi a acheté moins de 10 cartes CAM par an depuis l'arrêté portant sur la rénovation de la CAM. Dans la même zone, la Direction du Développement et de la Coopération suisse (DDC) a financé l'achat de 10 cartes CAM par centre de santé. Dans la même ligne, dans la province de Kayanza, le Centre de Développement Familiale et Communautaire (CDFC) utilise une partie des financements reçus par le Fonds International pour le Développement Agricole (FIDA) pour acheter des cartes CAM aux familles indigentes : 150 000 FBu par an – donc pour 50 cartes CAM – pour une province qui compte 585 000 habitants, soit environ 97 500 ménages. Ceci signifie que potentiellement seuls environ 0,05% des ménages peuvent en bénéficier.

Mais ce type de financement ad hoc reste marginal et dépendant du contexte et de l'orientation des bailleurs de fonds. Nombre d'autres provinces n'ont pas les mêmes ressources pour acheter des cartes CAM et laissent donc l'intégralité du coût de l'obtention de la carte à la charge des familles indigentes. Ce coût ne comprend pas uniquement le coût direct de la carte (3 000 FBU), mais également tous les coûts indirects pour obtenir à la fois la carte CAM et le certificat d'indigence. Ces derniers, que nous présentons ci-après, restent à la charge du ménage indigent, même si le coût direct de la carte CAM est pris en charge par un tiers :

- Le coût des documents administratifs nécessaires à l'obtention de la CAM et du certificat d'indigence, à obtenir principalement auprès de la commune : chaque famille doit par exemple fournir des certificats de naissance pour l'ensemble des membres de la famille, et normalement montrer une carte d'identité. En réalité, l'arrêté CAM ne précise pas spécialement quel type de document doit être présenté, mais il limite l'accès à la CAM à tout citoyen burundais (art.1). Tout requérant doit donc être en mesure de prouver sa nationalité ;
- Le prix des photos à fournir pour obtenir la carte, qui est souvent présenté comme un poste de dépenses important pour les familles requérantes (même pour les non-indigents) ;
- Le coût des déplacements vers la commune, pour déposer la demande des différents documents administratifs et de la CAM, mais également pour retirer le certificat d'indigence et la CAM. Il n'est pas rare de devoir répéter ce voyage plusieurs fois, si par exemple l'agent en charge n'est pas dans son bureau le jour du premier déplacement ;
- Les coûts dits d'opportunité, puisque toutes ces démarches administratives se font sur des périodes de travail potentiel, et ont donc un coût indirect en termes de revenus non générés ou d'incapacité – temporaire ou définitive, partielle ou totale.

3.5.5. Forces et faiblesses

3.5.5.1. Forces

Quand un régime présente autant de faiblesses, il faut bien admettre qu'il est difficile d'y trouver des forces. Certes, le dispositif législatif fait explicitement mention du statut spécifique d'indigent. Il y a donc une reconnaissance que l'État a une responsabilité envers les populations les plus démunies. Mais les inscriptions budgétaires sont bien trop faibles, quand elles sont respectées.

On peut néanmoins noter que le l'intérêt que cette question a suscité au niveau international a forcé plusieurs acteurs à examiner la situation existante au Burundi, et semblent être prêts à s'engager pour améliorer ce régime. Il semble donc qu'une dynamique est en train de se mettre en place pour faire face à ce problème et la question de la prise en charge des indigents semble remonter sur la liste des priorités politiques. Voir notamment, du côté de la société civile, les initiatives de MEMISA Belgique et de la Croix-Rouge Burundaise.

Le processus de déconcentration du Ministère de la Solidarité Nationale devrait permettre de proposer des recours au plus près des populations indigentes. Le renforcement des Centres de Développement Familial et Communautaire (CDFC) au niveau provincial et la plus grande autonomie qui leur est conférée vont dans ce sens, mais à condition que leur financement soit adéquat.

Néanmoins, ces éléments restent des opportunités qu'il faut encore concrétiser.

3.5.5.2. Faiblesses

Ces quelques points positifs ne sauraient en effet cacher l'ampleur de la tâche qu'il reste à accomplir. La liste des barrières identifiées montre que la prise en charge des indigents reste un défi majeur dans l'objectif de couverture universelle en santé.

Le partage de responsabilité entre le Ministère de l'Intérieur et le Ministère des solidarités s'est fait sans réelle réflexion sur la manière dont cette responsabilité doit être organisée et partagée, notamment en termes de règles et de complémentarités, et ce que cela implique en termes de financement. Il manque donc une institution tête de pont pour la question de la prise en charge des indigents, qui encourage la formulation et la mise en place d'une politique cohérente, qui prenne en compte l'ensemble des barrières mentionnées ci-contre. Le Ministère de la Solidarité Nationale est certainement l'institution en première ligne sur cette question, mais sans ressources, il ne peut pas faire grand-chose.

Les inscriptions budgétaires (budget de l'Etat) sont bien trop faibles, mal respectées, et ne reflètent pas la déclaration de responsabilité de l'Etat vis-à-vis des indigents (dispositif législatif).

Les critères et le processus d'identification au niveau national ne sont pas harmonisés. Cela conduit à des doublons, à partir d'objectifs variant d'une institution à l'autre. La décision finale n'est pas toujours prise sur la base du statut de la personne, mais également en fonction du budget du prestataire, car bien souvent celui-ci voit sa responsabilité financière engagée, soit parce qu'il doit couvrir le ticket modérateur, soit parce que les créances du MSN s'accumulent.

Il existe un risque important de pratiques discriminatoires : l'absence de critères clairement définis et objectifs laissent la place à des formes de népotisme, de clientélisme local et de sélection sur la base de convenances, d'orientations ou d'opinions personnelles.

3.6. Régimes des travailleurs du secteur privé formel

Cette section couvre l'ensemble des mécanismes qui prennent en charge la maladie des personnes exerçant une activité dans le secteur privé formel, et leurs ayants droit. Elle inclut à la fois la couverture des risques de maladie professionnelle principalement à travers l'Institut National de Sécurité Sociale, créé à cet effet en 1962, mais également la prise en charge du risque de « maladies non professionnelles » qui, à l'heure actuelle, relève de la responsabilité de l'employeur. Ce dernier remplit cette responsabilité à travers différentes modalités : soit la prise en charge directe, à travers la mise en place d'une infirmerie au sein de l'entreprise ou par le biais du paiement direct aux prestataires par des bons de commande, soit par le transfert du risque à des organismes tiers : les assurances privées à travers leur branche risque maladie, ou encore les institutions de micro-assurance santé.

Jusqu'à 1983, la responsabilité patronale vis-à-vis de la santé des employés sous contrat reste circonscrite aux risques professionnels. Il faut attendre la promulgation, en 1983, du décret-loi No 1/17 du 28/7/1983 organisant la fourniture des soins aux travailleurs des entreprises commerciales et industrielles privées ainsi qu'aux établissements paraétatiques qui n'étaient pas soumis au statut de la fonction publique, pour voir la situation évoluer. Mais ce texte est rapidement tombé en désuétude.

Ce n'est finalement qu'avec la révision du Code du Travail par le décret-loi N° 1/037 du 07/07/1993 que la responsabilité de l'employeur vis-à-vis de la santé de ses employés est définitivement élargie. Cette disposition arrive en parallèle d'un changement majeur dans la stratégie de financement de la santé en Afrique sub-saharienne dans son ensemble, et l'introduction des politiques de recouvrement des coûts et de paiement par l'usager dans les structures de soins. Certes, il existait auparavant un accord tacite sur les devoirs de l'employeur en cas de « coup dur » touchant un employé ou un membre de sa famille, mais cela n'entrait pas dans le champ des obligations légales. À partir de 1993, le Code du Travail impose cette prise en charge comme un devoir explicite de l'employeur et étend la sécurité sociale des employeurs du secteur privé à la maladie.

Ce texte de 1993 prévoit deux dispositions que doivent respecter les employeurs vis-à-vis de la santé de leurs employés:

D'abord, l'article 15 de ce code, qui détermine les obligations contractuelles mutuelles, précise les soins de santé qui relèvent de la responsabilité de l'employeur :

- les soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers
- les lunettes et les appareils d'orthopédie et de prothèse dont l'usage est reconnu indispensable
- les prestations de maternité : soins prénatals, soins pendant l'accouchement, soins postnatals et l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire
- les frais de déplacement nécessaires.

Ce même article étend la responsabilité de l'employeur à l'ensemble des membres de la famille de l'employé suivants :

- Le conjoint non divorcé du travailleur,
- Les enfants à charge du travailleur, qui sont : les enfants légitimes, naturels reconnus, sous tutelle ou adoptifs du travailleur ou de son conjoint, sous certaines conditions.

Ensuite, dans le même code, le chapitre 10, intitulé « assistance médicale », réaffirme la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle, en précisant, à l'article 140, les dispositions institutionnelles que l'employeur des secteurs parapublic mixte et privé est tenu de respecter, à savoir « s'affilier à une assurance maladie » qui, en cas d'accident ou de maladie, doit « fournir au travailleur et à sa famille jusqu'à la fin du contrat non seulement les soins de santé prévus à l'article 15 du présent code », mais également prendre en charge le coût de l'incapacité lié aux problèmes de santé (revenu de remplacement).

Cet article prévoit qu'« un décret arrêtera les modalités d'application » pour l'organisation de cette couverture médicale à travers les organismes de protection sociale du pays. Toutefois, les décrets d'application ne sont jamais parus. La guerre civile, qui a éclaté quelques mois après la publication de cette révision du code du travail, a stoppé le processus d'extension et de formalisation de la couverture médicale pour les employés du secteur formel.

Vient ensuite le Code de la Sécurité Sociale, publié au journal officiel en 1999 qui marque un tournant important sur la question de la protection sociale en santé au Burundi.

L'article 1 reconnaît en effet le droit à la protection sociale pour « toute personne, en tant que membre de la société ». La santé fait partie intégrante de ce droit puisque l'État, à l'article 2, s'engage à fournir à « toute personne […] un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement nécessaire ; elle a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté. »

La section 2 de cette loi est néanmoins quelque peu en contradiction avec le principe universel reconnu en section 1, puisqu'elle délimite le champ d'application de ce code de la sécurité sociale à l'ensemble des personnes assujetties au régime de base de la sécurité sociale, c'est-à-dire les employés du secteur formel, qu'ils soient du secteur public ou privé. Le régime de base de sécurité sociale inclut (art.7):

- « a) le régime d'assurance maladie maternité chargé du service des prestations de soins médicaux et des indemnités de maladie et de maternité ;
- b) le régime des risques professionnels chargé du service des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle ;
- c) le régime des pensions chargé du service des prestations de vieillesse, d'invalidité et des prestations de survivants ;
- d) le régime des prestations familiales, chargé du service des allocations. »

Le titre 2 de ce code détaille le contenu de chacun de ces régimes. Pour ce qui concerne la santé, dans le chapitre 1 est confirmé le processus entamé lors de la révision du Code du Travail en étendant la couverture obligatoire à fournir par l'employeur à toute personne employée dans le secteur formel, à « tout état morbide dû à une maladie naturelle, à un accident d'origine non professionnelle, la grossesse, l'accouchement et leurs suites », ainsi que la prise en charge d'« une indemnité journalière de maladie ou de maternité » en cas d'interruption de travail. Le champ de la sécurité sociale sur base statutaire est donc étendu, dans les textes, aux risques sociaux maladie pour les employés du secteur formel.

Enfin, au titre 3, ce code de 1999 précise les dispositions institutionnelles à prendre pour rendre effectif ce droit à la protection sociale. Comme pour les autres risques professionnels, la gestion du risque maternité santé est confié la gestion de ce régime à l'INSS.

En résumé, le processus d'extension de la couverture médicale des travailleurs du secteur formel n'est pas achevé. Si la couverture des risques professionnels semble acquise, celle de la couverture des maladies et affections non professionnelles, dont le besoin est apparu avec l'entrée en vigueur du paiement par l'usager dans les structures de soins, n'est pas encore institutionnalisée. La guerre semble avoir ralenti un processus qui paraissait en bonne voie au début des années 1990. Aujourd'hui, malgré les dispositions prévues par le Code de la Sécurité Sociale, renforcées par le vote de la loi sur le régime d'assurance-maladie-maternité pour le secteur privé structuré (n° 1/002 du 29 février 2000), la prise en charge des maladies non-professionnelles n'est toujours pas opérationnelle, et l'INSS déclare n'avoir ni l'intention ni les capacités opérationnelles et financières de s'y engager à court terme.

À ce jour, les employés du secteur privé formel disposent donc de deux formes d'assurance maladie:

- Une assurance formelle qui s'inscrit dans une tradition historique de prise en charge par l'employeur des risques professionnels à travers les organismes de prévoyance et qui est gérée, comme d'autres risques sociaux, par l'INSS.
- Une assurance plus informelle qui prend en charge, à la discrétion de l'employeur, les soins de santé des employés et de leur famille.

Le constat établi en 2011 par la commission chargée de l'élaboration du document national sur la protection sociale prévaut donc toujours :

« Le secteur privé n'a pas de système d'assurance maladie fonctionnel organisé sous une forme de mutualisation du risque maladie malgré l'existence d'une loi du 29 février 2000. Le Code du Travail met à la charge de l'employeur le coût des soins de santé de ses travailleurs. Cette situation génère beaucoup de difficultés tant du côté des entreprises que du côté des travailleurs. Depuis1993, l'Association des Employeurs du Burundi (AEB) cherche à instaurer un système d'assurance maladie calqué sur celui du secteur public. Une étude entreprise à son initiative a été validée au mois de mars 2006. La mise en application des conclusions et des recommandations de cette étude est toujours attendue. La politique nationale de protection sociale arrive à point nommé dans la mesure où elle va mettre en place des orientations, un cadre approprié en vue de mettre en place un système de protection sociale en santé attendu depuis si longtemps. »

Cette absence de système d'assurance maladie nationale pour les travailleurs du secteur privé formel, et ce malgré l'obligation légale imposée par le Code du Travail, a laissé le champ libre au développement d'initiatives privées pour prendre le relais de l'État. Ainsi, à partir de 2010, sont apparues les premières branches maladie chez les assureurs privés, notamment avec l'entrée sur le marché de *Jubilee Insurance*, première compagnie privée d'assurances à proposer ce type de couverture. À la même époque se sont également formées plusieurs institutions de micro-assurance santé.

3.6.1. Population cible

Il est difficile d'établir avec précision le nombre de personnes qui exercent actuellement dans le secteur privé formel et qui sont donc ciblées par les différents régimes décrits ci-dessus. Trois raisons à cela. Premièrement, il n'existe pas de registre officiel tenu au niveau de la Chambre du commerce et de l'industrie sur les travailleurs du secteur formel. Deuxièmement, il semble que nombre de personnes engagées dans le secteur privé, surtout les temporaires et journaliers, ne font pas l'objet de déclarations officielles. Troisièmement, il n'existe en effet pas d'estimations

précises de la taille de la population de la catégorie « employés du secteur formel et dépendants » au Burundi.

On peut néanmoins se baser sur certaines estimations de l'ISTEEBU pour avoir un ordre de grandeur. L'annuaire statistique de 2010 de l'ISTEEBU montre en effet que la proportion de la population du secteur formel dans la population active en 2010 est de l'ordre de 6%, en légère évolution depuis 2005 (mais avec de nettes variations d'une année à l'autre).

Tableau n° 17: Répartition de la population active par statut professionnel en 2005 et 2010

	Total	Indépendant	Employeur	Salarié	Apprenti	Aide familiale
2005	3 445 101	2 201 513	2 514	177 695	1 748	1 061 631
En %	100%	63,90%	0,07%	5,16%	0,05%	30,82%
2010	3 165 560	2 730 062	7 063	188 097	4 237	236 101
En %	100%	86,24%	0,22%	5,94%	0,13%	7,46%

Source : ISTEEBU, 2010

La taille de la population salariée est donc estimée aux alentours de 193 000 personnes si on inclut les apprentis, soit environ 6% de la population active.

L'autre source consultée est les enregistrements à l'INSS. D'après les dispositions de la loi du 29-11-2002, il est prévu que les groupes suivants soient assujettis à l'INSS :

De façon obligatoire :

- Tous les travailleurs soumis aux dispositions du Code du Travail (obligatoire);
- Les mandataires publics et politiques liés antérieurement par un contrat de travail;
- Les militaires, les contractuels de la Fonction Publique et des collectivités locales;
- Les stagiaires et les apprentis liés par un contrat de travail ou d'apprentissage;
- Les travailleurs burundais occupés par une entreprise située au Burundi et qui sont détachés sur un territoire d'un autre pays afin d'y effectuer un travail pour le compte de cette entreprise à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois;
- Les travailleurs étrangers occupés par une entreprise située à l'étranger et qui sont détachés sur le territoire du Burundi afin d'y effectuer pour le compte de cette entreprise à condition que la durée prévisible du travail n'excède pas six mois.

Il existe, depuis quelque temps, une possibilité proposée à certains groupes organisés de s'affilier volontairement à l'INSS dont les données montrent un ordre de grandeur similaire de la taille approximative de la population exerçant dans le secteur formel privé : au 31/12/2012, l'INSS avait en effet 161 365 assurés.

Si l'on recoupe les données de l'ISTEEBU et celles de l'INSS, on peut donc établir une fourchette de population cible. En partant de l'estimation de la population formelle (193 000 personnes) et en déduisant le nombre de travailleurs du secteur public qui, d'après le Ministère de la Fonction Publique, serait de 85 661 agents en 2012, cela donnerait donc une population active engagée dans le secteur privé formel qui oscillerait entre 120 000 et 140 000 employés au Burundi. Si on y ajoute les membres des ménages, et vu la taille moyenne d'une famille burundaise (5 à 6 personnes par famille nucléaire), on peut avancer qu'une population totale d'environ 600.000 personnes est actuellement couverte par l'INSS pour les cas de maladie

professionnelle ou d'accident du travail, et par leur employeur en cas de maladie non-professionnelle ou besoin de soins médicaux, à travers diverses modalités, détaillées ci-après.

3.6.2. Paquet de services de soins, arrangements contractuels et modalités de prise en charge

Il existe plusieurs modalités de prise en charge des dépenses de la couverture maladie dans le secteur formel (hors maladies professionnelles). Quatre ont été dénombrées par l'enquête menée. Aucun système d'information ne capture l'ensemble des données leur correspondant.

1ère modalité : l'infirmerie d'entreprise

Une première modalité est la prise en charge institutionnalisée au sein des grandes entreprises, qui établissent en leur sein une infirmerie avec du personnel soignant (souvent une infirmière, mais parfois également un médecin pour les plus grandes entreprises). C'est le cas notamment pour les grandes banques, mais aussi pour les entreprises comme la BRARUDI (Brasserie et Limonaderie du Burundi).

Il est impossible de faire un point précis sur ce volet de la couverture maladie des personnels du secteur privé formel dans le cadre de cette étude du fait du nombre d'entreprises ou organisations concernées et des critères de couverture divers (nombre de personnes couvertes, modalités diverses de l'accès aux soins, variable « inclusion ou non des ayants droit », montant global des dépenses engagées, etc.). Cette collecte de données aurait requis une étude de plus grande envergure auprès de l'ensemble des employeurs déclarés à la Chambre du commerce et de l'industrie.

2ème modalité : L'achat de soins par bons de commande

La forme la plus répandue à l'heure actuelle reste la prise en charge par bons de commande ou bons de soins. Suite à une requête introduite par l'employé, le chef ou l'administrateur de l'entreprise statue sur le bien-fondé de la demande et signe, le cas échéant, un bon de commande ou de soins qui permet à l'employé d'accéder aux services de santé sous le mode du tiers payant. La facture est adressée directement à l'entreprise, qui achète donc les soins sur la base du paiement passif à l'acte.

L'enquête n'a pu, cependant, recueillir d'information sur le nombre de bons de commande qui sont couverts par les entreprises pour leurs employés. Il n'existe pas, semble-t-il, de règles qui précisent le paquet de soins couverts pour les employés. Cela reste à la discrétion de l'employeur, quelquefois le fruit d'une négociation en interne avec les employés.

3ème modalité : Le partenariat avec les initiatives de micro-assurance santé

La troisième forme de prise en charge, qui est encore à l'état embryonnaire, est la mise en place d'assurances d'entreprise (appelées parfois de façon erronée les mutuelles d'entreprise) par des institutions de micro-assurance santé.

Ces initiatives prennent diverses formes. D'un point de vue juridique, en l'absence d'une régulation spécifique, elles ont pris la forme de sociétés commerciales de type Société Anonyme ou Société Anonyme à Responsabilité Limitée, ou de coopératives. Elles sont en général le fruit d'initiatives privées ou sont parfois initiées par des ONG engagées dans le développement des mutuelles de santé.

Ces sociétés de micro-assurance démarchent les entreprises (stratégie de marketing) pour leur offrir une gestion privée des risques santé non couvert par l'INSS. Elles suggèrent donc à chaque

entreprise de former leur propre fonds d'assurance maladie. Le rôle qu'elles se proposent de remplir est à géométrie variable, en fonction de la demande du client et de leur volonté ou capacité perçue par ces compagnies à prendre des risques financiers. Certaines sociétés remplissent le rôle de cabinet-conseil en assurance, et limitent leur responsabilité à la gestion du produit d'assurance, sans assumer le risque financier. Dans ces cas-là, leur responsabilité est limitée : elles appuient les compagnies dans la mise en place d'une forme de mutuelle d'entreprise (notamment le calcul de la prime) et se contentent de travailler en délégation de gestion et d'appliquer une allocation de gestion sur la prime d'assurance pour couvrir leur frais de fonctionnement. Leur responsabilité se limite donc au montant des primes collectées : elles n'ont aucun intéressement dans le profit généré (ni dans la perte) et c'est le client (i.e. l'employeur ou les employés) qui reste responsable en cas de besoin de refinancement de la mutuelle d'entreprise.

D'un autre côté, certaines compagnies assument la fonction d'assurance : en l'échange du paiement de la prime, elles prennent la responsabilité en cas de besoin de refinancement, mais perçoivent également les dividendes le cas échéant. Dans le partenariat qu'elles proposent, elles assument les fonctions suivantes : la définition du paquet de soins couverts et du montant de la prime, la gestion de la prime d'assurance, notamment la contractualisation et le paiement des prestataires, ainsi que la gestion financière et comptable. C'est le cas notamment de SOLIS (Mutualité de Solidarité pour la Santé) qui a démarré ses opérations en mai 2011, et qui comptait 1.028 affiliés provenant de 54 entreprises (dont des universités privées et des PME) et de quelques indépendants. Dans ce cas spécifique, les produits d'assurance proposés sont standardisés.

En général, ces compagnies contractualisent un nombre restreint de prestataires de soins, avec qui elles maintiennent une relation de confiance. Elles remboursent ces prestataires de façon « passive», sur la base des factures présentées. Elles contrôlent la validité de l'acte comptable, mais n'auditent en général pas la qualité et la pertinence de l'acte de soins facturé. SOLIS a contractualisé avec des formations sanitaires tant publiques que privées de Bujumbura Mairie et des centres urbains de 5 provinces du Burundi (Gitega, Bururi, Rumonge, Makamba et Bubanza). Elle dispose en outre de son propre centre de soins, qui regroupe plusieurs médecins, et dont les revenus aident à prendre en charge les frais de gestion de l'assurance santé. Ceux-ci sont de l'ordre de 15-18% de l'ensemble de ses dépenses.

Ces dispositifs de micro-assurance se positionnent sur une niche commerciale solvable mais n'intègrent pour le moment aucune logique de financement croisé. Elles limitent le niveau de mutualisation au niveau de l'entreprise, au mieux au niveau de leur clientèle quand elles se positionnent en assureur. Elles proposent également leurs produits au-delà des personnels d'entreprise. Si ces agrégats d'assurés restent leur cible principale, elles visent également des groupes d'indépendants structurés qui ne sont pas encore couverts par les autres systèmes : par exemple, le corps professoral universitaire qui n'est pas à la MFP, ou encore les chauffeurs de moto-taxi…

Mais à ce jour, ces initiatives restent relativement marginales en termes de nombre : les deux initiatives visitées ne couvrent respectivement que 60 affiliés provenant de 3 entreprises (soient respectivement 350 bénéficiaires) et 1 028 affiliés provenant de 54 entreprises et travailleurs indépendants (près de 4 000 bénéficiaires), et sont souvent localisées en milieu urbain, plus précisément à Bujumbura.

4ème modalité : La contractualisation avec les assurances privées

Enfin, la quatrième forme de prise en charge, la plus répandue chez les organisations internationales notamment, est la contractualisation avec une assurance privée professionnelle.

Certains assureurs privés qui exercent au Burundi proposent en effet des produits d'assurance maladie aux entreprises, principalement à Bujumbura. La première compagnie qui a investi ce marché est le réseau Aga Khan Development, à travers sa holding sous-régionale d'assurance, *Jubilee Insurance*, qui opère dans la sous-région (Ouganda, Tanzanie, Kenya), ainsi qu'à l'Île Maurice, depuis une vingtaine d'années. Selon l'Agence de Régulation des Compagnies d'Assurance (ARCA), Jubilee Insurance est la seule assurance qui a une branche santé depuis plus d'un an à la date de cette étude. Aujourd'hui, d'autres compagnies tentent de pénétrer le marché, comme la Société d'Assurance du Burundi (SOCABU) qui a lancé son premier produit assurance maladie en janvier 2013.

L'expérience de Jubilee Insurance est intéressante à bien des égards. Elle montre que les assureurs privés sont en général entrés sur le marché de l'assurance santé avec l'objectif d'approcher plusieurs segments du marché burundais. Jubilee Insurance a par exemple débuté ses activités en contractualisant l'ensemble des prestataires sur le territoire national, avec un mode de paiement à l'acte. Pourtant, ces acteurs ont assez rapidement pris conscience des imperfections du marché et ont donc revu leur stratégie. La cible a été recentrée : très rapidement, les assureurs privés ont compris qu'ils n'arriveraient pas à gérer des risques individuels dans un contexte de marché embryonnaire et imparfait, notamment du fait du manque d'information. Ils se sont donc concentrés sur une niche commerciale : les ONG et les entreprises privées relativement stables économiquement (et d'au moins 7 personnes). L'assurance Jubilee propose une couverture qui inclut 5 types de soins :

Tableau n° 18: Plafond de remboursement par type de soins couverts, Jubilee Insurance

L'OFFRE FINANCIERE DEPEND DES LIMITES QUE LE CLIENT CHOISIT:		
Plans	**Type de couverture**	**Limites annuelles en BIF**
Hospitalisation*	Par famille/Par personne	3.000.000 – 30.000.000
Soins Ambulatoires	Par famille/Par personne	750.000 – 3.000.000
Soins Ophtalmologiques	Par famille/Par personne	150.000 – 450.000
Dentisterie	Par famille/Par personne	150.000 – 450.000
Maternité	Par Employé	750.000 – 1.500.000

Source : Assurance Jubilee, 2013

De plus, les maladies préexistantes et chroniques sont couvertes jusqu'à 4.500.000 FBu ou 50% de la limite en hospitalisation selon le montant le moins élevé.

Mais selon les informations recueillies auprès de Jubilee Insurance, l'entreprise fait face à deux problèmes : d'abord, l'adhésion est volontaire, ce qui augmente le risque de sélection adverse (les entreprises qui ont des dépenses maladie élevées sont plus probablement attirées par l'offre de Jubilee) ; ensuite, le manque d'éducation à l'assurance parmi les employés des grandes entreprises. Plusieurs mesures ont été donc introduites pour rationaliser la demande de soins des employés sous contrat, ainsi que l'offre de soins.

En ce qui concerne la demande de soins, Jubilee a donc commencé à appliquer l'évaluation du risque individuel pour les personnes de plus de 65 ans, mais a également rendu un check-up médical obligatoire à l'inscription de chaque employé afin de contrôler les antécédents médicaux et de limiter le risque financier de sélection adverse. Ils ont proposé des contrats-blocs aux entreprises qui déterminent de façon assez stricte les conditions d'accès aux services de santé, qui sont elles-mêmes variables en fonction de la prime payée par l'employeur. La liste des exclusions a été allongée, et l'accès aux soins « non-rentables » (de type soins dentaires, ophtalmologiques) a été limité.

Plusieurs pratiques complexes ont été introduites dans le but de contenir la demande et de protéger les activités commerciales de l'entreprise. Par exemple, des tickets modérateurs, sous la forme de co-paiement en pourcentage du montant total de la facture, ont été introduits, en fonction du montant de la prime (payée par l'employeur), à la discrétion de l'employeur : certaines ONG ont en effet adapté leurs pratiques sur les niveaux de co-paiement exigés par la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) ou encore par la Carte d'Assistance Médicale (CAM), et demandent l'application d'un ticket modérateur à hauteur de 20% du prix total du soin. Des plafonds de remboursement (voir ci-dessous pour l'exemple de Jubilee Insurance) ont également été définis, avec une modalité de prise en charge par tiers payant qui ne fonctionne que jusque 75% du plafond total de remboursement, pour ensuite laisser place à une avance de paiement par le client, remboursée par l'assurance sur présentation de factures.

Du côté de l'offre, les assureurs privés ont également restreint le nombre de prestataires contractualisés. Certes, la question de la qualité perçue des soins a joué un rôle dans le processus de sélection des prestataires partenaires, mais cela n'a pas été le seul facteur. La performance administrative et la capacité à se conformer aux attentes de la compagnie d'assurance en termes de facturation et de justification a également joué. L'accent n'a pas été mis sur les négociations des modalités de paiement avec les prestataires. Les assureurs privés ont en effet préféré privilégier la qualité et ont donc adopté des modalités passives d'achat de soins. Ils ont néanmoins introduit un mode de contrôle a posteriori, qui inclut à la fois une vérification comptable et un audit médical effectué par du personnel qualifié au sein de leur bureau.

Comme pour les micro-assurances, le nombre de personnes couvertes reste relativement restreint, puisque la compagnie la plus avancée dans le domaine de l'assurance santé commerciale, Jubilee, ne couvre que 4 000 à 6 000 affiliés.

3.6.3. Modalités et situation du financement

En ce qui concerne le financement des régimes d'assurance maladie des travailleurs du secteur formel, deux commentaires préalables s'imposent :

D'une part, le financement se fait principalement par les cotisations, soit patronales, soit salariales. La contribution du budget de l'État est souvent considérée comme secondaire. Toutefois, il ne faut pas négliger l'apport indirect de l'État au financement des soins des travailleurs du secteur privé. En effet, les initiatives de gratuité qui visent les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont financées sur fonds publics (budget de l'État et aide internationale) et couvrent l'ensemble des citoyens, dont les familles des travailleurs du secteur formel (voir les détails dans la section 3.2). Il existe donc bien un financement de l'État pour ces personnes, mais indirect.

D'autre part, la situation diffère entre les deux types d'assurance proposés : celle formalisée à travers l'INSS, qui se base sur le cofinancement par les contributions salariales et patronales, et

celle moins formalisée, qui reste principalement à la charge de l'employeur, du moins en ce qui concerne les coûts directs des soins.

Dans les deux formes de micro-assurance, le calcul de la prime d'assurance se fait sur des bases quasi-actuarielles. Étant donné le niveau d'information sanitaire disponible, ces compagnies ne sont pas en mesure de différencier les contributions en fonction des profils individuels. Le paquet de soins couverts est relativement large, à l'exception notable de tout ce qui relève des non-risques, c'est-à-dire les interventions planifiées. Les produits sont en général très « sécurisés », avec notamment des tickets modérateurs relativement élevés : dans le cas de SOLIS par exemple, le niveau de remboursement est de l'ordre de 70% pour les consultations, 70% pour les médicaments génériques, et 60% pour les spécialités. Ces taux étaient respectivement de 90% pour les génériques et de 80% pour les spécialités au départ mais les taux de remboursement ont dû être réduits pour assurer la pérennité financière du dispositif. En général, du fait du manque d'information, les produits proposés sont relativement standardisés. SOLIS propose quatre types de couverture, variant de 6 000 FBU/ mois par personne à 20 000 FBU/mois.

Quant aux assurances privées professionnelles, la branche maladie, en elle-même, ne génère apparemment pas de bénéfices. Dans le cas de Jubilee, la branche maladie a généré un chiffre d'affaires de 1,3 Mds de FBu pour l'année fiscale 2012. Malgré une gestion financière professionnalisée, et malgré l'acquisition d'un savoir-faire au sein de la compagnie d'assurance, les comptes de résultats de l'entreprise, soumis à l'ARCA, montrent que la branche santé reste déficitaire. Le produit assurance santé n'est donc pas rentable. Il est conservé pour le moment pour deux raisons :

- D'une part, l'assurance Jubilee est encore dans une phase d'implantation au Burundi, et est donc soutenue par sa holding (i.e. les branches assurance des autres pays)
- Deuxièmement, le produit assurance santé reste un produit d'appel intéressant pour d'autres produits vendus sur le marché burundais par Jubilee et demeure son produit phare au Burundi.

Néanmoins, les perspectives financières ne portent pas à l'optimisme : sans mesure spécifique, du fait des imperfections de marché, les assureurs privés devraient plutôt se retirer, soit en réduisant le nombre de risques couverts (i.e. en ne couvrant que les risques rentables), soit tout simplement en arrêtant leurs activités dans la branche maladie.

3.6.4. Forces et faiblesses

3.6.4.1. Forces

Il existe une relative acceptation par l'employeur de son rôle en cas de maladie de l'employé. Il semble qu'il n'y ait pas d'opposition de principe sur cette responsabilité contractuelle envers son employé, ce qui donne à l'Etat une marge de manœuvre pour négocier avec les représentants patronaux.

L'offre d'assurance privée vient combler un vide institutionnel laissé après la publication du Code de la Sécurité Sociale. Elle offre une opportunité aux entreprises de ne plus porter le risque maladie pour leurs employés mais de le transférer à un tiers, contre le paiement d'une prime. Cela permet aux entreprises d'être moins vulnérables au risque maladie, surtout en cas de dépenses catastrophiques.

Il existe une expertise technique dans la gestion assurantielle. Le développement de l'assurance santé privée est allé de pair avec le développement de compétences en gestion assurantielle :

définition de primes en fonction de la demande, gestion de produits (gestion du risque), contractualisation avec les prestataires et contrôle de conformité par rapport aux termes du contrat (identification des fraudes), gestion clientèle (contrat client).

Les prestataires ont une opinion positive des mécanismes de prise en charge des employés du secteur privé, que ce soit à travers les bons de commande ou par la voie des assurances privées. Ces systèmes sont considérés en général comme de « bons payeurs ».

D'après les acteurs, il existe un potentiel de croissance du secteur non exploité. Malgré toutes les imperfections de marché soulignées par le représentant de Jubilee Insurance, d'autres acteurs se sont récemment lancés dans l'assurance maladie, y compris via la micro-assurance.

3.6.4.2. Faiblesses

L'accord de principe sur la responsabilité patronale en cas de maladie de l'employé peut cacher une réalité bien différente, étant donné la faible capacité de l'Etat à contrôler l'application et le respect du code du travail, d'autant plus qu'il est difficile de se faire une idée précise en la matière étant donné qu'il n'existe aucun système de reporting ou de suivi centralisé sur la couverture des soins médicaux par les employeurs.

Le cadre juridique et règlementaire reste flou, ce qui pose plusieurs problèmes :

- En l'absence d'un cadre législatif précis, l'employeur peut, dans les faits, déterminer le paquet de soins qu'il souhaite couvrir. La profondeur et la hauteur de couverture varient donc en fonction de l'entreprise, avec un net désavantage pour les employés des petites et moyennes entreprises, lesquelles n'ont pas la même capacité contributive.
- Il n'existe pas de dispositions légales spécifiques à l'activité micro-assurance. Les entreprises sont assujetties à la législation qui s'applique soit aux coopératives, soit aux sociétés anonymes. Ces entreprises, à défaut d'avoir des règles prudentielles claires, prennent des risques financiers importants sans avoir les garanties nécessaires pour assumer cette responsabilité financière. De plus, du point de vue des assureurs privés, qui eux sont contraints par le Code de l'Assurance, cette concurrence est vue comme déloyale.

Le niveau de couverture et la capacité d'expansion des assurances privées, micro ou professionnelles, sont faibles. Ces organisations sont positionnées sur une niche commerciale restreinte, qui se limite à des employés d'entreprises relativement établies, ou quelques groupes d'indépendants assez aisés et relativement structurés. Il existe donc un risque lié à la fragmentation des régimes : plus les assureurs se positionneront sur cette niche, plus il deviendra difficile de faire accepter à ces catégories de population le principe de mutualisation et de partage du risque avec d'autres groupes sociaux, ce qui nécessiterait une rationalisation et une standardisation du paquet de soins couverts et des parcours de soins.

La solvabilité du marché de l'assurance santé actuel est loin d'être démontré au Burundi. Chez Jubilee, la branche maladie présente un déficit structurel. De plus, la logique de marché s'inscrit en porte-à-faux avec celle de couverture universelle : pour rendre l'activité rentable, les assureurs doivent imposer des conditions de plus en plus strictes pour accéder aux services (co-paiement, plafonnement…), pratiquent l'écrémage des clients en introduisant des mesures d'évaluation du risque individuel (risk rating) en excluant un nombre croissant de pathologies couvertes. Ils sélectionnent également les prestataires avec lesquels ils travaillent, souvent avec un fort penchant pour les structures de soins privés en milieu urbain. Dans ce cas-là, la régulation par la fonction d'achat de service devient quasiment impossible.

Tableau n° 19: Synthèse descriptive des principales caractéristiques des divers régimes assurantiels en santé au Burundi

Régime	*Population cible*	*Sources de financement*	*Prestations assurées*	*Prestataires conventionnés/contractualisés*	*Modalités de paiement des prestataires*	*Type de gestion du régime*
CAM	Secteur informel et rural	- Vente des cartes - Fonds publics	Paquet de soins délivré par les centres de santé (CDS) et les hôpitaux de district (HD) publics	- CDS publics - HD publics - Autres Hôpitaux publics (dans la limite des prestations des hôpitaux de district)	Forfaits	Géré directement par le MSPLS au travers du système de la Gratuité-FBP
Gratuité-FBP	Femmes enceintes et enfant de moins de 5 ans	- Fonds publics - PTF	- Prestations aux enfants de moins de 5 ans - Prestations liées à la grossesse et à l'accouchement	Prestataires publics et privés	Forfaits et Performance (quantités et qualité)	Géré par le MSPLS appuyé par la société civile et les communautés (avec un contrôle et une contre-vérification externes)
Indigents	Personnes indigentes	- Fonds publics - PTF	Soins ambulatoires et hospitaliers du secteur public	Prestataires publics	A l'acte	Géré par le Ministère de la Solidarité Nationale, de la Personne Humaine et du Genre
MFP	- Fonctionnaires - Militaires - Agents de la Police - Retraités - Etudiants de l'Université Nationale	- Cotisations patronales et salariales - Contribution des retraités	- Soins ambulatoires et hospitaliers - Dentaire et lunetterie médicale	- CDS publics - Organisations religieuses prestataires de soins - Hôpitaux publics - Pharmacies de la MFP - Officines privées	A l'acte	Etablissement Public à caractère administratif (sous la tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale)
Mutuelles Communautaires	Communautés Mais en général ciblant le secteur	- Cotisations des membres - Frais d'adhésion	Soins ambulatoires. Rarement l'hospitalisation	Prestataires publics et privés (principalement confessionnels)	A l'acte	Gestion communautaire

Régime	*Population cible*	*Sources de financement*	*Prestations assurées*	*Prestataires conventionnés/contractualisés*	*Modalités de paiement des prestataires*	*Type de gestion du régime*
	rural et informel	- Aide internationale				
Assurances privées	Travailleurs du secteur formel et organisations internationales	- Subventions de l'employeur - Cotisations patronales et salariales	- Soins ambulatoires et hospitaliers - Dentaire et lunetterie médicale - Evacuations sanitaires	Prestataires publics et privés	A l'acte	Type commercial ou prise en charge directe par l'employeur

3.7. Principaux défis de l'arsenal de régimes de prépaiement et de protection sociale en santé

Compte tenu des estimations (quelques fois grossières) du nombre de bénéficiaires (sections 1 à 6) et des doublons (par exemple les groupes couverts par la Gratuité-FBP sont éligibles à pratiquement tous les autres programmes), on pourrait estimer approximativement que près de la moitié de la population au Burundi est couverte au moins par un régime assurantiel tels qu'ils sont listés ci-dessus. L'ensemble de ces régimes ne contribue qu'à hauteur de 17,1% au financement du système de santé (CNS extrapolés, auteurs) en 2012.

Ce verre à moitié plein peut être interprété variablement. S'il est vrai qu'une portion importante de la population n'est toujours pas couverte , toutefois, force est de reconnaitre que, pour un pays comme le Burundi qui vient de sortir d'une grande crise interne et qui est en train de faire face à une situation macro-économique assez défavorable, les réalisations du pays dans le domaine de la couverture de sa population contre le risque maladie ne sont pas négligeables.

Cette sous-section essaie de synthétiser les principaux défis de l'arsenal assurantiel au Burundi qui se résument comme suit :

- *Ultra-fragmentation et manque de cohérence :*

Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture (populations non couvertes ou couvertures partielles ou « restes à charge » très variables indépendamment des capacités contributives des bénéficiaires).

Le chevauchement de certains mécanismes entre eux, notamment de la gratuité des soins avec la couverture proposée par la MFP, peut aussi introduire une certaine confusion, dont profitent d'ailleurs certaines FOSA qui encaissent plusieurs fois des revenus correspondant à une seule et même prestation.

Le manque de cohérence induit quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » (le décret de mise en œuvre parle d'un mécanisme provisoire en attendant la généralisation des mutuelles de santé à base communautaire) a mis à mal le modèle d'expansion des mutuelles communautaires du fait qu'elle vise à peu près les mêmes populations.

La fragmentation est également source de surcoûts de transaction. La section sur l'efficience allocative plus haut (2.3) montre que 20% des dépenses courantes de santé vont aux prestataires des services administratifs (santé et assurance maladie) contre 16% pour les prestataires de soins ambulatoires dont la majorité est constituée de CDS qui sont pro-pauvres.

- *Sous-financement chronique :*

Le sous-financement des mécanismes (à part peut-être la MFP) est flagrant. Au-delà des déficits chroniques et alarmants, il est important de noter le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%.

Ce sous-financement provoque l'accumulation d'arriérés de paiements ou créances sur factures émises au titre de ces mécanismes dans les FOSA publiques, particulièrement les hôpitaux. La situation financière de ceux-ci les pousse à reporter leur déficit sur l'augmentation du niveau de

leurs dettes, ce qui a des répercussions sur leurs équipements et approvisionnements, particulièrement en médicaments et autres produits pharmaceutiques…

Toutefois, et en dépit d'une situation difficile des finances publiques, dans le budget de l'Etat pour 2014, le Gouvernement a inscrit sur la ligne « CAM » un crédit budgétaire de 13 milliards de FBu (soit 4 fois le budget de l'année antérieure). Si cette ligne est exécutée à 100% pendant cet exercice, elle permettra de régler une bonne partie des problèmes auxquels la CAM et les FOSA font face.

- *Des arrangements institutionnels inadéquats :*

Ces arrangements sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés). Par exemple, la confusion des rôles, la responsabilité quasiment absente d'un régulateur du processus d'éligibilité et d'identification claire, pertinent et standardisé ne permettent pas au régime de prise en charge des indigents d'être efficace et équitable. Autre illustration, l'analyse du montage institutionnel de la CAM permet de constater qu'il existe une confusion de rôles au niveau du MSPLS où plusieurs fonctions se mélangent. En effet, le ministère joue à la fois le rôle de régulateur, payeur, prestataire de soins et vendeur de la carte CAM ; ce qui constitue un conflit d'intérêt.

- *Faibles imputabilité, encadrement juridique et supports de gestion :*

Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet : les statistiques manquent ou sont incomplètes ou à épurer de très probables doubles comptabilités.

La classification de la population burundaise en fonction de sa condition socio-économique et de sa capacité à payer n'a pas été entreprise de façon systématique, comme on peut le voir dans d'autres pays, quoiqu'elle ait été menée de facto par l'introduction des différents mécanismes qui s'adressent à différentes catégories de population, mais sans articulation, sans solidarité entre mécanismes (notamment pour aider les moins bien dotés ou financés à assurer un bon niveau de couverture). Mais la réflexion pourrait être approfondie pour aboutir à une segmentation plus structurée qui accompagnerait une plus grande équité et une pérennisation du financement des dispositifs qui doivent assurer la couverture maladie pour tous.

La reddition de comptes fait également défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité). Même pour la MFP, qui constitue aujourd'hui le plus ancien des mécanismes d'assurance maladie au Burundi et qui dispose de moyens assez importants (560 employés et des ressources financières assez conséquentes), ses comptes n'ont pas été audités ni certifiés depuis 2004. Quant au régime des indigents, les arrangements institutionnels confus ne permettent pas de savoir quel est le nombre de bénéficiaires de ce mécanisme.

Enfin l'absence d'outils de gestion pour la MFP et de manuels des procédures pour la mise en œuvre de la CAM et celle de la prise en charge des indigents constitue un autre défi auquel sont confrontés une bonne partie des mécanismes listés ci-dessus.

Synthèse des faits saillants du chapitre 3:

- Ultra-fragmentation et manque de cohérence :
  - Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture.
  - La fragmentation a induit des surcoûts de transaction.
  - Le chevauchement de certains mécanismes entre eux (exemple de la Gratuité Versus la MFP); crée une certaine confusion.
  - Le manque de cohérence induisant quelques fois des situations paradoxales : l'introduction de la CAM « rénovée » a handicapé le développement des MCS.
- Un sous-financement chronique :
  - Déficits chroniques et alarmants
  - Décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui n'est que de 17,1%.
  - Ce sous-financement provoque l'accumulation d'arriérés de paiements ou créances sur factures émises au titre de ces mécanismes (surtout CAM et Régime des Indigents) dans les FOSA publiques, particulièrement les hôpitaux.
  - Toutefois, et en dépit d'une situation difficile des finances publiques, dans le budget de l'Etat pour 2014, le Gouvernement a inscrit sur la ligne « CAM » un crédit budgétaire de 13 milliards de FBu (soit 4 fois le budget de 2013).
- Des arrangements institutionnels inadéquats :
  - Ces arrangements sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés et dans une moindre mesure la Gratuité-PBF).
  - Cette situation est exacerbée pour la CAM et le Régime des Indigents.
- Imputabilité, encadrement juridique et supports de gestion insuffisants ou absents :
  - Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet.
  - La classification de la population burundaise en fonction de sa condition socio-économique et de sa capacité à payer n'a pas été entreprise de façon systématique.
  - La reddition de comptes fait également défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité).
  - Absence de quelques outils de gestion de l'assurance maladie pour la MFP et de manuels des procédures pour la mise en œuvre de la CAM et celle de la prise en charge des indigents.

3.8. Recommandations

Il est nécessaire de mettre en place une coordination au travers de mécanismes de pilotage s'appuyant sur une stratégie nationale de couverture universelle de santé (CUS) cohérente, efficiente, pérenne et équitable. Parmi les conditions ou corollaires de la mise en œuvre de cette stratégie, on pourrait citer le besoin de :

- Stratification de la population et la nécessité d'unifier et d'améliorer les critères et le processus d'identification des indigents ;
- Elargissement du champ contractuel avec l'ensemble des prestataires de services de santé (qui devraient en outre être soumis à des dispositions d'accréditation / certification et appuyés pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'assurance qualité) ;
- Augmentation substantielle des ressources allouées aux régimes publics comme la prise en charge des indigents, la gratuité et la CAM
- Fusion de régimes compatibles et/ou complémentaires (CAM et prise en charge médicale des indigents par exemple) ;
- Développement de financements croisés, par exemple au travers de la constitution d'un fonds de solidarité ou de péréquation élargie ;
- Amélioration de la gouvernance de l'arsenal assurantiel en promouvant des arrangements institutionnels fondés sur une séparation des fonctions (financement, régulation, achat de services et prestation de soins) ;
- Amélioration de l'encadrement juridique de l'arsenal assurantiel, éventuellement au travers d'une Loi Cadre (Générale) sur la CUS et de ses textes d'application.
- Adoption d'une définition large de la CUS qui intègre les aspects de l'offre, de la demande et de la prévention sanitaire collective : Amélioration de la couverture médicale (demande de soins) allant de pair avec celle de la disponibilité effective des services de santé de qualité (offre de services de santé) et de la lutte contre l'exposition aux risques préjudiciables à la santé (prévention sanitaire collective).
- Définition, élaboration et mise en application des outils modernes de gestion de l'assurance maladie et de l'assistance médicale.

IV. Economie Politique du financement de la santé au Burundi et les leçons des expériences internationales dans le domaine de la réforme de ce financement

Apres avoir examiné les données et les informations sur le financement de la santé au Burundi et développé des analyses quantitatives sur ce financement d'une manière générale, mais aussi programme par programme, le présent chapitre essaie de donner un éclairage supplémentaire et complémentaire aux décideurs et aux analystes au travers de deux sections. La première consiste à établir le lien entre l'économie politique et le financement de la santé au Burundi en vue d'examiner succinctement les positions politiques des détenteurs d'enjeux et les opportunités politiques qui s'offrent à ce financement. La seconde section ne porte pas sur le Burundi mais sur l'expérience internationale dans le domaine du financement de la santé. Le but de cette section n'est pas de donner aux décideurs du Burundi des exemples à copier. Il s'agit surtout de partager les sources et facteurs de succès de quelques expériences internationales réussies (de quatre continents) qui pourraient inspirer le Burundi.

4.1. Economie politique du financement de la santé au Burundi

En vue de mener une analyse succincte de l'économie politique du financement du système de santé au Burundi, l'équipe chargée de la rédaction de la présente étude a préparé un questionnaire de 38 questions (cf. annexe 2) qui a été rempli par 30 enquêtés de 11 institutions dont 4 ministères, des Syndicats, le Patronat, des Médias, des Parlementaires, des Partis Politiques, des PTF et des ONG & Leaders Religieux). Ces questions ont porté sur trois volets (Reich M. R. & Balarajan Y., 2012) :

- Engagement politique et degré de priorité du financement de la santé (Section 4.1.1)
- Opportunités pour le financement de la santé dans l'agenda politique (Section 4.1.2)
- Analyse institutionnelle (Section 4.1.3)

4.1.1. Engagement politique et degré de priorité du financement de la santé

4.1.1.1.Engagement de l'Etat

Aussi bien le Président de la République que le Second Vice-Président[68](VP) ont évoqué et parlé du financement de la santé au moins une fois durant les douze derniers mois qui ont précédé la présente enquête (novembre 2012 – octobre 2013). Ce qui dénote de l'importance accordé à ce thème par les plus hauts responsables de l'Etat au Burundi.

Le financement de la santé a été cité surtout dans des évènements nationaux ou des campagnes de promotion de régimes particuliers comme la CAM. Il a été cité également dans des discours portant sur le développement humain et les secteurs sociaux. Les régimes les plus cités ont été la Gratuité-FBP, la CAM, la couverture des Indigents et l'équité dans le domaine du financement de la santé.

D'après les personnes interrogées, cette attention accordée au financement de la santé est constante ou en augmentation pour près de 80% des enquêtés. Ce pourcentage baisse à 60%

[68] Au Burundi, il n'y a pas de Premier Ministre. Sous le Chef de l'Etat (Président de la République), deux Vice-Présidents sont chargés de piloter le travail du gouvernement. Le second VP est chargé des secteurs économiques et sociaux.

lorsqu'il s'agit d'appui politique de l'Etat au financement de la santé. Toutefois, ce pourcentage varie selon le type de programme : l'appui politique à la Gratuité-FBP serait par exemple plus important que celui que l'Etat offre à la CAM et bien plus grand qu'aux autres régimes de financement de la santé.

Enfin, sur une échelle de 1 à 10, les personnes enquêtées donnent un score moyen de 6,2 à la place accordée par les officiels au financement de la santé.

4.1.1.2.Engagement institutionnel

Même s'il existe un mécanisme de coordination, à savoir le CPSD (Cadre de Partenariat pour la Santé et le Développement) au sein du secteur de la santé, il paraît insuffisant face à la grande fragmentation du financement de la santé (voir aussi les chapitres 2 et 3) qui dépasse ce que ce mécanisme coordonne. Par exemple, les Mutuelles Communautaires, les assurances privées (en général offertes par quelques employeurs dans le secteur privé), la Mutuelle de la Fonction Publique, celui des Indigents et l'assurance maladie des Hommes en Uniforme… échappent à tout mécanisme de coordination. Seul- le financement du Gouvernement via le MSPLS, y compris la Gratuité-FBP et la CAM, est plus ou moins coordonné.

De plus, selon les enquêtés, en général, il n'y a ni stratégie ni plan d'action du financement de la santé. A défaut de ces documents importants, quelques-uns citent quelques fois le PNDS 2 ou le CDMT qui ne sont pas bien évidemment de véritables stratégies et encore moins des plans d'action du financement de la santé.

4.1.1.3.Engagement dans le processus budgétaire

Les personnes enquêtées ont souligné le fait que des lignes budgétaires existent et sont alimentées pour la Gratuité-FBP, la CAM, le Programme des Indigents et la Mutuelle de la Fonction Publique. Pour les autres régimes comme l'assurance privée commerciale et les mutuelles communautaires, aucune ligne budgétaire ne leur est dédiée.

En dépit de ces lignes budgétaires, le financement du système de santé au Burundi est estimé « limité », par 64% des opinions exprimées, ou « substantiel mais insuffisant », par 32% des personnes enquêtées. Toutefois, la situation diffère d'un régime à un autre. Pour chaque régime (ci-dessous), les personnes qui se sont exprimées ont qualifié le financement comme suit :

- Gratuité-FBP : substantiel mais insuffisant
- CAM : limité
- Indigents : limité
- Mutuelle de la Fonction Publique : substantiel mais insuffisant
- Mutuelles Communautaires : presque nul
- Assurance privée commerciale : limité

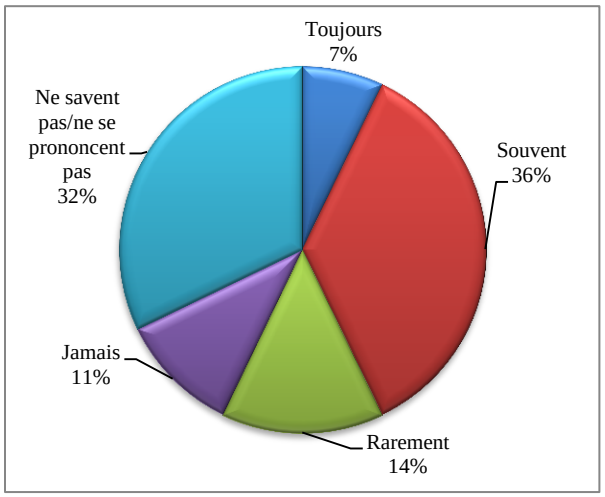
Quant aux critères d'allocation de ces maigres ressources, les opinions exprimées désignent la Gratuité-FBP et la Mutuelle de la Fonction Publique comme des programmes où ces critères sont plutôt « objectifs et pertinents » (à hauteur de 68%). Par contre, la CAM (54%), les Mutuelles Communautaires (56%) et le Régime des Indigents sont considérés comme des programmes où les critères d'allocation des ressources ne sont ni objectifs ni pertinents.

4.1.2. Opportunités pour le financement de la santé dans l'agenda politique

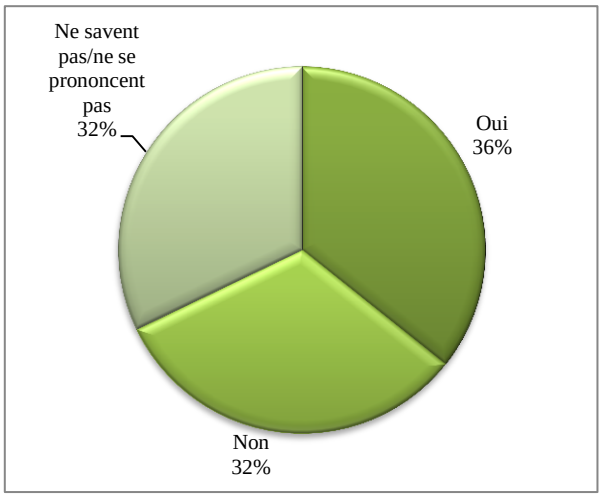
4.1.2.1.Volet « problématique du financement de la santé »

Selon les personnes enquêtées, le degré de disponibilité d'indicateurs crédibles[69] liés au financement de la santé sont « plutôt disponibles » ou « très disponibles » pour respectivement 61% et 11% des réponses contre 14% ayant répondu « plutôt non disponibles », 4% « Pas du tout disponibles » et 11% ne se sont pas prononcés. En dépit de cette disponibilité, ni les médias (traitement de l'information sur la santé), ni les hautes autorités ou hauts officiels (discours sur la santé, en général, et sur le financement de la santé, en particulier) ne les ont pas cités fréquemment durant les douze derniers mois qui ont précédé la présente enquête (novembre 2012 – octobre 2013) comme le montrent les deux graphiques suivants.

Graphique n° 35 : Fréquence des citations des indicateurs crédibles du financement de la santé par les médias



Graphique n° 36 : Utilisation des indicateurs crédibles du financement de la santé par les hautes autorités



Source : Auteurs

Au-delà des indicateurs, des évènements majeurs en 2012/2013 ont attiré l'attention du public vers le financement de la santé. Selon les personnes enquêtées, ces évènements ont été les suivants : la sensibilisation de la population par rapport à la CAM, le problème de rupture de stock des médicaments anti-choléra, et dans une moindre mesure, la construction de formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé) et les campagnes de vaccination. En fait, à l'exception de la campagne de promotion de la CAM, les évènements qui attirent l'attention vers le financement de la santé sont plutôt rares, en dépit de l'importance de la problématique. C'est pour cela que 41% des réponses citent la CAM comme le programme qui attire le plus cette attention, suivi de la Gratuité-FBP (31%), le programme des Indigents (16%), la Mutuelle de la Fonction Publique (5%), les Mutuelles Communautaires (7%) et les assurances privées commerciales (0%).

[69] Indicateurs pertinents et crédibles (taille et sources de financement, poids des paiements directs des ménages, pourcentage du financement public…) mesurant clairement la sévérité du problème et pouvant être utilisés pour l'évaluation des progrès réalisés.

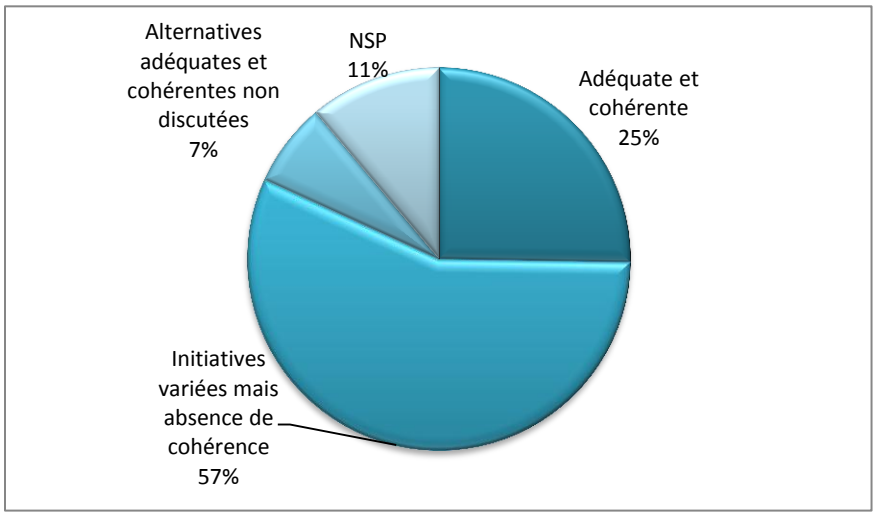
Quant au degré d'attention accordé au financement de la santé en 2012/2013 dans les discours publics (protestations publiques diverses, manifestations, grèves, médias sociaux…), il a été jugé comme moyen par 39% des opinions exprimées, élevé (36%), faible (11%) et nul (7%)[70].

Pour la moitié des personnes interrogées, des avocats de haut niveau de la cause du financement de la santé existent. Ces avocats sont le Second Vice-Président de la République et (Madame) le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida. Au sein de la société civile, 79 % des opinions exprimées déclarent qu'il y a des acteurs et des groupes qui défendent cette cause. Ces défenseurs sont notamment les ONG, les syndicats et les organisations professionnelles (paramédicaux, médecins…). Selon ces mêmes personnes, les défenseurs de la cause du financement au sein de la société civile adhèrent à hauteur de 60% aux décisions du gouvernement quant au plaidoyer au profit du financement de la santé.

4.1.2.2.Volet « politiques alternatives »

Avant de voir les opinions des personnes enquêtées sur les politiques alternatives, examinons d'abord leurs avis sur la situation de la politique actuelle du financement de la santé. Ces avis expriment, pour une majorité de 56%, exactement ce qui a été décrit dans les chapitres précédents, à savoir que les réformes et initiatives liées au financement de la santé sont variées mais peu cohérentes. En effet, une des faiblesses majeures de ce financement demeure la fragmentation qui induit des coûts de transaction inutiles et une incohérence générale. Le graphique ci-dessous donne le poids des avis exprimés sur cette question.

Graphique n° 37 : Poids des opinions exprimées sur la qualité du financement actuel de la santé au Burundi



Source : Auteurs

Quel que soit le secteur et quelle que soit l'institution des personnes interrogées, il se dégage un consensus sur les alternatives au financement de la santé au Burundi. En effet, plus des trois-quarts des enquêtés estiment que des programmes alternatifs sont très possibles. Ils en proposent

[70] 7% ne savent pas ou ne se prononcent pas.

trois : les Mutuelles Communautaires et l'amélioration de la CAM et de la gratuité des soins pour les indigents. Ils n'ont pas pu donner les détails mais on suppose qu'ils souhaiteraient que tout cela soit en cohérence en raison des critiques qu'ils ont eux-mêmes formulées ci-dessus (fragmentation).

Un autre consensus, cette fois total, se dégage quand il s'agit de la faisabilité technique de ces alternatives et de leur acceptabilité par la collectivité d'une manière générale. En effet, 100% des personnes ayant répondu que les alternatives existent, pensent que leur degré de faisabilité technique est assez élevé ou très élevé. Il en est de même pour le degré d'acceptabilité du programme par la collectivité.

Par contre, quand il s'agit de la faisabilité financière, les avis sont plutôt partagés. Toutefois, une bonne majorité (61%) pense que le degré de faisabilité financière est « très élevé » contre 28% pour ceux qui la considèrent comme « assez élevé » et 11% « très difficile » à réaliser.

4.1.2.3.Volet « politique »

Selon les personnes interrogées, le programme le plus appuyé par les politiciens reste de très loin la Gratuité-FBP; alors que le régime qui bénéficie le moins de soutien politique est la CAM (et dans une moindre mesure, les Mutuelles Communautaires). Cette réponse est, sans doute, liée aux réponses données par les personnes enquêtées sur la taille des ressources financières dont bénéficient les divers régimes du financement de la santé (voir section 4.1.1.3). Quant au manque d'appui à la CAM, il résulterait, à priori, du fait que la CAM (selon 54% des opinions exprimées) est considérée comme un programme où les critères d'allocation des ressources ne sont ni objectifs ni pertinents (section 4.1.1.3). Enfin, concernant les Mutuelles Communautaires, le programme est trop « discret » pour attirer l'attention des politiciens et leur appui.

Concernant toujours la CAM, la moitié des avis exprimés considèrent que ce régime ne bénéficie que d'une adhésion « moyenne ou modeste » de la part d'acteurs et groupes de la société civile contre 14% qui estiment que cette adhésion est « grande » et 22% « pratiquement inexistante » ou « nulle » (14% ne se prononcent pas).

Pour ce qui est de la volonté gouvernementale, les personnes enquêtées, particulièrement les PTF, les hauts cadres des Ministères, les médias, les ONG et les syndicats croient fortement (près de 60% des opinions) que si le Gouvernement disposait d'une enveloppe budgétaire additionnelle et conséquente et qu'il souhaitait la mettre à la disposition du secteur de la santé, il serait enclin à allouer un montant significatif (plus de 25% de l'enveloppe en question) aux programmes de financement de la santé.

4.1.3. Analyse institutionnelle

4.1.3.1.Pouvoir et influence

Cette analyse porte sur un ensemble d'acteurs qui représentent les détenteurs d'enjeux les plus importants du système de santé au Burundi. Ces acteurs sont : le Deuxième Vice-Président de la République, le MFPDE, le MSPLS, le MSNDPHG, le MFPTSS, les syndicats, le patronat, les organisations professionnelles, les partis politiques de l'opposition, les ONG, les Médias, les PTF ainsi que l'opinion publique (non exprimée par les canaux des institutions citées auparavant).

Au travers de cette analyse, et selon les diverses opinions exprimées, il se dégage un niveau élevé du pouvoir et de l'influence du Second VP, du MFPDE et des PTF quand il s'agit du

domaine du financement de la santé. Vient ensuite, le MSPLS dont l'importance n'est pas négligeable selon les interviewés.

D'une manière exhaustive, les opinions exprimées donnent les résultats suivants : dans le domaine du financement de la santé, les détenteurs d'enjeux peuvent être répartis en quatre groupes selon le degré du pouvoir et d'influence :

- Très élevé (G1) : Second VP, MFPDE et PTF
- Assez élevé (G2) : MSPLS
- Moyen (G3) : MSNDPHG, MFPTSS, ONG, Médias et opinion publique
- Faible ou négligeable (G4) : syndicats, patronat, opposition et organisations professionnelles.

4.1.3.2.Appui aux programmes de financement de la santé

Si les institutions les plus influentes ont été identifiées clairement, pourrait-on dire alors qu'elles appuient fortement les programmes de financement de la santé comme le FBP-Gratuité, la CAM, le régime des indigents, la Mutuelle de la Fonction Publique et les Mutuelles communautaires ? La réponse à cette question est très nuancée. En effet, chaque institution essaie d'appuyer et/ou est en faveur de programmes spécifiques plutôt que d'autres.

Dans le groupe très influant (G1) :

- Le Second VP appuie fortement le programme Gratuité-FBP et la CAM, et dans une moindre mesure la Mutuelle de la Fonction Publique
- Le MFPDE apporte son grand appui surtout à la Gratuité-FBP. Cet appui devient assez élevé pour la CAM et le régime des fonctionnaires.
- Les PTF appuient surtout le programme Gratuité-FBP. Pour le reste des programmes, leur appui est moyen (indigents, CAM et Mutuelles communautaires) ou faible (régime des fonctionnaires).

Dans le groupe 2 (G2) : le MSPLS a une stratégie d'appui proche de celle du Second VP : la CAM et la Gratuité-FBP ont toute l'attention de ce département ministériel. L'appui au régime des fonctionnaires parait assez élevé alors qu'il est faible pour les autres programmes (Mutuelles et indigents).

Dans le troisième groupe (G3) :

- Les institutions appuient fortement les programmes qu'elles gèrent où ceux dans lesquels elles sont impliquées : le MSNDPHG soutient fortement le régime des indigents ; le MFPTSS donne une grande importance à la Mutuelle de la Fonction Publique; alors que les ONG appuient en priorité la Gratuité-FBP et les Mutuelles communautaires.
- Les Médias appuient plutôt les régimes d'assurance maladie les plus connus et les plus discutés, à savoir la CAM et le régime des fonctionnaires.
- Enfin, selon les enquêtés, l'opinion publique générale et indépendante donne de l'importance à tous les régimes, avec une attention bien particulière à la Gratuité-FBP et, dans une moindre mesure, à la CAM et aux Mutuelles Communautaires.

Dans le groupe le moins influent (G4) : il parait que les institutions dans ce groupe ne donnent pas énormément d'importance au domaine du financement de la santé. C'est pour cela que leur

appui, selon les opinions exprimées, reste moyen ou faible, à l'exception des syndicats qui appuient fortement le régime des fonctionnaires.

4.1.3.3.Positionnement idéologique et processus d'approbation des textes de lois

Dans la perspective d'une réorientation stratégique du financement de la santé, on a considéré qu'il est important d'étudier (i) le positionnement idéologique de la Majorité (gauche, droite ou centre) et (ii) le processus d'approbation des textes de lois qui est nécessaire à tout programme de réforme.

Selon les interviewés, il s'avère que le positionnement idéologique de la Majorité (qui gouverne actuellement), d'une manière générale, et au sein du Parlement, n'est pas clair. Autrement dit, selon leur lecture de l'action gouvernementale, ce positionnement idéologique est difficile à percevoir et à définir clairement. Et donc sa position éventuelle par rapport à une proposition de grande réforme du financement de la santé serait éventuellement imprévisible.

Toujours en cas de réforme du financement de la santé et de changements importants exigeant l'adoption de nouveaux textes de lois, selon les personnes interrogées, il s'avère que les deux institutions qui ont le plus de pouvoir pour faciliter ou bloquer l'adoption de nouvelles lois sont le Parlement et le Président de la République ; c'est-à-dire en fait la même majorité qui gouverne actuellement et pour laquelle on n'arrive pas à définir le positionnement idéologique.

En conclusion, il ressort des opinions exprimées par les personnes interrogées ce qui suit :

- Les réformes entreprises et les initiatives entreprises sont variées mais peu cohérentes et l'hyper fragmentation engendre un manque de coordination manifeste.
- La magnitude du financement mobilisé reste « limitée » même si des lignes budgétaires existent pour la Gratuité-FBP, la CAM et la Mutuelle de la Fonction Publique. Ces maigres ressources financières ne sont pas optimalement allouées en raison d'absence de critères d'allocation objectifs et pertinents (à l'exception de la Gratuité-FBP et le régime des fonctionnaires).
- En dépit de la disponibilité d'indicateurs crédibles du financement de la santé au Burundi, ni les médias ni les hautes autorités ne les ont cités ou utilisés durant les douze derniers mois. Ce qui dénote d'une culture limitée d'utilisation des bases factuelles.
- Le financement de la santé bénéficie d'un appui fort de la part de quelques avocats hyper importants comme le Second Vice-Président de la République, le MSPLS, la société civile et les PTF.

Toutefois, ces avocats n'appuient pas les mêmes programmes. Si l'appui politique va à la CAM, le FBP-Gratuité et, dans une moindre mesure, à la Mutuelle de la Fonction Publique, l'appui financier (PTF et Ministère des Finances) va plutôt au FBP-Gratuité et, dans un degré moindre, à la Mutuelle de la Fonction Publique (MFPDE).

D'une manière générale, c'est le programme Gratuité-FBP qui demeure le plus appuyé alors qu'à l'opposé c'est la CAM et les Mutuelles Communautaires qui le sont le moins. Ceci résulterait probablement du fait que la CAM est considérée comme un programme où les critères d'allocation des ressources ne sont ni objectifs ni pertinents. Concernant les Mutuelles Communautaires, le programme est considéré comme trop « discret » pour attirer l'attention des politiciens et leur appui.

- Les personnes enquêtées restent optimistes quant à la volonté et le souhait du gouvernement d'accroitre le financement de la santé au Burundi. Ils sont également optimistes par rapport aux alternatives possibles. Ils préconisent l'amélioration de la CAM et de la prise en charge gratuite des indigents ainsi qu'une meilleure stratégie du programme des mutuelles communautaires. Selon eux, leur degré de faisabilité technique et institutionnelle est assez élevé ou très élevé.
- Cependant, en cas de proposition de grandes réformes ou de bouleversement très important de la situation actuelle, les détenteurs d'enjeux n'arrivent pas à prédire la réaction et l'attitude du Gouvernement et de la Majorité actuelle car leur positionnement politique ne serait pas clair non plus.

4.2. Quelques leçons internationales issues des réformes du financement de la santé : quelques facteurs de succès

Durant les 12 dernières années, énormément de pays ont entrepris de lourdes réformes du financement de leurs systèmes de santé. Les résultats sont un peu mitigés et dépendent des pays en question (OMS 2010, Kutzin et al. 2010, McPake et al. 2011, Meessen et al. 2011, McIntyre et al. 2013).

Selon ces expériences internationales, des réformes entreprises dans quelques pays sont considérées comme des succès et des leçons intéressantes pour les autres nations. Dans cette section, nous allons nous intéresser à six pays, de quatre continents différents, qui ont vécu des expériences dont les résultats ont été positifs, voire très positifs. Ces pays, qui sont l'Argentine, le Ghana, le Mexique, le Rwanda, la Thaïlande et la Turquie, ont réussi à développer substantiellement leurs protections sociales en santé, à améliorer l'accès aux soins de santé et à rendre leurs systèmes de santé bien plus performants en termes de niveau de santé et de réduction des iniquités. Nous avons essayé d'examiner les points communs entre tous ces pays qui sont autant de sources de succès. Il en ressort six points (sous-sections) qui sont détaillés ci-dessous. C'est exemples sont donnés non pas pour être suivis mais pour éventuellement inspirer la conduite de la réforme qui sera entreprise au Burundi.

4.2.1. Une grande volonté politique

Toutes ces six expériences ont bénéficié d'une importante volonté politique de réformer radicalement le financement de la santé dans ces pays.

Les grandes décisions concernant le financement et les réformes des systèmes de santé dans cet ensemble de pays ont été pensées, décidées et mises en œuvre progressivement juste au moment transitoire d'une sortie de crise majeure (Rwanda par exemple ; voir Encadré 4.1 ci-dessous) ou d'un changement politique important (Turquie ; voir Encadré 4.3). Il s'en est suivi une grande volonté politique de modifier radicalement le système de santé, y compris sa composante « financement ». L'objectif n'était pas de mettre en place des mesures correctives ou de petites réformettes, mais bel et bien des réformes restructurantes de grande envergure qui ont eu un impact permanent et considérable sur les systèmes de santé des six pays en question. Cette immense volonté politique s'est traduite par une dynamique technique (production d'évidences et de bases factuelles), législative et réglementaire (encadrement juridique mieux adapté), mais aussi par une mobilisation de ressources sans précédent (voir point 4.1.2).

Encadré 4.1 : l'assurance maladie à base communautaire au Rwanda

Avant 1999, la majorité de la population rwandaise n'avait aucune protection sociale en santé. Face à la très grande rareté des ressources, le Gouvernement, appuyé par ses partenaires techniques et financiers, a mis en place, entre 1999 et 2000, une expérience pilote de mutuelles communautaires de santé dans trois districts. Le succès de cette expérience a encouragé le Gouvernement à adopter une « Politique de développement des Mutuelles de santé au Rwanda » en 2004. Cette politique a, non seulement permis de standardiser les paramètres des mutuelles de santé en termes de paquet de services, de cotisations, de gestion…, mais aussi d'accélérer le développement des mutuelles communautaires de santé jusqu'à leur généralisation à tout le pays en 2006. Quatre années plus tard, le pays a adopté une Loi sur l'assurance maladie. Aujourd'hui, près de 90% de la population sont couverts par ces mutuelles.

Le système des mutuelles communautaires de santé (MCS) au Rwanda comprend trois niveaux : A la base, les Sections Mutuelles, situées au niveau communautaire, collectent les cotisations des membres et signent des contrats de prestations de services de santé avec les centres de santé (porte d'entrée du système). Elles transfèrent une partie de leurs ressources au niveau des Mutuelles de Santé du District qui constituent le second niveau. Ces mutuelles reçoivent des ressources supplémentaires du District et du mécanisme national appelé Mutualisation du Risque Maladie (National Pooling Risk). Elles établissent des contrats de prestations principalement avec les hôpitaux de district. Quant au troisième niveau, on y retrouve ce mécanisme national de Mutualisation du Risques Maladie financé par l'Etat, les partenaires techniques et financiers ainsi que tous les autres régimes d'assurance maladie. Les contrats de prestations de soins de santé sont signés avec les hôpitaux de référence.

Les adhérents au MCS paient une cotisation annuelle par membre de 2 $US. En complément, l'Etat et les partenaires techniques et financiers paie également le même montant. Les plus pauvres (16% de la population totale), considérés comme indigents et identifiés par les communautés, ne paient pas leurs cotisations qui sont pris en charge par les partenaires techniques et financiers et le Gouvernement.

Le développement des MCS a accompagné deux autres grandes réformes qui ont modifié radicalement le système de santé au Rwanda, à savoir le Financement Basé sur la Performance et la Décentralisation (Fiscal Decentralization) qui a rendu les prestataires publics autonomes (y compris dans la gestion des ressources, du recrutement et licenciement du personnel…).

La volonté politique et le leadership du Gouvernement ainsi que la confiance des partenaires techniques et financiers qui ont substantiellement financé ces réformes ont permis aux décideurs du secteurs de la santé, aux professionnels de santé et aux communautés de transformer des idées innovantes et audacieuse en programmes nationaux performants. Grâce à ces efforts, le Rwanda a connu une amélioration très significative de l'accès financier aux soins et du niveau de santé de sa population, particulièrement la plus vulnérable. Entre 2000 et 2010, le taux d'utilisation des services curatifs est passé de moins de 25% à plus de 85%. Durant la même période, la mortalité maternelle a chuté de 840 pour 100.000 NV à 340 pour 100.000 NV, soit une diminution de 60%.

Sources :

- Banque Mondiale, Base de Données sur les Indicateurs de Développement : http://data.worldbank.org/indicator/

- Lu C., Chin B., Lewandowski JL., Basinga P., Hirschhorn LR. Et al. (2012), "Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in its First Eight Years", PLoS ONE 7(6): e39282
- National Health Security Office web site : http://www.nhso.go.th/eng/Site/Default.aspx
- OMS NHA web site : www.who.nha/en
- OMS (2010), Rapport de la Santé dans le Monde
- OMS, UNICEF, UNFPA et BM (2012), Trends in Maternal Mortality : 1990-2010
- Sekabaraga C., Diop F. et Soucat A. (2011), "Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda", Health Policy and Planning

Encadré 4.2 : le régime national d'assurance maladie (NHIS) au Ghana

Avant 2003, le financement de la santé au Ghana était basé essentiellement sur le paiement direct des ménages, les contributions des PTF et le budget de l'Etat qui supportait essentiellement des programmes et services de santé du Ministère de la Santé. Au même temps, la protection sociale en santé y était très faible.

En 2003, le pays a adopté une législation en vue de mettre en place un régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) visant à couvrir toute la population à long terme. Ce régime a démarré timidement en 2005 pour progresser rapidement durant les sept dernières années.

Le NHIS bénéficie d'énormes soutiens financiers provenant aussi bien de cotisations que de fonds publics dédiés spécifiquement à l'assurance maladie : 2,5 points de pourcentage de la taxe sur les biens et services, y compris les importations, et 2,5 points de pourcentage des fonds de la sécurité sociale nationale. En plus de ces ressources, le NHIS bénéficie également de crédits budgétaires annuels supplémentaires votés par le Parlement. Ces fonds publics dédiés sont destinés à couvrir les cotisations des indigents, des femmes enceintes, des enfants, des personnes souffrant de troubles mentaux, des personnes âgées, des pensionnés et des cotisants au régime national de sécurité sociale.

Les bénéficiaires qui représentent près de 40% de la population totale, ne paie aucun ticket modérateur et bénéficient de services de santé couvrant près de 95% de la charge de morbidité du pays. Ces bénéficiaires sont essentiellement des femmes enceintes, des enfants de moins de 18 ans, des personnes de plus de 70 ans, des pensionnés, des indigents, des travailleurs du secteur formel et des actifs du secteur informel.

Le régime NHIS est géré par une seule agence appelée National Health Insurance Authority (NHIA) qui est une institution publique autonome, sous la tutelle du Ministère de la Santé, gouvernée par un Conseil d'Administration où siègent des représentants de l'administration, de la sécurité sociale, des prestataires, des bénéficiaires et des syndicats. La NHIA vient de créer des agences régionales suite à la nouvelle législation de 2012 qui lui a permis également de transformer les mutuelles de Districts avec qui elle sous-traitait le travail de proximité (réception des demandes d'adhésion, octroi de la carte d'assuré, gestion des feuilles de soins…) en agences locales.

Même si le chemin de la couverture de toute la population par l'assurance maladie reste difficile et long, même si des faiblesses et des menaces sont constatées, il n'en demeure pas moins que la mise en

place du NHIS et son développement rapide en quelques années a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé et à réduire la charge financière qui pèse sur les ménages. Les Comptes Nationaux de la Santé de 2005 et 2010 ont montré que la part des paiements directs des ménages est passée de 17% de la dépense totale de santé en 2005 à 12 % en 2010 alors que le pourcentage des fonds publics est passé de 30% en 2005 à 69% en 2010.

Sources :

- Site Web de la National Health Insurance Authority, 2013, http://www.nhis.gov.gh
- National Health Insurance Act (ACT650), 2003
- National Health Insurance Act (ACT852), 2012
- Schieber G. et al.: Health Financing in Ghana (2012)
- Ministère de la Santé (2013), Ghana National Health Accounts 2005 and 2010

4.2.2. Des moyens mobilisés à la hauteur des ambitions affichées

Tous les six pays, sans exception, ont augmenté les ressources allouées au secteur de la santé d'une manière substantielle. Dans les six pays, l'espace fiscal a été extraordinairement élargi (y compris au Rwanda avec la mobilisation très importante des fonds domestiques et des contributions élevés des partenaires techniques et financiers). L'ensemble de ces pays a considéré que les grandes réformes ont logiquement besoin de grands moyens financiers (en plus de l'encadrement juridique et des capacités institutionnelles). Aucun des six pays n'a mis en œuvre ses réformes sans augmenter considérablement les fonds dédiés à la santé.

L'exemple le plus frappant est, peut-être, celui du Ghana (voir Encadré 4.2 ci-dessus) qui était, à l'époque où il a entrepris la réforme du financement de son système de santé, un pays à revenu faible. En 2003, le pays a mis en place un régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme – NHIS) destiné à couvrir toute la population à long terme. Pour cela, le Gouvernement du Ghana a mobilisé énormément de ressources pour le NHIS. Ce régime est financé aussi bien par des cotisations que des fonds publics dédiés spécifiquement à l'assurance maladie : 2,5 points de pourcentage de la taxe sur les biens et services, y compris les importations, et 2,5 points de pourcentage des fonds de la sécurité sociale nationale. En plus de ces ressources, le NHIS bénéficie également de crédits budgétaires annuels supplémentaires votés par le Parlement. Grâce à cette dynamique, le pourcentage du secteur public dans le financement total de la santé est passé de 29,6% en 2005 à 68,7% en 2010 (CNS 2005 et 2010, Ministère de la Santé).

4.2.3. Un processus progressif couplé à une vélocité d'action

Tous ces six pays ont opté pour des réformes graduelles fondées sur des bases factuelles et des tests soit au niveau régional soit au niveau des programmes ou des populations ciblées. Aucun n'a pris le risque de généraliser dès le départ les réformes pensées sur le papier. Cette montée en puissance et ce comportement prudentiel a été couplé à un processus fondé sur les évidences. Les décisions prises l'ont été suite à des études et des réflexions mures et participatives.

Toutefois, ces précautions et bases factuelles n'ont nullement retardé le processus de réformes. En effet, les différents gouvernements ont évité les écueils de la tergiversation politique et

bureaucratique et ont fait preuve d'une vélocité d'action extraordinaire une fois que les décisions ont été prises et les lois votées. Dans les six pays, les réformes ont commencé dans la première partie des années 2000 (en général entre 2002 et 2004). Dix années après, force est de constater les progrès réalisés et les performances accomplies (voir Encadrés 4.1 à 4.6).

4.2.4. Un souci d'harmonisation et/ou de coordination tout en essayant de minimiser la fragmentation

Le point commun entre ces expériences réussies est la volonté de couvrir toute la population graduellement sans tomber dans le piège de la fragmentation. Ces pays ont développé et mis en place des programmes d'envergure comme le Plan Nacer en Argentine, les Mutuelles de Santé dites Communautaires au Rwanda, le Régime de Couverture Universelle en Thaïlande, le programme de Seguro Popular au Mexique, le Régime Général d'Assurance Maladie et le programme de Carte Verte en Turquie et le National Health Insurance Scheme au Ghana. Ce sont des programmes nationaux qui couvrent entre 38% et 90% de la population. A lui tout seul, le Seguro Popular (Encadré 4.4) couvre plus de la moitié de la population du Mexique, soit plus de 50 millions de personnes. En Turquie, le Gouvernement a fusionné tous les régimes de protection sociale en santé en un seul, appelé « Régime Général d'Assurance Maladie » (Encadré 4.3). Ces stratégies ont permis non seulement de couvrir une grande proportion de la population (des pays comme la Turquie, la Thaïlande et le Mexique ont une couverture quasi-universelle de leur population), mais aussi de minimiser les surcoûts de transaction et d'atteindre de bons résultats en un laps de temps assez court.

Encadré 4.3 : le Programme de Transformation du Secteur de la Santé (Sağlıkta dönüşüm) en Turquie

Au tout début des années 2000, le système de santé en Turquie faisait face à d'énormes défis. En effet, seuls 66,3% de la population étaient couverts par un régime de protection sociale en santé et juste 24% de la population la plus pauvre (1er quintile de revenu) bénéficiait du régime de la Carte Verte destinée aux indigents. Entre 28% et 30% de la dépense totale de santé étaient financés par les paiements directs des ménages. En outre, les inégalités entre les régions et les classes de revenus étaient criantes ; à titre d'exemple, la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans les plus pauvres (1er quintile de revenu) représentait 4,1 fois celle des enfants les plus nantis (5ème quintile). Pour un pays à revenu moyen élevé, ces insuffisances étaient rédhibitoires.

En 2002, le Parti de la Justice et Développement, qui a élaboré un plan d'action d'urgence pour la santé « Améliorer l'accès aux soins de santé », gagne les élections avec une majorité confortable au Parlement. En 2003, le Gouvernement met en place une réforme appelée « Programme de Transformation du Secteur de la Santé » (PTSS). L'objectif de ce programme est d'étendre la protection sociale en santé ainsi que l'accès aux soins à toute la population et d'améliorer la gouvernance du système et la performance de l'offre de soins. Afin d'y parvenir, le Gouvernement a formé au sein du Ministère de la Santé une équipe permanente (qui a duré près d'une dizaine d'années) appelée « Equipe du Leadership Transformationnel » et composée du Ministre de la Santé, du Secrétaire Général/Permanent, des Directeurs Généraux et des Directeurs de Départements. Elle était appuyée par une autre équipe, plus technique, appelée « Equipe du Changement Opérationnel » et basée au Ministère de la Santé. Les deux équipes ont bénéficié d'un soutien important du Premier Ministre et du Gouvernement. Ces équipes techniques et politiques ont opté pour un changement graduel fondé sur des bases factuelles mais aussi pour des actions rapides. Ce qui a eu des répercussions

positives sur la performance du système de santé en un laps de temps très court.

Depuis 2003, le programme PTSS a réussi à : (1) Fusionner tous les régimes de protection sociale en santé en un seul, appelé « Régime Général d'Assurance Maladie », où le paquet de services couvert a été étendu et harmonisé. (2) Faire passer la couverture de l'assurance maladie pour les indigents (Carte Verte) de 2,4 millions de personnes en 2003 à 10,2 millions en 2011 grâce à un apport financier massif du Gouvernement et à un nouveau mécanisme d'identification des bénéficiaires. (3) Mettre en place une réforme des ressources humaines qui a conduit à (i) augmenter significativement le nombre des professionnels de santé, à (ii) une meilleure répartition du personnel soignant sur tout le territoire, à (iii) éliminer la double pratique de l'exercice de la médecine dans le secteur public et le secteur privé et à (iv) améliorer les performances des professionnels de santé (un mécanisme de motivation salariale basé sur la performance a été mis en œuvre). (4) Mettre en place le Modèle de Structure de Santé centrée sur la famille qui a transformé les facilités existantes jusqu'alors en Centres de Médecine Familiale. Près de 26.250 centres ont été ouverts depuis 2005. Grâce à ce nouveau modèle, l'infrastructure de santé de base a été rénovée, renforcée et améliorée.

Ces réformes, auxquelles s'ajoutent des changements organisationnels majeurs, ont réussi graduellement à rendre le système de santé Turque bien plus performant. En effet, grâce au programme PTSS, les inégalités du niveau de santé et d'accès aux soins ont été réduites significativement en un laps de temps très court (la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans les plus pauvres qui était 4,1 fois supérieure à celle des enfants les plus nantis en 2003, n'est plus que de 2,1 fois en 2008). La population la plus pauvre (1er décile de revenu) couverte par la protection sociale en santé n'était que de 24% en 2003. Cette proportion est passée à 85% en 2011. La mortalité maternelle a été réduite de près de moitié entre 2000 (39 décès pour 100.000 NV) et 2010 (20 décès pour 100.000 NV). Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle est passée en cinq ans de 33,2‰ en 2003 à 18,9‰ en 2008.

Sources :

- Ministry of Health web site, http://www.saglik.gov.tr/EN/
- Rifat Atun et al. (2013), Universal health coverage in Turkey : enhancement of equity, The Lancet, June 27
- OMS (2010), Rapport de la Santé dans le Monde

4.2.5. Des réformes qui s'attaquent aussi bien à la demande qu'à l'offre de services de santé

En ne s'attaquant réellement qu'à un seul volet, soit la demande soit l'offre, des pays n'ont pas réussi à obtenir de bons résultats au travers des réformes qu'ils ont mises en œuvre (OMS 2010, McPake et al. 2011, McIntyre et al. 2013). Aux antipodes de ces expériences, les six pays que nous citons ici comme des réussites ont adopté une démarche plus harmonieuse et plus efficiente en prenant en considération aussi bien la demande que l'offre de soins (Voir Encadrés 4.1 à 4.6). Du côté de la demande, les six pays ont promu et développé des régimes de protection sociale en santé destiné non seulement aux employés du secteur formel de l'économie (fonctionnaires et travailleurs du secteur formel privé), mais surtout aux autres catégories socio-professionnelles, particulièrement les travailleurs du secteur informel et du monde rural. Ils ont également développé des mécanismes assurantiels pour protéger les plus pauvres et les plus vulnérables des chocs liés à la maladie et aux dépenses individuelles catastrophiques. Du côté de l'offre de soins,

tous les six pays (le Ghana avec un degré moindre) ont adopté des stratégies fortes pour améliorer aussi bien la performance des ressources humaines que la qualité et la disponibilité des services de soins de santé. Ces stratégies s'appuient, en général, sur plusieurs éléments et outils stratégiques comme la décentralisation, une meilleure régulation du système de soins, l'implication forte de la société civile et des Communautés, le paiement ou le financement à la performance…

Encadré 4.4 : le Seguro Popular au Mexique

Le programme de protection sociale en santé « *Seguro Popular* » a été introduit en 2003 alors que près de la moitié de la population (plus de 50 millions de personnes) ne bénéficiait pas de couverture médicale. Cette population non couverte, en général les indépendants et les travailleurs du secteur informel ainsi que leurs ayants droit, n'était pas logée à la même enseigne que les employés du secteur formel (privé et public) qui étaient assurés sous l'Institut Mexicain pour la Sécurité Sociale (IMSS) et l'Institut pour la Sécurité et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat (ISSSTE). Cette exclusion d'une grande partie de la population d'une véritable protection sociale en santé a poussé une partie des non assurés à utiliser les prestataires publics sous le couvert de l'assistance médicale qui était mal organisée et largement sous financée. Le reste de cette population exclue n'a même pas accès à cette assistance médicale. Ce qui s'est traduit par une indigence des services médicaux rendus à cette population, un accès aux soins limité et des paiements directs élevés (allant jusqu'à 50% des dépenses totales de santé). En raison de ces insuffisances, le Gouvernement a introduit en 2003 une Loi dite Système de Protection Sociale en Santé (SPSS) dont le *Seguro Popular* est une composante essentielle. Sa mise en œuvre a eu lieu l'année suivante.

En vue de mettre en œuvre cette loi, le Gouvernement a décidé d'augmenter les fonds publics dédiés à la santé de 1 point de pourcentage du PIB d'une manière progressive tout en améliorant les capacités de l'administration en termes d'absorption du budget additionnel.

La plus importante innovation de cette réforme qui cible les exclus de la sécurité sociale formelle, a été la séparation du financement entre les services de santé portant sur l'individu et ceux ayant trait à ce qui est désigné comme *Biens Publics*. Parmi ces derniers services on retrouve surtout les services communautaires de santé qui incluent la promotion de la santé, les campagnes d'immunisation, la prévention primaire, la surveillance épidémiologique, la prévention secondaire et le contrôle et la protection contre les risques sanitaires. Ces activités sont financées au travers d'un fonds dédié appelé « Fonds pour les services communautaires de santé ». Quant aux autres services dits « individuels », ils ont été répartis en trois groupes : Les soins de santé essentiels ; les services de santé des enfants et nouveau-nés et les services de santé spécialisés et coûteux (8% des ressources du *Seguro Popular*).

Ces services sont financés au travers d'un mécanisme assurantiel public utilisant les techniques usuelles de l'assurance maladie sociale. Le financement est assuré par une contribution des bénéficiaires non indigents, par les employeurs et, en l'absence de ce dernier, par l'Etat Fédéral et/ou les Etats Fédérés. Quant aux indigents, ils sont exemptés de toute contribution financière.

Ces changements ont été accompagnés de mesures portant sur l'offre de soins comme la réforme de la gestion hospitalière, l'amélioration de l'approvisionnement en médicaments, un plan d'envergure de long terme des investissements en infrastructures sanitaires et un système d'évaluation de la technologie médicale…

Ces réformes ont permis au Mexique de couvrir une population (plus de 50 millions de personnes) jusque-là exclue du système de protection sociale formelle, de réduire les dépenses de santé catastrophiques, de baisser substantiellement la mortalité maternelle de cette population de 72,2 /100.000 NV en 2004 à 48,9/100.000 NV en 2010, soit une réduction de 32,3%, et d'améliorer significativement

l'accès aux soins de santé de cette même population.

Sources :

- Site Web officiel seguro popular : www.seguro-popular.salud.gob.mx
- Knaul F.M. et al. (2012), « The quest for universal health coverage : achieving social protection for all in Mexico », The Lancet, August 16
- OMS NHA web site : www.who.nha/en

Encadré 4.5 : le Plan Nacer en Argentine

Le Programme a été conçu pour réduire les inégalités en offrant une couverture de santé aux femmes non assurées durant la grossesse et pendant 45 jours après l'accouchement, ainsi que pour les enfants de moins de 6 ans. Ces femmes et ces enfants faisaient partie des 15 millions d'Argentins non assurés (38 pour cent de la population) qui n'étaient inscrits dans aucun régime d'assurance maladie. Le programme, qui a été mis en œuvre progressivement en deux phases 2004 et 2007 jusqu'à sa généralisation à tout le pays, consiste à garantir une assurance maladie à cette catégorie de la population pour les services liés à la santé maternelle et infantile. Ce paquet assuré inclut également le programme élargi d'immunisation, le VIH-SIDA, le cancer, les soins dentaires et l'ophtalmologie pédiatrique.

En vue de prendre en charge les bénéficiaires de ce programme, l'administration centrale négocie avec l'administration déconcentrée les objectifs à atteindre en termes de population cible à couvrir. Elles négocient également le montant maximum à allouer à la province concernée. Le paiement de cette province se fait au travers du mécanisme suivant :

- L'administration centrale paie une somme per capita à la Province : ce paiement se scinde en deux : 60% sont payés selon l'atteinte de la cible en termes d'adhésion des bénéficiaires ; 40% sont payés en fonction de l'atteinte de dix indicateurs standard établis par l'administration centrale (chaque indicateur vaut quatre points de pourcentage). Ces indicateurs traceurs concerne aussi bien les aspects quantitatifs que qualitatifs de la prise en charge des bénéficiaires.
- Ensuite, l'administration déconcentrée paie les prestataires à l'acte. Toutefois, ce paiement ne couvre pas la totalité des coûts des services offerts du fait que les prestataires ont également d'autres sources de financement.
- Les négociations se renouvellent tous les quatre mois c'est-à-dire à la même fréquence que les audits externes qui sont réalisés par une entité privée indépendante. Ces audits incluent la vérification aussi bien de la véracité que de la régularité des adhésions et des services fournis.

Les prestataires de soins ont donc des incitatifs qui les poussent à atteindre de bonnes performances en termes de couverture et en termes de quantité et de qualité des prestations offertes. Les paiements reçus sont utilisés d'une manière très flexible par les structures de soins à condition de ne pas allouer plus de 50% de ces ressources pour le paiement du personnel et des primes. Cette flexibilité a contribué à atténuer la rigidité des procédures légales des dépenses publiques.

Le programme prévoit également la conduite d'enquêtes d'opinion auprès des bénéficiaires sur l'adhésion au programme, la connaissance de leurs droits, la performance des structures de soins, l'évaluation des prestations médicales, l'évaluation des prestations paramédicales et les possibilités de plaintes et de recours.

Ce programme, qui combine des mécanismes de paiement prospectifs (limitant l'escalade des dépenses) et rétrospectifs, qui mélange incitation à la demande (assurance maladie) et incitation à l'offre (financement basé sur la performance), tout en sondant l'opinion des plus concernés, a permis d'atteindre de très bons résultats en un laps de temps assez court. En effet, plus d'un million de femmes enceintes et

d'enfants non assurés ont dorénavant accès à ce paquet élargi de santé maternelle et infantile. La proportion des femmes enceintes à 20 semaines recevant les soins prénatals dans les provinces les plus pauvres du Nord du pays est passée de 3% avant le début du programme à 52% actuellement. Les taux du programme national d'immunisation élargi ont dépassé 94% avec des améliorations très significatives dans les régions les plus pauvres.

Sources :

- Site Web Banque Mondiale sur le Financement Basé sur les Résultats : http://www.rbfhealth.org/
- Miriam Schneidman (2013): Background Note on the Plan Nacer
- Rafael Cortez et al. (2012): World Bank HNP Discussion Paper – "Results Based Financing for Health in Argentina: The Plan Nacer Program
- Banque Mondiale (2010): Plan Nacer: Health Insurance for the Poor in Argentina.

4.2.6. Erreurs évitées

Les expériences des six pays en développement cités ci-dessus sont autant de réussites car elles ont obtenu des résultats très positifs. Dans les cinq sous-sections ci-dessus nous avons vu les points communs qui sont à l'origine de cette réussite. Toutefois, il faudrait mentionner également les écueils, les erreurs et les pièges évités par ces pays et qui sont à l'origine, cette fois, des échecs d'expériences menées dans d'autres pays, particulièrement en Afrique (du Nord et Sub-Saharienne). Ces erreurs pourraient être résumées dans six points.

a. Absence de bases factuelles et décisions précipitées

Dans un certain nombre de pays, les campagnes électorales précédant les élections présidentielles comprenaient des volets ayant trait au financement de la santé, particulièrement à l'assurance maladie et aux gratuités. Souhaitant plaire aux Chefs d'Etats fraichement élus, les nouveaux gouvernements se sont précipités à mettre en œuvre les promesses électorales sans prendre la précaution de mener les études rigoureuses requises, de mettre en place les prérequis nécessaires et de conduire les concertations élargies avec tous les détenteurs d'enjeux, y compris les bénéficiaires eux-mêmes. Toutes les réformes menées dans cette logique ont mené soit à des résultats contrastés, voire négatifs, soit à des voies sans issues.

Les exemples types de ces réformes sont notamment ceux des gratuités hâtives menées dans les pays de l'Afrique Subsaharienne. Ces gratuités mises en place précipitamment, qui ont été ensuite soient repensées soient carrément suspendues, ont eu un impact très négatifs sur l'offre de soins publique (Meessen et al. 2011). D'autres exemples concernent des gouvernements qui ont distribués des cartes d'assurance maladie (pour des raisons politiques) sans que les droits ne soient jamais ouverts.

b. Réformes ambitieuses mais sans mobilisation de ressources financières adéquates

Le second problème majeur des réformes du financement de la santé réside dans l'inadéquation entre les ambitions affichées et les ressources mobilisables. L'exemple type est celui de la Côte d'Ivoire qui a mis en place une ambitieuse politique de gratuité pour tous (2011) dont l'objectif essentiel était de faciliter l'accès financier aux soins de santé pour toute la population. Toutefois, après quelques mois de mise en œuvre, le Gouvernement a finalement réalisé qu'il n'a pas les moyens de sa politique. Ce qui l'a conduit à revoir à la baisse les objectifs de cette réforme en

2012 en instaurant une gratuité ciblée envers les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les malades souffrant de paludisme et les usagers des urgences médico-chirurgicales. Ce revirement n'est pas négatif car il a permis au système de santé ivoirien d'éviter un impact trop néfaste et durable sur sa composante relative aux prestations de soins.

Un autre exemple de cette inadéquation est celui des pays à revenu moyen qui affichent des objectifs ambitieux mais qui sous-financent leurs programmes de protection sociale en santé alors qu'ils ont les moyens d'assurer un financement plus adéquat. Ce sous-financement conduit à une sous-tarification des prestations de soins dans le cadre des contrats avec les prestataires. Du coup, se crée un décalage entre ces tarifs de responsabilité et les véritables prix du marché. Ce qui conduit inéluctablement à un ticket modérateur effectif très élevé que subissent les bénéficiaires. D'où la persistance d'un pourcentage élevé des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé (cas de l'Iran, du Maroc…).

c. Réformes avec des arrangements institutionnels inefficients

Dans ces cas, les programmes en question ne font pas de séparation des fonctions (financement, achat, prestation de soins et régulation), n'admettent pas un contrôle externe et/ou n'impliquent pas la société civile. Ce qui débouche indéniablement sur une faible gouvernance (imputabilité).

Ce genre d'arrangements institutionnels inefficients est souvent mis en place en raison d'un poids très fort d'un leader politique qui gère le secteur de la santé au sein d'une équipe gouvernementale techniquement modeste qui n'est pas à même de comprendre les réformes entreprises et leur impact négatif sur le système de santé.

Dans d'autres cas, la gestion des programmes de protection sociale est confiée à des institutions publiques inefficientes, voire incompétentes, souvent sous la pression de lobby politique, syndical ou à cause d'un niveau technique très modeste. Cette gestion est assurée par un organisme unique mal défini et inefficacement managé qui se comporte comme une administration bureaucratique au lieu d'un organe moderne et avisé d'achat de services de santé pour ses bénéficiaires. Souvent ce genre d'organisme a un coût administratif très élevé (dépassant des fois 30% des ressources du programme). Cette inefficience est exacerbée dans le cas où les institutions de contrôle de l'Etat (Cour des Comptes, Contrôle des Finances Publiques, Audits externes, Certifications…) sont faibles.

Encadré 4.6 : Le régime de couverture universelle en Thaïlande

Ce régime, établi en 2002, est appelé « couverture universelle » (RCU) dans le sens où il couvre toute la population thaïlandaise non concernée par les autres assurances, c'est-à-dire les travailleurs du secteur informel et rural ainsi que leurs ayants droit, soit plus des trois quarts de la population totale (seules quelques minorités vivant dans les zones frontalières et dont la nationalité n'est pas connue en sont exclues). Alors que le régime des fonctionnaires et celui de la sécurité sociale des travailleurs dans le secteur privé en couvrent respectivement 7% et 15%.

Poussé par la société civile et les mouvements sociaux au milieu des années 90, le pays a inclus la politique de couverture universelle dans la Constitution de 1997. Trois années plus tard, les ONG et la Presse ont énormément fait pour faire progresser l'agenda de la couverture universelle (une coalition d'ONG a même préparé un projet de loi). Elles ont forcé les partis politiques à inclure la couverture médicale pour les soins de santé dans leurs programmes politiques. A la suite des élections de début 2001, le Gouvernement a entrepris la mise en œuvre du RCU. Ainsi la loi sur l'assurance maladie nationale

(National Health Security Act) fut promulguée en novembre 2002.

Le RCU, géré par une agence publique autonome appelée National Health Security Office – NHSO, fournit un ensemble assez complet de prestations de santé qui comprend les services curatifs, les services de promotion de la santé et de prévention, les services de réhabilitation et les services basés sur les pratiques des écoles traditionnelles thaïlandaises.

Les centres de soins primaires sont utilisés comme porte d'entrée au système de soins. A l'exception des urgences médicales et les accidents graves, les bénéficiaires du RCU ne sont pas autorisés à se rendre dans les centres de soins secondaires et tertiaires s'ils n'ont pas été orientés par un centre de soins primaires.

Le financement du RCU est assuré principalement par des fonds publics provenant des recettes fiscales générales. Les bénéficiaires payaient un montant forfaitaire de 30 Bahts lors de chaque consultation mais ce paiement fut aboli en 2006. Cet engagement fort de l'Etat a eu des répercussions positives sur l'accessibilité financière de la population. En effet, le financement public est passé de 56% de la dépense totale de santé en 2001 à 76% en 2011. Durant la même période, la part des dépenses de l'Etat en santé dans les dépenses totales de l'Etat sont passées de 10,4% à 14,5%. Ce qui a permis de réduire le poids des paiements directs des ménages dans la dépense totale de santé qui a chuté de 33,1% en 2001 à 13,7% en 2011.

La mise en place du RCU s'est accompagnée d'un certain nombre d'autres réformes sur les ressources humaines et l'offre de soins. Tout cela a conduit à une amélioration des indicateurs de santé d'une manière très significative. La Thaïlande a ainsi réduit la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile entre 2000 et 2010 de respectivement 27% (66 / 100.000 NV Versus 48 / 100.000 NV) et 32% (19‰ Versus 13‰).

Sources :

- Banque Mondiale, Base de Données sur les Indicateurs de Développement : http://data.worldbank.org/indicator/
- National Health Security Office web site : http://www.nhso.go.th/eng/Site/Default.aspx
- OMS NHA web site : www.who.nha/en
- OMS (2010), Rapport de la Santé dans le Monde
- OMS, UNICEF, UNFPA et BM (2012), Trends in Maternal Mortality : 1990-2010
- Thaworn Sakunphanit and Worawet Suwanrada (2011), « Thaïlande : Le Régime de Couverture Universelle »

d. Négligence de la composante « offre »

Bien définies et bien mises en œuvre, les réformes systémiques qui prennent en considération toutes les composantes du système de santé ont un impact positif et durable sur le niveau de santé de la population et sa protection contre les chocs financiers liés à la maladie (OMS, 2010). Les réformes à succès relatées dans les sections 4.2.1 à 4.2.5 ont des composantes relatives aussi bien à la demande qu'à l'offre.

Par contre les réformes qui se sont attaquées plutôt à la demande en négligeant l'offre n'ont eu qu'un impact mitigé. A titre d'exemple, les pays qui ont mis en place des programmes de transferts conditionnés en espèces (Conditional Cash Transfers) sans réforme sérieuse de l'offre, ont certes permis à leur population (ciblée) d'accroître l'utilisation des services, mais ceci ne s'est pas accompagné de grand impact sur les résultats de santé (réduction significative de la mortalité) (Ariel Fiszbein et al. 2009).

e. Fragmentation

Les évaluations les plus récentes (McIntyre et al. 2013) montrent que les pays qui ont opté dès le début de la réforme pour une vision systémique ayant une portée universelle ont mieux réussi leurs réformes de financement de la santé. Ces pays, comme la Thaïlande ou la Turquie que l'on a vues plus haut, ont expressément affiché leur intention depuis le départ de se diriger vers une couverture universelle de santé (et ont mis les moyens pour y arriver). Depuis le départ, ils n'ont pas essayé de multiplier les régimes et de balkaniser le système de santé. En effet, la fragmentation est porteuse de coûts de transaction élevés et ne favorise pas forcément les catégories de population qui ont le plus besoin d'être couvertes par des régimes de protection sociale en santé (comme par exemple les actifs du secteur informel et les ruraux).

Conclusion du chapitre 4 :

Les expériences internationales montrent que la prise en considération de quelques facteurs positifs comme des prises de décision fondées sur des bases factuelles, une bonne volonté politique, une prise en compte de la composante « offre », des arrangements institutionnels efficients, une mobilisation de ressources financières adéquates… sont des gages pour des réformes du financement de la santé réussies.

Certains facteurs positifs existent au Burundi et d'autres font défaut (voir tableau de synthèse ci-après). Si la volonté politique est grande pour faire avancer l'agenda du financement de la santé, il n'en demeure pas moins que cette volonté se fait, quelques fois, au détriment de deux facteurs importants : un processus progressif et des bases factuelles pour la prise de décision. Ceci est manifeste pour le nouveau régime de la CAM ; alors qu'à l'inverse le programme Gratuité-FBP a été mis en place progressivement avec un appui sur des bases factuelles.

Cette grande volonté politique du Burundi ne se concrétise pas toujours par une mobilisation des ressources financières à la hauteur de ces ambitions politiques. Certes, les contraintes macro-économiques sont réelles. Toutefois, le chapitre 2 montre que l'espace fiscal pour le secteur de la santé pourrait être élargi au profit de réformes efficientes. En outre, la mobilisation de ressources financières auprès de partenaires internationaux exige une communication continue avec eux et une coordination permanente. Le sous-chapitre sur l'économie politique montre que ces partenaires sont importants dans le cadre du financement des programmes de santé. La question qui est intéressante ici est « pourquoi ces partenaires s'intéresseraient-ils à certains programmes et pas à d'autres ? ». Une partie de la réponse se trouve au paragraphe précédent : l'absence de bases factuelles dans la prise de décision. Une autre se trouve dans la section 4.1.1.3 : les programmes non soutenus par les PTF se caractérisent par l'absence de critères objectifs et pertinents d'allocation budgétaire. Enfin, le reste de la réponse se trouve dans les chapitres 2 et 3 : arrangements institutionnels non efficients, non séparation des fonctions, absence d'études actuarielles, faiblesse des mécanismes de mise en œuvre...

Par ailleurs, un des facteurs de succès des réformes du financement est la prise en considération de l'offre. Cette composante est un élément essentiel du système de santé souvent négligé dans des mesures qui touchent à la demande. Au Burundi, la mise en place d'un programme combinant offre et demande (FBP-Gratuité) est un atout pour le système de santé à condition de prendre en considération les faiblesses mises en exergue dans les chapitres précédents.

L'expérience internationale montre également qu'une condition (nécessaire mais insuffisante) de succès des réformes du financement de la santé est le fait d'inscrire cette réforme, dès le départ,

sous le parapluie de la couverture de santé universelle car elle permet d'éviter ou du moins d'atténuer considérablement la fragmentation et l'absence de cohérence du système de santé. Au Burundi, l'absence d'une stratégie de financement de la santé est certes une faiblesse, mais elle pourrait aussi être considérée comme une bonne opportunité pour se diriger vers un objectif opérationnel de « couverture universelle ».

Tableau n° 20: Synthèse des éléments de succès (de l'expérience internationale) et situation au Burundi

Eléments de succès	***Situation au Burundi***	***Recommandations***
Une grande volonté politique	Cette volonté est claire au Burundi	
Des moyens mobilisés à hauteur des ambitions affichées	Si le Gouvernement arrive à mobiliser des enveloppes assez conséquentes (même s'elles restent insuffisantes) pour la MFP et le FBP-Gratuité, le reste des régimes de financement demeurent largement sous-financé	Le Gouvernement devrait étudier plus en détail l'espace fiscal dédié à la santé en vue de mettre en place des actions pour son élargissement (voir les détails dans la section 2.6).
Un processus progressif couplé à une vélocité d'action	En général, l'action du Gouvernement et de l'Administration au Burundi restent assez rapide dans le domaine du financement de la santé. Toutefois, l'aspect « mise en œuvre progressive » n'est pas toujours suivi	Le Gouvernement devrait s'inspirer de ses propres réussites. La mise en œuvre progressive du FBP-Gratuité a permis de mettre en place un programme important qui, en dépit de quelques insuffisances, a donné de bons résultats. Si, par exemple, la refonte de la CAM et l'amélioration de la prise en charge des indigents sont inclues dans la nouvelle stratégie de financement de la santé, elles devraient être testées et mises en place progressivement
Un souci d'harmonisation et/ou de coordination tout en essayant de minimiser la fragmentation	La fragmentation du financement de la santé au Burundi est assez élevée alors qu'une très grande frange de la population n'est encore couverte par aucun régime de prépaiement	La préparation d'une nouvelle stratégie de financement de la santé est une opportunité réelle pour réduire la fragmentation (en intégrant éventuellement des régimes existants) tout en amélioration l'architecture institutionnelle des régimes à proposer. Ce serait également une grande opportunité pour partir d'une vision qui privilégie « la couverture sanitaire universelle » (CSU)
Des réformes qui s'attaquent aussi bien	Si le FBP-Gratuité est un programme qui intéresse les deux dimensions	La CSU serait un excellent objectif opérationnel car elle permet de s'attaquer

Eléments de succès	*Situation au Burundi*	*Recommandations*
à la demande qu'à l'offre de services de santé	(offre et demande), il demeure très insuffisant face aux besoins d'amélioration de l'offre de services de santé aussi bien quantitativement que qualitativement	aussi bien à la demande qu'à l'offre (amélioration quantitative et qualitative des prestations de santé, mais aussi lutte contre les facteurs de risques)

V. Options pour une nouvelle stratégie de financement

Avant de relater les options de financement (section 5.2), ce chapitre résume dans une première section (5.1) les principaux constats. Il suggère également un ensemble de recommandations potentiellement utiles à la définition d'une nouvelle stratégie de financement et sa mise en œuvre (section 5.3).

5.1. Principaux constats

Les progrès réalisés par le pays dans le domaine du financement de la santé et l'accès financier aux services de santé sont indéniables. Entre 2009 et 2012, l'équité du niveau de santé et d'accès et d'utilisation des services de santé a été substantiellement améliorée. En outre, le pourcentage des personnes qui renoncent aux soins pour des raisons financières est passé de 52,9% à 36,9% (PMS 1 et 2) durant cette même période. Ceci n'a été possible sans les efforts déployés pour couvrir une bonne partie de la population par divers régimes de protection sociale en santé (Gratuité, MFP, MCS, CAM, régime des indigents, assurances privées…) et des programmes de santé publique. Cependant, cette évolution positive n'est pas suffisante car ce pourcentage demeure élevé (37%).

Le financement de la santé au Burundi fait face à d'énormes défis que l'on pourrait résumer comme suit :

- Le niveau de ce financement est assez élevé en tant que pourcentage du PIB. Toutefois, il connaît un déclin depuis 2011. De plus, son niveau nominal (26 US$) reste insuffisant pour atteindre le minimum requis en vue d'atteindre un niveau assez élevé de couverture sanitaire universelle.
- L'analyse de l'espace fiscal a montré que la marge de manœuvre du Gouvernement pour étendre l'espace fiscal de la santé n'est pas très grande mais elle est réelle et assez importante pour permettre au secteur de financer un élargissement du spectre de la protection sociale en santé et d'aller vers un niveau assez élevé de la couverture sanitaire universelle.
- L'élargissement de l'espace fiscal passe aussi par une amélioration de l'efficience de ce financement. En effet :

  - La part hypertrophiée de l'administration dans les dépenses totales de santé est signe d'inefficience. Cette part est plus élevée que celle des hôpitaux et des prestataires de soins ambulatoires.

  - Les prestataires de soins ambulatoires, particulièrement les centres de santé, bénéficient de moins de 17% des dépenses totales du système de santé. En raison de leur importance dans le système grâce à leur localisation, leurs services de proximité et leur caractère pro-pauvres, cette allocation parait bien faible.

  - Si le système de santé au Burundi est efficient lorsqu'il s'agit de santé infantile, d'indicateurs d'utilisation des services de santé, il demeure moins efficient dans le domaine de la lutte contre la surmortalité maternelle (très probablement en raison d'une qualité modeste des services de suivi de la grossesse et de l'accouchement) et pour des indicateurs liés à des programmes un peu négligés ou mal soutenus comme la lutte contre la malnutrition.

- Les progrès réalisés dans le domaine de l'équité ne doivent pas occulter les défis qui restent à relever. Ces défis sont relatifs aux grandes disparités entre le milieu urbain et rural et aux inégalités interrégionales. Dans ce contexte, la concentration de soins tertiaires et de

prestataires privés à Bujumbura ne permet pas à la population d'accéder aux soins de qualité. A titre illustratif, si d'une manière générale, les femmes pauvres ont à peu près le même accès aux soins prénataux que les autres catégories de la population, leur accès à ces mêmes soins complets reste limité contrairement aux femmes à Bujumbura et celles qui appartiennent aux couches les plus aisées.

- Compte tenu des estimations (quelques fois grossières) du nombre de bénéficiaires et des doublons, on pourrait estimer approximativement que près de la moitié de la population au Burundi est couverte au moins par un régime assurantiel. L'ensemble de ces régimes ne contribue qu'à hauteur de 17,1% au financement du système de santé en 2012. S'il est vrai qu'une portion importante de la population n'est toujours pas couverte , toutefois, force est de reconnaitre que, pour un pays comme le Burundi qui vient de sortir d'une grande crise interne et qui est en train de faire face à une situation macro-économique assez défavorable, les réalisations du pays dans le domaine de la couverture de sa population contre le risque maladie ne sont pas négligeables.
- Le financement des mécanismes assurantiels au Burundi est fragmenté, non coordonné, conduisant à des superpositions autant qu'à des fossés de couverture (populations non couvertes ou couvertures partielles ou « restes à charge » très variables indépendamment des capacités contributives des bénéficiaires). Ceci induit des surcoûts de transaction. La section sur l'efficience allocative montre que 20% des dépenses courantes de santé vont aux prestataires des services administratifs (santé et assurance maladie) contre 16% pour les prestataires de soins ambulatoires dont la majorité est constituée de CDS qui sont pro-pauvres.
- Le sous-financement des mécanismes de protection sociale en santé (à part peut-être la MFP) est flagrant. Au-delà des déficits chroniques et alarmants, il est important de noter le décalage entre, d'une part, le taux de couverture (approximatif) de la population par ces régimes qui est grossièrement estimé à près de 50%, et d'autre part, le poids de ces mécanismes dans la dépense courante totale de santé qui est de 17,1%.
- Les arrangements institutionnels de ces mécanismes sont souvent faibles ou ne respectent pas le principe de séparation des fonctions (à l'exception des assureurs privés).
- Il est difficile de dire avec une certaine confiance quelle est exactement la couverture globale de la population burundaise par l'ensemble de ces mécanismes. La principale raison est liée à un système d'information incomplet : les statistiques manquent ou sont incomplètes ou à épurer de très probables doubles comptabilités.

  La reddition de comptes fait également défaut pour les régimes publics ou semi-publics, à l'exception de ceux qui utilisent le FBP comme moyen de gestion des factures de soins (CAM et Gratuité). Même la MFP qui constitue aujourd'hui le plus ancien des mécanismes d'assurance maladie au Burundi et qui dispose de moyens assez importants (560 employés et des ressources financières assez conséquentes), ses comptes n'ont pas été audités ni certifiés depuis 2004. Quant au régime des indigents, les arrangements institutionnels confus ne permettent pas de savoir quel est le nombre de bénéficiaires de ce mécanisme.

  Enfin l'absence d'outils de gestion pour la MFP et de manuels des procédures pour la mise en œuvre de la CAM et celle de la prise en charge des indigents constitue un autre défi auquel sont confrontés une bonne partie des mécanismes assurantiels au Burundi.

- Les expériences internationales montrent que la prise en considération de quelques facteurs positifs comme des prises de décision fondées sur des bases factuelles, une bonne volonté politique, prise en compte de la composante « offre », des arrangements institutionnels

efficients, une mobilisation de ressources financières adéquates… sont des gages pour des réformes réussies du financement de la santé. Certains facteurs positifs existent au Burundi et d'autres font défaut. Si la volonté politique est grande pour faire avancer l'agenda du financement de la santé, il n'en demeure pas moins que cette volonté se fait, quelques fois, au détriment de deux facteurs importants : un processus progressif et des bases factuelles pour la prise de décision.

Cette grande volonté politique au Burundi ne se concrétise pas toujours par une mobilisation des ressources financières à la hauteur de ces ambitions politiques (même si une amélioration est constatée pour cette année fiscale).

Par ailleurs, un des facteurs de succès des réformes du financement est la prise en considération de l'offre. Cette composante est un élément essentiel du système de santé souvent négligé dans des mesures qui touchent à la demande. Au Burundi, la mise en place d'un programme combinant offre et demande (FBP-Gratuité) est un atout pour le système de santé à condition de prendre en considération les faiblesses mises en exergue dans les chapitres précédents.

L'expérience internationale montre également qu'une condition (nécessaire mais insuffisante) de succès des réformes du financement de la santé est le fait d'inscrire cette réforme, dès le départ, sous le parapluie de la couverture de santé universelle car elle permet d'éviter ou du moins d'atténuer considérablement la fragmentation et l'absence de cohérence du système de santé. Au Burundi, l'absence d'une stratégie de financement de la santé est certes une faiblesse, mais elle pourrait facilement se transformer en une bonne opportunité pour se diriger vers un objectif opérationnel de « couverture universelle ».

5.2. Options pour la stratégie de financement de la santé

Comme le montre l'expérience internationale (chapitre 4), un des éléments de succès des réformes de financement est sans doute le fait de les inscrire dans le cadre d'une vision large ciblant ce que l'on appelle la couverture médicale universelle (protection contre le risque maladie destinée à toute la population). Mieux, si ces stratégies s'attaquent à l'offre et à la demande (couverture sanitaire universelle[71]), comme c'est le cas de la Turquie, Mexique… (chapitre 4, section 4.2), les performances atteintes sont encore plus importantes.

Au Burundi, le gouvernement s'est engagé dans une voie qui doit aboutir à la CMU. Il est établi dans la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS adoptée au Conseil des Ministres du 6-7 avril 2011) que « en vue de répondre à ce défi de la protection sociale de la santé accessible au plus grand nombre, le Gouvernement du Burundi a notamment mis à l'étude un processus d'élaboration d'une assurance maladie universelle pour le secteur de l'économie informelle et le secteur rural qui tiendra compte de l'existant et de ce qu'il conviendra de faire pour améliorer la situation actuelle. ». Le lancement de la CAM rénovée a répondu à cet appel. Le document de PNPS demandait aussi que les modalités à appliquer soit « déterminées en mesurant précisément les financements à mobiliser ainsi que l'évolution des charges supplémentaires qu'il sera nécessaire de couvrir par le budget de l'Etat » afin d'éviter que « l'atteinte des objectifs de

[71] La différence entre « Couverture Médicale Universelle » (CMU) et « Couverture Sanitaire Universelle » (CSU) est la suivante : la CMU, qui ne concerne que la partie protection sociale en santé (couverture contre le risque maladie et de la Maternité essentiellement), est une composante essentielle de la CSU qui inclut en plus la disponibilité effective de soins de qualité et la lutte contre les comportements à risque pour la santé.

protection sociale de la santé qui auront été fixés ne soit remise en cause par des problèmes de mobilisation des ressources ou ne mette en péril le système de santé lui-même en raison d'un sous-financement des coûts liés à l'augmentation prévisionnelle des charges induites par l'amélioration des performances d'utilisation des services de santé qui en résultera. »

Parallèlement le PNDS 2011-2015 a retenu, parmi les plus importants défis à relever, « l'accès universel aux soins et services par la promotion des mutuelles communautaires. » Ceci a conduit à l'identification, dans l'axe stratégique n°6 (Augmentation du financement du secteur santé et amélioration de son utilisation), d'une action (6.2.2) visant à renforcer les mutuelles de santé communautaires et à atteindre les taux de couverture de l'ensemble de la population burundaise selon la progression suivante : 20% en 2012, 40% en 2013, 50% en 2014 et 70% en 2015. Il est clair que le niveau du taux estimé actuel (à peine 2% en 2012-2013) ne permet pas d'envisager d'atteindre ces niveaux de couverture dans les temps impartis. La CAM demeurera donc, au moins à moyen terme, l'instrument de couverture de la population burundaise le plus important, en particulier pour le secteur informel et rural.

Malheureusement, pour le moment, les ressources attribuées à la CAM et à la prise en charge des indigents manquent cruellement. La situation financière des hôpitaux et les pénuries de médicaments illustrent ces carences. Parallèlement, l'objectif de faire adhérer les indigents et les personnes vulnérables aux systèmes d'assurance maladie à mettre en place, conformément aux objectifs de court terme de la PNPS, semble difficile à atteindre en l'absence de ressources financières plus importantes.

Pour le secteur privé, l'objectif fixé par la PNPS à court terme est la « mise en œuvre d'un système d'assurance-maladie. »

Au travers de cette revue très rapide des documents stratégiques, la vision parait aussi conflictuelle (CAM et Mutuelles) qu'ambitieuse.

Les faiblesses, dysfonctionnements et défis des régimes existants (chapitre 3) militent pour une nouvelle vision qui devrait cibler un financement de la santé cohérent, efficient, équitable et pérenne. C'est ce que le Gouvernement souhaite entreprendre en utilisant cette étude comme une base de travail.

Avec d'autres départements ministériels et avec ses partenaires techniques et financiers, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, a constitué un Comité de Pilotage qui inclut également la société civile. Ce Comité s'est appuyé sur les acquis du système de santé et a utilisé l'analyse de situation décrite dans ce document ainsi que des documents officiels stratégiques sur la protection sociale pour valider quatre (4) options stratégiques concernant la protection sociale en santé.

Avant de décrire les options validées par le Comité de Pilotage dans le cadre de cette étude, un certain nombre d'hypothèses sont posées. Parmi les plus importantes, on peut citer :

- En dépit de son coût (plus de 50 milliards de FBu en 2013), le programme Gratuité-FBP sera sans doute maintenu à long terme en raison de sa charge politique et du rôle positif du « FBP » dans l'amélioration de la production et de la qualité des soins.
- Bien qu'étant prévue pour être transitoire, la CAM est devenue et va très certainement demeurer parmi les instruments de financement de l'accès aux services de santé les plus importants du pays pour longtemps, particulièrement après l'annonce par le Gouvernement de changements importants (augmentation du tarif de la carte de 3000 FBu à 6000 FBu et réduction de la cible au couche pauvre du secteur informel et rural) et surtout la mobilisation

très importante (quadruplement) de fonds gouvernementaux durant l'année fiscale en cours (2014).

- Le Gouvernement a déjà affiché clairement sa volonté d'aller vers une couverture sanitaire universelle (CSU).
- Cette vision qui doit être le résultat de concertation avec toutes les parties prenantes, exigera du temps, des bases factuelles, un renforcement institutionnel, un arsenal juridique adéquat et des ressources financières suffisantes.
- Elle exigera également une mise en œuvre progressive. La couverture sanitaire universelle (CSU) devrait être considérée comme un objectif conducteur dans le temps.
- Le présent document ne propose pas de stratégie de financement de la santé. Il se contente de décrire l'état des lieux et suggère des options de politiques de financement non encore détaillées. Ce n'est qu'une fois le consensus est obtenu autour d'une ou plusieurs options que la stratégie pourrait détailler ses prérequis, caractéristiques, scénarios, coûts, risques, modalités de mise en œuvre…

Les options possibles (et validées par le Comité de Pilotage)

Quatre possibilités sont proposées :

Option 1 : CSU avec maintien des régimes actuels et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans ce premier cas, le système de santé devrait s'attaquer aussi bien (i) à la demande (ii) qu'à l'offre de soins et (iii) à la prévention sanitaire collective. Une CSU ne pourrait se faire sans s'attaquer de front à ces trois problématiques. Cette sous-section s'intéresse uniquement à l'aspect « demande ». Les deux autres aspects (soins et prévention) seront abordés dans la sous-section suivante sur les recommandations.

L'option 1 privilégie un maintien des régimes actuel avec quelques ajustements, corrections et améliorations (voir ci-dessous). Il s'agit également de mettre en place une assurance maladie obligatoire (AMO) pour le secteur formel.

Les dispositifs actuels, leurs objectifs et leurs caractéristiques sont en général maintenus avec quelques améliorations :

- La CAM viserait les couches pauvres du secteur informel et rural.
- Les modalités définies pour la prise en charge des indigents via le Ministère de la Solidarité Nationale se chargent des plus pauvres (au moins 10% de la population).
- La MFP continue de couvrir les agents de l'Etat, les FDN, la PNB, un certain nombre de catégories parapubliques et les étudiants.
- Provisoirement (en attendant la mise en place de l'AMO), le secteur privé formel continue d'être couvert par les assureurs privés, la micro-assurance (pour les TPE et PME), et les programmes des entreprises qui souhaitent continuer de prendre en charge directement leurs employés ou alors le secteur des entreprises organise son propre mécanisme d'assurance maladie comme c'est envisagé. Une fois l'AMO est mise en œuvre, ces programmes pourraient jouer un rôle complémentaire.
- Le programme de Gratuité-FBP continue de couvrir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.
- Dans cette optique, les mutuelles communautaires de santé (MCS), jouerait un rôle complémentaire par rapport à la CAM (personnes non couvertes, services non pris en charge…).

- Une AMO destinée au secteur privé formel sera mise en place.

Quels sont dans ce cas les ajustements à opérer ?

Premièrement, dans le secteur formel, il est envisageable de mettre en œuvre une assurance maladie obligatoire (AMO) qui concernerait l'ensemble des entreprises du secteur formel (et mettrait fin aux programmes particuliers de type « bons de soins »), ce qui augmenterait l'attractivité du secteur pour les opérateurs d'assurances et augmenterait aussi la base financière de la couverture du risque maladie. La mise en place de ce régime doit être préparée minutieusement en termes d'arrangements institutionnels (tutelle, gestion par l'INSS ?), de financement… la précipitation étant l'ennemi de l'assurance maladie.

Deuxièmement, le régime CAM doit être revu en vue d'opérer un sérieux changement dans les arrangements institutionnels. Le but est de séparer les fonctions pour une meilleure gouvernance du programme. Ses modalités de financement devraient également être revues (au-delà des changements concernant la contribution) afin de lui garantir une certaine pérennité. De même la CAM devrait évoluer vers une Carte d'assurance (au lieu de carte d'assistance) avec un subventionnement du Gouvernement et de ses PTF au profit des couches pauvres.

Troisièmement, le financement de la couverture pour les indigents pourrait aussi faire l'objet d'un aménagement en vue de créer un fonds de solidarité (qui pourrait s'intituler : AGMN – Amagara Gufatana Mu Nda) qui serait alimenté principalement par le budget de l'Etat, les administrations communales et les PTF. Il s'agit aussi de mettre en place de nouveaux critères d'éligibilité standardisés, pertinents et équitables ainsi qu'une nouvelle procédure d'identification à double paliers (niveau communautaire et grille d'identification scientifique et légère gérée par des commissions mixtes).

Quatrièmement, la MFP se dote d'outils modernes de management et d'un arsenal juridique mis à jour et en adéquation avec la configuration actuelle du système de santé au Burundi.

Enfin, le programme de Gratuité-FBP devrait être ajusté en fonction de la couverture de la population ciblée (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans) par les autres régimes. L'étude de sa pérennité devrait également être menée pour lui assurer un fonctionnement sans à-coups.

Option 2 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, une CAM élargie et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans cette alternative, la mise en place de la CSU se ferait en deux étapes :

1ère étape :

Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'option 1 (ajustements concernant la CAM, le régime des indigents/AGMN, la Gratuité et la MFP). Toutefois, la mise en place d'une AMO pour le secteur privé formel sera différée pour prendre en considération l'élargissement et l'unification de la couverture médicale de tout le secteur formel (privé et public). La première phase servira comme une période préparatoire à l'AMO.

Seconde étape :

Durant cette deuxième phase, seraient introduits progressivement les changements suivants :

- Une fusion entre la CAM et le régime des indigents. Même s'il y a cette fusion, le régime des indigents sera toujours financé par le fonds AGMN. Les indigents bénéficiaires auront les mêmes droits que les adhérents au mécanisme CAM à la seule différence qu'ils ne paient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur (pas de co-paiement). Les mutuelles peuvent servir de gestionnaire délégué de la CAM au niveau communal. Ceci aura l'avantage de mieux cibler les indigents ainsi que les personnes pauvres qui seront éligibles à une subvention partielle. De même les mutuelles pourront aider à collecter les cotisations plus facilement étant issues de la communauté.
- Une fusion entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel. Ceci permettrait de créer une base de couverture plus large en vue de réduire les coûts de transaction et d'atténuer le poids du coût relatif de l'aléa moral lié aux « petits nombres ». Dans ce cas, des changements institutionnels importants seront nécessaires (par exemple la mutation de la MFP en un organisme public chargé de la gestion de l'AMO ou création d'un organisme nouveau qui serait l'organe de régulation et contractualiserait avec la MFP et ses antennes pour la gestion de l'achat des services de soins pour les bénéficiaires de l'AMO).
- En résumé : en plus de la Gratuité-FBP et quelques régimes complémentaires comme les MCS, le secteur formel serait couvert par un organe et un régime et le secteur informel et rural (y compris les indigents) sera également couvert par un régime unique. Dans ces conditions, il serait probablement opportun de créer un mécanisme national de péréquation entre tous les régimes en vue de garantir une solidarité institutionnalisée élargie. Ce mécanisme doit être aussi bien souple que diligent.

Option 3 : CSU avec deux phases de mise en œuvre, des mutuelles communautaires de santé (MCS) élargies et mise en place d'une assurance maladie obligatoire

Dans ce scénario, la mise en place de la CSU se ferait également en deux phases :

1ère étape :

Une période de 3-4 ans (2014-2017) serait nécessaire pour opérer des améliorations sur les mécanismes actuels (mais aussi sur la disponibilité de soins de qualité). Cette première phase est presque similaire à l'étape 1 de l'option 2 ci-dessus à l'exception de la CAM.

Le scénario ici est différent par le fait que le passage à l'échelle pour la couverture maladie du secteur informel et rural devrait se faire par le biais des MCS durant la seconde phase (voir ci-dessous). Pendant cette première étape, il s'agit de préparer le système à absorber progressivement cette mutation avec un transfert, à long terme, de fonds et de responsabilité de la CAM vers les MCS.

Seconde étape :

Durant cette deuxième phase, seraient introduits progressivement les changements suivants :

- Une fusion entre les régimes d'assurance maladie du secteur formel comme expliqué dans l'option 2.
- Elargissement du champ de couverture des MCS en s'inspirant du modèle Rwandais (voir Encadré 4.1, Section 4.2) avec des regroupements au niveau provincial et un regroupement unique au niveau national. Ce triple palier : communautaire, provincial et national, prendrait en charge les bénéficiaires de ce régime à différents niveaux de la pyramide de soins (primaire, secondaire et tertiaire). Cette option ne pourrait être

soutenable sans un double appui technique et financier de l'Etat et des PTF. Quant à la question de l'obligation d'adhésion, elle reste à discuter.

- Quant au régime des indigents : deux scénarios demeureraient plausibles. Le premier, serait une fusion avec les MCS (là aussi les indigents bénéficiaires auraient les mêmes droits que les adhérents aux MCS à la seule différence qu'ils ne paieraient ni pour l'obtention de la carte ni pour le ticket modérateur). Le financement serait toujours assuré par le Fonds AGMN. Le second scénario est que le régime des indigents reste complètement autonome, donc un programme complètement à part.
- En résumé : en plus de la Gratuité-FBP et du Fonds de solidarité pour les indigents (AGMN), le secteur formel serait couvert par un organe et un régime (AMO) tandis que le secteur informel et rural (avec ou hors indigents) serait couvert par un régime également unique (MCS). Dans ces conditions, il serait opportun aussi de créer un mécanisme national de péréquation (financement croisé) entre tous les régimes.

Option 4 : CSU avec deux phases de mise en œuvre et mise en place d'un régime unique de protection sociale en santé

A la différence des options 2 et 3, cette dernière alternative propose de mettre en place la CSU en trois étapes :

1ère étape : étape préparatoire

Une période de 3 ans (2014-2016) serait nécessaire pour ajuster légèrement ce qui pourrait être améliorable sans aucun changement radical du système de protection sociale en santé.

Ce serait surtout une phase importante et préparatoire au passage au régime unique à la Ghanéenne (où un seul régime le National Health Insurance Scheme-NHIS couvre toutes les catégories des assurés, y compris les bénéficiaires de la Gratuité et du programme d'indigence… ; voir Encadré 4.2, Section 4.2). Ce régime couvrirait, à très long terme, toute la population du Burundi, c'est-à-dire : indigents, secteur formel, secteur informel, femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans.

Cette phase préparatoire exige un certain nombre d'études à effectuer en vue de déterminer quelles seraient les coûts, les arrangements institutionnels, les sources de financement, les prestations à couvrir, les besoins en termes de compétences et de renforcement des capacités institutionnelles…

Deuxième étape : expérience pilote

Durant cette seconde phase (2016-2018), une expérience pilote, dans 2 ou 3 provinces, pourrait être mise en place pour tester ce mécanisme unique de protection sociale en santé. L'expérience pourrait être accompagnée d'une étude d'évaluation d'impact pour un passage à l'échelle fondé sur des bases factuelles si bien évidemment les résultats sont assez concluants.

Troisième étape : généralisation

A l'issue de l'expérience pilote (2018-2019) et en fonction des conclusions de l'étude d'impact, les modalités pratiques de passage à l'échelle seraient définies puis mises en œuvre.

Cette dernière option est sans doute techniquement, institutionnellement et politiquement la plus difficile à mettre en place. Toutefois, elle présente l'avantage de la simplicité, de la cohérence, de la solidarité très élargie et de la réduction des coûts de transaction.

Tableau n° 21: Synthèse des options stratégiques proposées et validées par le Comité de Pilotage, ainsi que les raisons qui les justifient

Options stratégiques	Caractéristiques	Justifications
Option 1	- Objectif suprême : CSU (point commun à toutes les options) - Améliorer les régimes existants (particulièrement la CAM et le régime des Indigents) - Mettre en place une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel	Option n'exigeant pas de grands bouleversements dans le système. Plus facile à mettre en œuvre et moins coûteuse par rapport aux autres.
Option 2	- CSU - Etendre la couverture par le biais de la CAM revue et améliorée - Mettre en place une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel	- Se fonder sur les acquis rapides de la CAM en termes de rapidité de l'extension de la couverture - Aller vers deux grands régimes au lieu de plusieurs : une CAM élargie et améliorée pour le secteur rural et informel ainsi que pour les indigents ; et un régime couvrant le secteur formel
Option 3	- CSU - Etendre la couverture par le biais des mutuelles communautaires de santé - Mettre en place une assurance maladie obligatoire pour le secteur formel	Même logique que l'option 2 avec une substitution de la CAM par les mutuelles communautaires de santé avec une inspiration de l'expérience rwandaise (cette option a été privilégiée dans le PNDS et la politique nationale de protection sociale)
Option 4	- CSU - Un régime unique de protection sociale en santé	Option (aux antipodes de l'option 1) privilégiant la simplicité, la cohésion et la baisse aussi bien de la fragmentation que des coûts de transaction

Décisions prises :

Ces options ont été discutées dans le cadre d'un ***atelier national de consensus*** qui a eu lieu le 29 avril 2014 à Bujumbura où tous les détenteurs d'enjeux ont participé. A l'issue des débats un consensus s'est dégagé en faveur des options 2 et 3 ou une combinaison de ces deux options.

Ce choix sera utilisé par le Comité Intersectoriel qui travaille actuellement sur l'élaboration de la stratégie de financement de la santé. Ce comité respectera le choix de l'atelier de consensus et s'appuiera sur le diagnostic de cette étude en vue de proposer une stratégie cohérente, pérenne, équitable et efficiente.

Recommandations

Les options très succinctement décrites ci-dessus nécessitent un certain nombre de prérequis et de mesures d'accompagnement (allant au-delà de l'aspect protection sociale en santé) qui seraient difficiles d'ignorer dans un objectif ambitieux de couverture sanitaire universelle. Ils sont synthétisés dans la sous-section suivante.

Ces recommandations concernent plusieurs niveaux. Elles sont succinctes mais plus développées dans le document de stratégie à venir. Elles portent aussi bien sur le processus de définition de la nouvelle stratégie de financement de la santé que sur d'importants prérequis et mesures d'accompagnement. L'objectif ici est de permettre la mise en place d'une stratégie de financement plus cohérente, efficiente, équitable et pérenne.

Un processus participatif et progressif :

La définition de cette nouvelle stratégie de financement de la santé et l'élaboration de son plan de mise en œuvre nécessiteront une concertation très large et un vaste processus participatif où toutes les parties prenantes pourraient participer. Un dialogue ouvert mais **fondé sur des bases factuelles** et enrichi d'apports techniques d'experts nationaux et internationaux reconnus serait un atout majeur pour la mise en place d'une telle stratégie.

Ce caractère participatif ne doit pas concerner seulement l'aspect consultatif avant la mise en œuvre, mais devrait toucher également les outils de mise en œuvre, particulièrement l'encadrement juridique du financement de la santé (exemple : Loi Cadre (Générale) sur la Couverture Sanitaire Universelle et de ses textes d'application).

Par ailleurs, il faudrait garder à l'esprit qu'une promptitude de l'action est très recommandée contrairement à une précipitation qui est, en général, contre-productive. Une démarche progressive de mise en œuvre serait mieux appropriée dans le cas de mise en œuvre d'une ambitieuse nouvelle stratégie de financement de la santé.

Une nouvelle stratégie prenant en considération aussi bien la demande que l'offre de soins

Comme cela a été déjà mentionné, la Couverture Sanitaire Universelle ne signifie pas que l'on doit se concentrer uniquement sur les aspects de protection sociale en santé. En effet, même si la population est protégée contre le risque maladie, cette couverture serait inefficiente si les services de santé ne sont pas disponibles et/ou sont de mauvaise qualité. C'est pour cela, qu'il

serait important de prendre des mesures d'accompagnement dans ce sens et de les intégrer à la seconde phase du PNDS actuel et au-delà. Parmi ces mesures :

- Améliorer la disponibilité effective des médicaments (et dispositifs médicaux) et baisser leurs coûts car ce sont des facteurs primordiaux de la réticence des fournisseurs de soins comme des utilisateurs face à certaines des modalités de la prise en charge du coût de la santé au Burundi.
- Eviter le grand danger que représente le développement actuel du système de santé et des modalités de son financement qui favorise la mise en place d'un système « à deux vitesses », dans lequel les soins de meilleure qualité ne sont accessibles, dans les faits, qu'aux plus aisés ; les autres étant confinés à des soins de seconde zone, mal équipés, privés des ressources en quantité suffisante. Ceci a été illustré, entre autres, dans la section sur l'équité qui montre, par exemple, que les femmes enceintes riches et habitant dans les grandes villes, particulièrement à Bujumbura, qui bénéficient le plus de soins prénataux complets.
- Développer urgemment une politique des ressources humaines en vue de l'amélioration aussi bien de la qualité, de la quantité ainsi que la répartition du personnel sur tout le territoire, dans le cadre d'une déconcentration effective.
- Remédier à la situation de la gestion des hôpitaux (surtout nationaux) qui doit être professionnalisé au travers d'un programme d'amélioration des outils de gestion, de formation mais aussi de recrutement de véritables managers quand c'est possible.
- Adopter une politique plus agressive et multisectorielle de lutte contre les comportements à risque ayant des externalités négatives importantes (alcoolisme, addictions au tabac et aux drogues, accidents de circulation, pollution …).
- Définir et adopter une stratégie pour la mise en place d'une assurance qualité des soins de santé, aussi bien dans le secteur public que privé, et développer des systèmes d'accréditation et de certification. Cela est important aussi bien pour promouvoir la qualité des soins que pour l'élargissement du champ contractuel de l'assurance maladie à l'ensemble des prestataires de services de santé (qui devraient donc être soumis à des dispositions d'accréditation / certification et appuyés pour la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'assurance qualité).
- Reconfigurer les soins de santé, particulièrement les hôpitaux, à Bujumbura pour une utilisation optimale des potentialités des hôpitaux nationaux.
- Renforcer la stratégie du respect de l'échelonnement ou filière des soins.
- Renforcer des programmes de santé publique qui sont relativement négligés alors qu'ils ciblent des problèmes graves et très importants (exemple du programme de lutte contre la malnutrition).

Une meilleure répartition des moyens et des ressources entre les régions et les provinces

Les analyses du chapitre 2 ont illustré le fait que les inégalités intra-régionales ont été réduites significativement alors que les inégalités inter-régionales n'ont pas évolué positivement. Une des explications à cette problématique est l'absence d'une véritable politique équitable de répartition des moyens et des ressources (capacités litières, plateaux techniques, paramédicaux et médecins, allocations budgétaires…) entre les régions et les provinces. C'est pour cela qu'il serait opportun de définir une carte sanitaire et des plans d'extension de la couverture sanitaire efficients et équitables en vue de corriger progressivement les inégalités entre les régions. Il serait également nécessaire de développer un modèle de répartition budgétaire fondé sur des critères équitables et objectifs ayant pour but de répondre aux besoins plutôt qu'aux demandes et d'atténuer les rapports de force.

Une meilleure gouvernance du financement de la santé

Les chapitres 2, 3 et 4 montrent que des programmes assurantiels ou de protection sociale en santé comme le régime des indigents et surtout la CAM souffrent d'arrangements institutionnels inefficients. En effet, comme les fonctions ne sont pas séparées cela crée des dysfonctionnements et des confusions qui ne permettent pas à ces régimes d'être performants. C'est pour cela qu'il serait nécessaire d'adopter une nouvelle vision avec une meilleure répartition des fonctions entre les diverses institutions publiques et privées impliquées dans la gestion, le financement et la régulation de ces programmes.

L'achat stratégique au travers du FBP utilisé par la Gratuité et la CAM pourrait être une option pour généraliser le paiement des prestataires par le biais de ce mécanisme qui est améliorable mais qui a déjà fait ses preuves.

Elargissement de l'espace fiscal de la santé

Cet élargissement cible trois actions prioritaires :

Premièrement, selon les capacités économiques du pays, allouer une enveloppe additionnelle au secteur de la santé au travers, entre autres, de programmes de prépaiement rentrant dans une stratégie de couverture sanitaire universelle[72]. Ce financement additionnel serait important aussi bien pour la solvabilité des formations sanitaires (particulièrement les hôpitaux) et l'amélioration de leurs services que pour une amélioration de l'accès financier de la population à ces services.

Deuxièmement, une nouvelle stratégie nationale de financement de la santé cohérente, équitable, pérenne et efficiente, donnant la priorité à une couverture sanitaire universelle, serait un atout pour mobiliser des ressources extérieures.

Enfin, on ne pourrait maximiser l'impact d'une stratégie de couverture sanitaire universelle sans l'amélioration de l'efficience du système de santé. La marge de manœuvre est assez importante. Il est recommandé que le Gouvernement intègre cette dimension dans son plan d'action et particulièrement dans la revue du Plan National de Développement Sanitaire et la mise en œuvre de la seconde phase de ce Plan.

L'expérience internationale (chapitre 4) a montré que les réformes de santé qui ont le mieux réussi sont celles qui mobilisent les ressources financières nécessaires à leurs politiques ambitieuses. L'adéquation entre les objectifs et les ressources est une condition sine qua non de réussite.

Renforcement des capacités institutionnelles

La refonte du financement de la santé et de ses mécanismes assurantiels va induire des changements importants qui, à leur tour, vont exiger l'amélioration de l'existant et même un développement très conséquent du métier d'assurance maladie et d'assistance médicale en vue d'atteindre des degrés élevés de couverture sanitaire universelle. En effet, des activités stratégiques comme la « stratification de la population et la nécessité d'unifier et d'améliorer les critères et le processus d'identification des indigents », la « définition, élaboration et mise en application des outils modernes de gestion de l'assurance maladie et de l'assistance médicale »,

[72] Une partie pourrait être consacrée à l'accès financier et une autre dédiée à l'amélioration de la disponibilité effective des services de santé de qualité et à la lutte contre l'exposition aux risques préjudiciables à la santé.

l'unification de deux ou de plusieurs régimes, le passage à l'échelle… vont nécessiter un programme très ambitieux de renforcement des capacités institutionnelles (recrutement, formation, voyages d'étude et stages, accompagnement technique…). Cet aspect, souvent négligé lors de la planification des changements (à l'instar de l'arsenal juridique et du plan de mise en œuvre), doit être au centre des préoccupations opérationnelles futures en cas de refonte importante du financement de la santé.

Aller vers une politique d'achat stratégique

Le système de santé a amélioré son efficience mais ce progrès reste insuffisant (voir chapitre 2) face à de multiples goulots d'étranglement auxquels il fait face. En effet, les défis liés à la formation des professionnels de santé, à la politique de maintenance, à la disponibilité des médicaments et autres biens médicaux pour la population et les formations sanitaires qui les prennent en charge… exigent la définition de nouveaux arrangements contractuels fondés sur la performance. Le système de santé devrait exploiter son expérience du FBP pour passer à un modèle plus élargi où la contractualisation ne tournera plus seulement autour de la performance des formations sanitaires mais toucherait également la centrale d'achat des médicaments (CAMEBU), les écoles de formation paramédicale, l'administration d'encadrement (central et périphérique) et les programmes de santé publique.

Références bibliographiques

1. Appaix O. et al. (2013), Contribution au Chapitre III : Etude des mécanismes de financement de la santé au Burundi, Projet PAPSBU « Amagara Meza », Union Européenne, Novembre
2. Arhin DC (1994), The health card insurance scheme in Burundi : a social asset or a non viable venture? Social science and Medicine vol.39, N° 06, pp 861-870
3. Arrêté n°01/VP2/2012 du 25/01/2012 portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi
4. Assemblée Nationale. République du Burundi (2012), *Rapport d'enquête parlementaire sur les Prestations de la Mutuelle de la Fonction Publique*. Réalisé par : la Commission des Affaires Sociales, du Genre, du Rapatriement, de l'Egalité des chances et de la lutte contre le SIDA. Bujumbura, novembre
5. Assurance Jubilee (2013), Documents de vente de la police d'assurance maladie au Burundi
6. Banque Mondiale (2010): Plan Nacer: Health Insurance for the Poor in Argentina
7. Banque Mondiale (2012), Projet d'Appui au Développement du Secteur de la Santé Publique au Burundi – Fonds Additionnels (PADSS-FA)
8. Banque Mondiale (2013), Burundi : Revue de la Dépense Publique
9. Banque Mondiale (2014), Analyse de l'équité du système de santé au Burundi, non encore publié
10. Banque Mondiale (2014), rapport de suivi de l'activité économique 2014
11. Banque Mondiale : World Development Indicator : http://data.worldbank.org/indicator/
12. BIPE (2009), Comparaison des coûts de gestion des assureurs santé et de l'assurance maladie. Septembre
13. Bulletin Officiel du Burundi. N°9/80. Décret n°100/107 du 27 juin 1980 portant création et organisation d'une mutuelle de la Fonction Publique
14. Déclaration de consensus stratégique sur le financement de la gratuité et le financement basé sur la performance des 16 et 17 mars 2009
15. Décret No100/38 du 16 mars 2010 portant révision de subvention des soins aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées
16. Décret Présidentiel No100/136 du 16 juin 2006 portant subvention des soins aux enfants de moins de cinq et les accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées
17. Décret-Loi n°1/28 du 27 juin 1980 portant institution d'un régime d'assurance-maladie des agents publics et assimilés
18. Deloitte. (2012), Strategic Review of the National Hospital Insurance Fund - Kenya (p. 213). Nairobi. Retrieved from https://www.wbginvestmentclimate.org/advisory-services/health/upload/Strategic-review-of-the-NHIF-final.pdf
19. Derbile, E. K., & Geest, S. Van Der. (2013), Repackaging exemptions under National Health Insurance in Ghana: how can access to care for the poor be improved?. *Health policy and planning*, 28(October 2012), 586–595
20. *Document de politique nationale de protection sociale au Burundi*. Adopté par le Conseil des Ministres des 6-7 avril 2011

21. Jean Rirangira (2001), *Perspectives stratégiques pour une assurance maladie plus équitable au Burundi*. Mémoire de Mastère en Santé Publique. Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold. Anvers. Juin

22. FNUAP (ww.unfpa.org/sowmy/resources/.../fr_Burundi_SoWMy_Profile.pdf): Burundi country profile, http://www.statistiques-mondiales.com/burundi.htm

23. Fonds Monétaire International (2013), Burundi: 3ème revue au titre de la facilité élargie de crédit, Rapport numéro 13/288, Septembre

24. Ghana National Health Insurance Act (ACT650), 2003

25. Ghana National Health Insurance Act (ACT852), 2012

26. Ghana NHIA, Site Web de la National Health Insurance Authority, 2013, http://www.nhis.gov.gh

27. Gwatkin, D. R. (2000), Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 3–18

28. Gwatkin, D. R. (2012), Paying for health care: moving beyond the user-fee debate. *Lancet*. 380: 88-90

29. Heller P. (2006), The prospect of creating "fiscal space" for the health sector, Health Planning and Policy, 21 (2), 75-79

30. HERA (2013), *Rapport d'évaluation des mécanismes de financement de la santé au Burundi*. CSC BDI/292/2013. Octobre

31. ISTEEBU (2005), Enquête MICS

32. ISTEEBU (2006), Enquête QUIBB

33. ISTEEBU (2010), Enquête Démographique et de Santé

34. ISTEEBU (2010), Enquête PMS 2009

35. ISTEEBU (2010, Annuaire Statistique

36. ISTEEBU (2011) Annuaires Statistique 2010, Ministère de l'économie, de la planification et des finances, retrouvé à partir de http://www.isteebu.bi/index.php/publications/annuaires-statistiques

37. ISTEEBU (2011) Pauvreté multidimensionnelle au Burundi : analyse fondée sur les données du Recensement Général de la Population de 2008 et de l'enquête Quibb de 2006

38. ISTEEBU (2013), Enquête PMS 2012

39. Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B., & Tchicaya, A. (2000), L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. Tiers-Monde, 41(164), 903–925. Retrieved from http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_1293-8882_2000_num_41_164_1444

40. Kamwenubusa, T., Nicobaharaye, O., Nyonkuri, D., & Munyandekwe, O. (2011), Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi (p. 180). Brussels. Retrieved from http://www.solmond.be/IMG/pdf/Broch-WSM-Rwa-bu.pdf

41. Kelley, A. et al (à paraître), Une cartographie rapide des régimes de financement de la santé dans les pays d'Afrique Francophone – un projet de recherche collaborative

42. Knaul F.M. et al. (2012), « The quest for universal health coverage : achieving social protection for all in Mexico », The Lancet, August 16

43. Laurent Musango, OleDoetinchem, Guy Carrin (2009), *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle – Expérience du Rwanda*. Discussion paper numéro 1. Organisation Mondiale de la Santé, 2009.

44. Loi n°1-010 du 16 juin 1999 portant Code de la Sécurité Sociale.

45. Lu C., Chin B., Lewandowski JL., Basinga P., Hirschhorn LR. et al. (2012), "Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in its First Eight Years", PLoS ONE 7(6): e39282

46. Meessen B, Anthony M (Mai 2012), Mission d'appui à l'opérationnalisation de la carte d'assistance maladie au Burundi

47. MEMISA Belgique (2013), Identification et prise en charge des soins des indigents : expérience de MEMISA Belgique et de la Croix Rouge du Burundi dans les provinces de Muramvya et Muyinga, le cas de CDS Kimeza/DS Mukenke et la situation au ministère de la solidarité : restitution des résultats d'une mission d'échange d'expérience et propositions », Bujumbura

48. MFPDE (2013), Documents budgétaires sur les crédits et leur exécution

49. Ministère de la Santé (2013), Ghana National Health Accounts 2005 and 2010

50. Ministère de la Santé Turque, adresse web : http://www.saglik.gov.tr/EN/

51. Miriam Schneidman (2013), Background Note on the Plan Nacer

52. MSPLS (2010), Rapport d'évaluation du PNDS 2006-2010

53. MSPLS (2010), Rapport du PNILP

54. MSPLS (2011), Manuel des procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi, Version révisée, septembre

55. MSPLS (2011), Profile pharmaceutique du Burundi

56. MSPLS (2012), Annuaire Statistique

57. MSPLS (2012), Normes sanitaires pour la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 au Burundi

58. MSPLS (2012), Rapport annuel de mise en œuvre du FBP au Burundi, année 2011

59. MSPLS (2012), Rapport du PNSR

60. MSPLS (2013), Annuaire Statistique des données des centres de santé et des hôpitaux pour l'année 2012

61. MSPLS (2013), Rapport annuel de mise en œuvre du FBP au Burundi, année 2012

62. MSPLS (2014), Burundi : Comptes de la Santé 2010

63. MSPLS, OMS, UE, BM (2012), Revue conjointe du programme de Gratuité-FBP

64. MSPLS, Base de Données de la Gratuité-FBP au Burundi (www.fbpsanteburundi.bi)

65. Mumtaz, Z., Salway, S., Bhatti, A., & McIntyre, L. (2013), Addressing invisibility, inferiority, and powerlessness to achieve gains in maternal health for ultra-poor women. Lancet, 6736(13), 9–11. doi:10.1016/S0140-6736(13)61646-3

66. Mutuelle de la Fonction Publique (2012), *Rapport d'activités de la MFP, exercice 2011*. Bujumbura, septembre

67. National Health Security Office web site : http://www.nhso.go.th/eng/Site/Default.aspx

68. OMS (2010), Rapport de la Santé dans le Monde

69. OMS : Base de données CNS, adresse : www.who.nha/en

70. OMS, UNICEF, UNFPA et BM (2012), Trends in Maternal Mortality : 1990-2010

71. Ordonnance ministérielle conjointe No630/677 du 20/4/2010 portant modalités d'application du Décret No100/38 du 16 mars 2010 portant révision du Décret No100/136 du 16 juin 2006 portant subvention aux enfants de moins de 5 ans et des accouchements dans les structures de soins publiques et assimilées

72. Ordonnance ministérielle n°570/519 du 9 mai 2011 portant fixation des conditions requises pour l'agrément des mutuelles de santé au Burundi.

73. Ordonnance ministérielle n°630/712 du 3/10/2001 portant modification de l'ordonnance ministérielle n°630/173 du 23/5/1996 fixant les tarifs des actes médicaux, d'hospitalisation, des examens para-cliniques et des dispositifs médicaux dans les centres de soins publics autonomes et non autonomes

74. Organisation Mondiale de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales 2012

75. Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé au Burundi - PAMUSAB (2013), *Propositions d'une stratégie de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle au Burundi*. Bujumbura, septembre 2013

76. PNUD (2013), Rapport sur le Développement Humain

77. Rafael Cortez et al. (2012), World Bank HNP Discussion Paper – "Results Based Financing for Health in Argentina: The Plan Nacer Program

78. Reich M. R. & Balarajan Y. (2012), Political Economy Analysis for Food and Nutrition Security, World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, December, WDC

79. République du Burundi. Cabinet du Président. Loi n°1/05 du 10/09/2002 portant réforme du régime d'assurance-maladie-maternité des agents publics et assimilés.

80. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. Non daté.

81. Mutuelle de la Fonction Publique (2003), Nomenclature des actes médicaux, examens para-cliniques et soins de kiné-physiothérapie. Mai

82. Rifat Atun et al. (2013), Universal health coverage in Turkey : enhancement of equity, The Lancet, June 27

83. Rirangira J (2011) Perspectives stratégiques pour une assurance maladie plus équitable au Burundi. Mémoire de Maîtrise en Santé Publique, IMT, Anvers, Juin.

84. Schieber G. et al. (2012), Health Financing in Ghana

85. Sekabaraga C., Diop F. et Soucat A. (2011), "Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda", Health Policy and Planning

86. Site Web officiel seguro popular (Mexique): www.seguro-popular.salud.gob.mx

87. Stierle, Friedeger, Miloud Kadar, Anastase Tchicaya and Bergis Schmidt-Ehry (1999), Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa, International Journal of Health Planning and Management, vol. 14, nº 2: 81-105

88. Tandon A. and Cashin C. (2010), Assessing public expenditure on health from a fiscal space prospective, the World Bank, WDC

89. Thaworn Sakunphanit and Worawet Suwanrada (2011), « Thaïlande : Le Régime de Couverture Universelle »

90. UNFPA, & HelpAge International. (2012). Ageing in the Twenty-First Century : A celebration and A challenge (p. 192). New York / London. Retrieved from http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Ageing-Report_full.pdf

91. UNICEF – LMTC (2005), Enquête nutritionnelle nationale

92. UNICEF. http://www.unicef.org/french/infobycountry/burundi_statistics.html

93. Witter, S. (2005), An Unnecessary Evil? User fees for healthcare in Low-Income Countries. Save the Children Fund UK, London

94. Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007), Protecting households from catastrophic health spending. Health affairs (Project Hope), 26(4), 972–83. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972

95. Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003), Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Lancet, 362(9378), 111–7. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5

96. Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. Lancet, 373(9680), 2078–81. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0

97. Yazbeck, A. S. (2009), Attacking Inequality in the Health Sector. The World Bank. Washington.

Textes juridiques :

98. http://www.droit-afrique.com/images/textes/Burundi/Burundi-Convention-securite-sociale-Rwanda-RDC.pdf

99. http://justice.gov.bi/IMG/pdf/T2-Legis-_sociale_-_Legis-_de_Secu-_sociale.pdf

Articles de presse

100. http://www.echos-grandslacs.info/productions/burundilinstitut-national-de-securite-socialinss-revoit-la-hausse-le-taux-de-pension-pou

101. http://www.iwacu-burundi.org/index.php/inss-50-ans-de-securite-sociale-parfois-insuffisante

102. http://burundi.news.free.fr/actualites/inssetat.html

103. http://burundi-agnews.org/socio-economie/economie/?p=2544

Annexes

Annexe 1 : Gratuité-FBP - Listes des prestations subventionnées

A.1.1. Les prestations subventionnées du niveau CDS (PMA)

Activités	Définition/indicateur	observation
Nouvelle Consultation Curative (>=5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie (exclu les femmes enceintes, les cas de petite chirurgie et les cas d'IST).	Payante
Nouvelle Consultation Curative (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Gratuite
Une journée d'observation (>=5 ans)	Nombre de journées que le malade de 5 ans et plus passe au CDS au cours du mois pour observation du traitement ou en attente d'une référence. Cette période est limitée à 48 heures au maximum.	Payante
Une journée d'observation (< 5 ans)	Nombre de journées que le malade de moins de 5 ans passe au CDS au cours du mois pour observation du traitement ou en attente d'une référence. Cette période est limitée à 48 heures au maximum.	Gratuite
Petite chirurgie	Nombre de patients reçus au cours du mois dans le service de petite chirurgie du CDS pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision, et drainage d'abcès.	Payante
Référence des patients arrivés à l'hôpital	Nombre de patients référé et arrivés à l'Hôpital au cours du mois. (Excepté les CDS attaché aux hôpitaux)	FBP
Enfants complètement vaccinés	Nombre d'enfants de moins d'une année ayant reçu tous les antigènes (BCG, Pentavalent 1, Pentavalent 2, Pentavalent3, VPO1, VPO2, VPO3 et VAR) au cours du mois.	Gratuite
VAT 2-5	Nombre de femmes enceintes ayant reçu VAT 2 ou plus au cours du mois.	Gratuite
Distribution des MII aux enfants < 5 ans; femmes enceintes et qui accouchent	Nombre de MII distribuées, en dehors des campagnes, au cours du mois aux femmes enceintes venues en CPN1, aux femmes qui accouchent à la FOSA, aux enfants qui reçoivent le VAR(ECV).	Gratuite
Nombre de latrines construites dans l'aire d'attraction du CDS	*Nombre de ménages de l'aire d'attraction du CDS ayant des latrines adéquates nouvellement construites au cours du mois.*	*Remis au FBP communautaire depuis 2011*
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV au CDS au cours du mois selon le protocole national.	Gratuite
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national.	Gratuite

Activités	Définition/indicateur	observation
Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats pour le VIH au cours du mois.	Gratuite
Nombre de nouveaux cas sous ARV Vérifier si les cas du N°12 ne sont pas inclus	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV au CDS au cours du mois	Gratuite
Nombre de clients ARV suivi pendant 6 mois	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole national pendant les 6 premiers mois.	Gratuite
Cas d'IST traités	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique.	Gratuite
Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois	Gratuit
Nombre de cas TBC traités et guéris	Nombre de cas de TBC+ correctement traités selon le protocole national avec les examens du crachat négatifs au contrôle à la fin du traitement au cours du mois.	Gratuit
Nouvelle consultation curative pour les femmes enceintes	Nombre de femmes enceintes vues en consultation curative au cours du mois pour un nouvel épisode maladie : les pathologies concernées sont Paludisme, HTA découverte pendant la grossesse, Diabète découvert pendant la grossesse, infection urinaire, menace d'accouchement prématuré, menace d'avortement, complications du pré et postpartum	Gratuite
Accouchement eutocique	Nombre d'accouchements eutociques effectués au CDS au cours du mois avec l'assistance du personnel qualifié (minimum A3).	Gratuite
FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes ayant bénéficié d'une méthode contraceptive hormonale per os au cours du mois.	Gratuite
FP: Implants et DIU	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois comme méthode contraceptive moderne choisie.	Gratuite
Consultation postnatale	Nombre de femmes qui ont effectué au moins une visite postnatale après avoir quitté la maternité (dans les 42 jours après l'accouchement) au cours du mois.	Gratuite
Consultation prénatale et standard	Nombre de femmes enceintes qui effectuent une visite CPN au cours du mois	Gratuite
Dépistage et prise en charge de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans	Nombre d'enfants de moins de 5 ans dépistés malnutris et correctement pris en charge selon le protocole national au cours du mois	Gratuit

A.1.2. Les prestations subventionnées du niveau HOPITAL DE DISTRICT (PCA)

Activités	Définition/indicateur	Observation
Nouvelle Consultation Curative par un médecin (> =5 ans)	Nombre de personnes âgées de 5 ans et plus vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie (exclu les femmes enceintes).	Payante
Nouvelle Consultation Curative par un médecin (< 5 ans)	Nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans vus en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie.	Gratuite
Nouvelle consultation curative d'une femme enceinte par un médecin	Nombre de femmes enceintes vues en consultation curative par un médecin au cours du mois pour un nouvel épisode maladie : les pathologies concernées sont Paludisme, HTA découverte pendant la grossesse, Diabète découvert pendant la grossesse, infection urinaire, menace d'accouchement prématuré, menace d'avortement, complications du pré et postpartum, fistule obstétricale	Gratuite
Contre référence arrivée au CDS	Nombre de fiches de retro-information sur les références effectuées au cours du mois, envoyées par l'hôpital et arrivées au centre de santé référant.	FBP
Chirurgie majeure	Nombre de cas d'interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou locorégionale au cours du mois à l'exception de celles de la petite chirurgie et les césariennes.	Payante
Petite chirurgie	Nombre de cas reçus au cours du mois dans le service de chirurgie de l'hôpital pour des soins chirurgicaux : suture de plaies, extraction dentaire, incision et drainage d'abcès, parage de plaies, réduction non sanglante des luxations ou fractures.	Payante
Accouchement eutocique	Nombre d'accouchements eutociques effectués à l'hôpital au cours du mois avec l'assistance du personnel qualifié (minimum A3).	Gratuite
Césarienne	Nombre de césariennes réalisées à l'hôpital au cours du mois.	Gratuite
Accouchement dystocique	Nombre d'accouchements réalisés par ventouse, forceps au cours du mois	Gratuit
Dépistage volontaire du VIH/SIDA	Nombre de personnes testées volontairement (en dehors des campagnes) et ayant récupérées les résultats pour le VIH au cours du mois.	Gratuit
Une journée d'hospitalisation pour les >= 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de 5 ans et plus passe sur le lit de l'hôpital pour traitement, suite à l'accouchement	Payante
Une journée d'hospitalisation pour les < 5 ans	Nombre de journées que le malade âgé de moins de 5 ans passe sur le lit de l'hôpital au pour traitement.	Gratuite
Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	Nombre de femmes enceintes VIH+ mises sous prophylaxie ARV a l'hôpital au cours du mois selon le protocole national.	Gratuite
Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	Nombre de nouveaux nés de mères VIH+ mis sous le protocole PTME au cours du mois selon le schéma national.	Gratuite

Activités	Définition/indicateur	Observation
Nombre de nouveaux cas sous ARV	Nombre de personnes VIH+ qui commencent un traitement ARV à l'hôpital au cours du mois. Vérifier si les cas de 14 ne sont pas mis dans 15	Gratuit
Nombre de clients ARV suivi semestriellement	Nombre de patients mis sous ARV et ayant été suivi correctement selon le protocole pendant les 6 premiers mois.	Gratuit
Cas d'IST traitées	Nombre de cas d'IST diagnostiqués et correctement traités au cours du mois selon l'approche syndromique.	Gratuit
Dépistage des cas TBC positifs	Nombre de nouveaux cas dépistés positifs pour la TBC au cours du mois.	Gratuit
FP: Implants et DIU	Nombre de femmes chez qui le DIU ou l'implant ont été posés au cours du mois comme méthode contraceptive moderne choisie.	Gratuit
FP: Tot. Nouvelles + Anciennes Acceptantes	Nombre de femmes sous méthode contraceptive moderne (Exclu le préservatif, DIU et Implants) au cours du mois.	Gratuit
PF : méthode définitive	Nombre de personnes ayant bénéficié de vasectomie ou LDT comme méthode contraceptive au cours du mois.	Gratuite
Consultation prénatale	Nombre de femmes enceintes qui effectuent une visite CPN au cours du mois	Gratuite
Consultation post natale	Nombre de femmes qui ont effectué au moins une visite postnatale (dans les 42 jours après l'accouchement) au cours du mois.	Gratuite
Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complications médicales	Nombre de cas de malnutrition aigüe sévère avec complications médicales correctement pris en charge selon le protocole national au cours du mois	Gratuite
Circoncision	Nombre de cas de circoncisions masculines réalisées au cours du mois chez les hommes de 15 à 49 ans	Gratuite

Annexe 2 : Questionnaire sur l'évaluation rapide de la politique du financement de la santé, sa place dans les priorités de la politique de santé et l'agenda politique du pays

I. Engagement politique et degré de priorité du financement de la santé

I.1. Engagement de l'Etat

1. Durant les 12 derniers mois, est ce que le Président de la République, le Chef du Gouvernement ou un autre haut responsable a, <u>plus d'une fois</u>, évoqué ou parlé d'un ou de plusieurs aspects du financement de la santé ?

1a. Président de la République :

Oui □ Non □

1b. Chef du Gouvernement :

Oui □ Non □

1c. Deuxième Vice-Président :

Oui □ Non □

1d. Autre (précisez :) :

Oui □ Non □

2. Avez-vous connaissance de compagnes nationales ayant eu lieu durant les 12 derniers mois et ayant pour objectif de promouvoir ou de communiquer sur le financement de la santé ?

Oui □ Non □

3. Quels volets du financement de la santé ont été mentionnés dans les discours des officiels cités dans la question 1 ?

- Financement du secteur d'une manière générale □
- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR □
- CAM □
- Indigents □
- Régime des fonctionnaires □
- Mutuelles communautaires □
- Régimes d'assurance santé du secteur privée □
- Efficience dans le secteur de la santé □
- Equité du financement dans le secteur □
- Autre (précisez :) □

4. Parmi ces volets mentionnés, selon vous, lequel a reçu le plus d'attention de la part du Gouvernement durant les 12 derniers mois ?

……

5. Comment jugeriez-vous l'attention qu'accordent les officiels cités ci-dessus au financement de la santé durant les derniers 12 mois ?

- En hausse □
- En baisse □
- Constante □

6. D'une manière générale, comment voyez-vous l'appui politique actuel au financement de la santé ?

Aucun appui										Appui très fort
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Selon vous, quelle place accordent ces officiels au financement de la santé dans le secteur de la santé ou lorsqu'ils évoquent ce secteur ?

Nulle										Très importante
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

I.2. Engagement institutionnel

8. Qui est chargé de mettre en œuvre les programmes rentrant dans le cadre du financement de la santé ?

- Financement du secteur d'une manière générale :
- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR :
- CAM :
- Indigents :
- Régime des fonctionnaires :
- Mutuelles communautaires :
- Régimes d'assurance santé du secteur privée :
- Efficience dans le secteur de la santé :
- Equité du financement dans le secteur :
- Autre (précisez :) :

9. Existe-t-il un mécanisme de coordination du financement « multisectoriel » de la santé ?

Oui □ Veuillez décrire ce mécanisme :

……

……

Non □ Dans ce cas, est-il prévu d'en mettre en place? Oui □ Non □

10. Est-ce que le pays a adopté une politique nationale du financement de la santé ?

Oui □ Dans ce cas :

9a. Veuillez décrire cette politique :

……

……

9b. Quand est ce qu'elle fut adoptée ? ……..

9c. Depuis, a-t-elle été actualisée ? …….

Non □ Dans ce cas, est-on en train d'en discuter une ? Oui □ Non □

11. Est-ce que le pays a adopté un plan d'action du financement de la santé

Oui □ Dans ce cas :

10a. Veuillez décrire ce plan :

……

……

10b. Quand est ce qu'il fut adopté ? ……..

10c. Depuis, a-t-il été actualisé ? …….

Non □ Dans ce cas, est-on en train d'en discuter une ? Oui □ Non □

I.3. Engagements dans le processus budgétaire

12. D'une manière générale, comment jugeriez-vous les ressources disponibles pour les programmes de financement de la santé ?

Négligeables ou nulles □

Plutôt limitées □

Substantielles mais insuffisantes □

Adéquates □

13. Existent-ils des lignes budgétaires dédiées à financer ces programmes ?

- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR : Oui □ Non □

- CAM : Oui □ Non □
- Indigents : Oui □ Non □
- Régime des fonctionnaires : Oui □ Non □
- Mutuelles communautaires : Oui □ Non □
- Régimes d'assurance santé du secteur privée : Oui □ Non □
- Autre (précisez :) : Oui □ Non □

14. Comment jugeriez-vous les ressources disponibles pour les programmes de financement de la santé ci-dessous (nulles :0 ; limitées : 1 ; substantielles mais insuffisantes : 2 ; adéquates : 3) ?

- Financement du secteur d'une manière générale :
- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR :
- CAM :
- Indigents :
- Régime des fonctionnaires :
- Mutuelles communautaires :
- Régimes d'assurance santé du secteur privée :
- Autre (précisez :) :

15. Selon vous, ces ressources sont-elles allouées selon des critères objectifs et pertinents ?

- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR : Oui □ Non □
- CAM : Oui □ Non □
- Indigents : Oui □ Non □
- Régime des fonctionnaires : Oui □ Non □
- Mutuelles communautaires : Oui □ Non □
- Régimes d'assurance santé du secteur privée : Oui □ Non □
- Autre (précisez :) : Oui □ Non □

II. Opportunités pour le financement de la sante dans l'agenda politique

II.1. Volet « problématique du financement de la santé »

Indicateurs crédibles :

16. Selon vous, quel est le degré de disponibilité d'indicateurs crédibles liés au financement de la santé (indicateurs crédibles mesurant clairement la sévérité du problème et pouvant être utilisés pour l'évaluation des progrès) ?

□ Très disponibles

□ Plutôt disponibles

□ Plutôt non disponibles

□ Pas du tout disponibles

□ Autres (précisez :)

17. Durant les 12 derniers mois, ces indicateurs ont-ils été cités par les médias lors du traitement du thème du financement de la santé ?

□ Toujours

□ Souvent

□ Jamais

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

18. Durant les 12 derniers mois, ces indicateurs ont-ils été cités par les hautes autorités / hauts officiels dans leurs discours sur la santé ou le financement de la santé ?

□ Oui (dans ce cas, pourriez-vous donner un exemple invoqué ?)

□ Non

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

Attention du public

19. Durant les 12 derniers mois, est ce qu'il y a eu des évènements majeurs qui ont attiré l'attention du public vers le financement de la santé ?

□ Oui (dans ce cas, pourriez-vous donner un exemple ?)

□ Non

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

20. Quels sont les programmes qui ont attiré l'attention du public durant les 12 derniers mois ?

- Gratuité des soins (mère-enfant) et FBR □
- CAM □
- Indigents □
- Régime des fonctionnaires □
- Mutuelles communautaires □
- Régimes d'assurance santé du secteur privée □

21. Quel degré d'attention a été donné au financement de la santé durant les 12 derniers mois dans les discours publics (protestations publiques ; manifestations ; grèves ; médias sociaux…) ?

□ Nul

□ Faible

□ Moyen

□ Elevé (fortes critiques)

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

Champions et plaidoyer

22. Y-a-t-il des avocats de haut niveau de la cause du financement de la santé ?

Oui □ Non □

Si oui, lesquels :

23. Y-a-t-il des acteurs / groupes de la société civile qui défendent la cause du financement de la santé ?

Oui □ Non □

Si oui, lesquels :

Adhésion de la collectivité au plaidoyer

24. A votre avis, quel est le degré d'adhésion de ces acteurs et groupes aux décisions du Gouvernement quant au plaidoyer au profit du financement de la santé ?

□ Grande adhésion

□ Adhésion moyenne/modeste

□ Pratiquement pas d'adhésion

□ Pas d'adhésion du tout

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

II.2. Volet « politiques alternatives »

25. A votre avis, quel est l'option qui décrit le mieux la situation de la politique actuelle (et des alternatives) du financement de la santé ?

□ Adéquate et cohérente

□ Réformes et initiatives variées mais absence de cohérence

□ Des alternatives adéquates et pertinentes n'ont pas été discutées

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

26. Selon vous, y a-t-il des programmes alternatifs ?

Programme 1 :

Programme 2 :

Programme 3 :

27. A votre avis, quel est le degré de faisabilité technique du programme 1 ?

□ Très élevé

□ Assez élevé

□ Très difficile

□ Ne sait pas

28. Selon vous, quel serait le degré d'acceptabilité du programme 1 par la collectivité d'une manière générale ?

□ Très élevé

□ Assez élevé

□ Faible

□ Ne sait pas

29. A votre avis, quel est le degré de faisabilité financière du programme 1 ?

□ Très élevé

□ Assez élevé

□ Très difficile

□ Ne sait pas

Adhésion de la collectivité aux alternatives du financement de la santé (CAM)

30. A votre avis, quel est le degré d'adhésion d'acteurs et groupes de la société civile aux alternatives de financement de la santé, principalement la nouvelle CAM ?

□ Grande adhésion

□ Adhésion moyenne/modeste

□ Pratiquement pas d'adhésion

□ Pas d'adhésion du tout

□ Ne sait pas

□ Autres (précisez :)

II.3. Volet politique

31. Quand auront lieu les prochaines élections majeures (année) ?

……..

□ Ne sait pas

32. Quand auront lieu les prochaines élections législatives (année) ?

……..

□ Ne sait pas

33. A votre avis, quel est l'apport financier et technique des partenaires internationaux aux programmes de financement de la santé ?

□ Très élevé

□ Assez élevé

□ Modeste

□ Faible

□ Très faible

□ Ne sait pas

34. A votre avis, quel est le programme le plus appuyé et celui qui l'est le moins ?

Programme le plus appuyé :

Programme le moins appuyé :

35. Si le Gouvernement disposait de 10 milliards de Fbu qu'il souhaite mettre à la disposition du secteur de la santé, selon vous, serait-il enclin à allouer un montant significatif (disons plus de 25%) aux programmes de financement ?

□ Oui

□ Non

□ Ne sait pas

III. Analyse institutionnelle des détenteurs d'enjeux

36. Quel est le niveau de pouvoir et d'influence des institutions et groupes ci-dessous dans le domaine du financement de la santé (cochez là où c'est pertinent) ?

	Très élevé	Assez élevé	Moyen	Faible	Nul
Deuxième VP					
Min. Finances					
Min. Santé					
Min. Solidarité					
Min. Travail					
Syndicats					
Patronat					
Organisations professionnelles					
Partis de l'opposition					
ONGs					
Médias					
Partenaires tech. & financiers					
Autre (précisez : …….)					

37. Quel est le niveau d'appui aux programmes de financement de la santé ci-dessous (options de réponses : Très fort ; Assez fort ; Moyen ; Faible ; Nul ; Ne sait pas-NSP) ?

	FBP-Gratuité	CAM	Régime « Indigents »	Régime « Fonctionnaires »	Mutuelles communautaires
Deuxième VP					
Min. Finances					
Min. Santé					
Min. Solidarité					

Min. Travail					
Syndicats					
Patronat					
Organisations professionnelles					
Partis de l'opposition					
ONGs					
Médias					
Partenaires tech. & financiers					
Autre (précisez : …….)					

38. Quel est le positionnement idéologique du parti majoritaire dans l'organe exécutif par rapport aux autres partis politiques ?

□ Gauche

□ Centre gauche

□ Centre

□ Centre droite

□ Droite

□ Ne sait pas

39. Quel est le positionnement idéologique du parti majoritaire dans le Parlement par rapport aux autres partis politiques ?

□ Gauche

□ Centre gauche

□ Centre

□ Centre droite

□ Droite

□ Ne sait pas

40. Quelles sont les institutions qui ont le pouvoir de bloquer l'adoption des textes de lois

□ Aucune

□ Président

□ Vice-Président

□ 1er Ministre

□ Parlement

□ Autre (précisez :)

Annexe 3 :

Study on Health Care Financing in Burundi

Consolidated Report

Economic situation

Over the past two decades, Burundi has seen very slow economic growth, ranging between 3 percent and 4.2 percent from 1990 to 2011. According to the 2006 CWIQ survey, the national poverty rate is close to 67 percent (69 percent in rural areas and 34 percent in urban areas).

Per capita GDP stood at US$263 in 2012 (IMF, 2013), still below the level of US$286 seen prior to the 1993 crisis. Although Burundi is endowed with natural resources, economic growth is slowed by a number of factors, particularly the low level of diversification, the lack of adequate infrastructure, an unattractive business climate, and an unskilled or low-skilled work force.

The Burundi economy is not very diversified, making it vulnerable to external shocks and highly dependent on external financing. The economy is dominated by agriculture, which accounts for approximately 32.8 percent of GDP (World Bank, Public Expenditure Review, 2013) and close to 90 percent of employment (indicating a low level of productivity).

Burundi, which depends significantly on food and oil imports, has suffered a number of shocks as a result of the international crisis. The most recent led to a food deficit and resulted in an unsustainable level of inflation despite the prudent fiscal and monetary policy. Inflation, which peaked at 26 percent in 2008, has remained high, despite the decline observed starting in 2009.

Population

The last population census in 2008 estimated the population at 8,053,574 inhabitants, of which 51 percent are women. It also showed that the population is young, with children under the age of 15 making up 44 percent. This situation constitutes an enormous challenge in a country with an average population density of 310 inhabitants/km^2. The population growth rate is estimated at close to 2.4 percent, with an average of 4.7 individuals per household and a total fertility rate of almost 6.1 children per woman. If this birth trend continues and mortality levels decline, it will be difficult in the near future to feed this steadily growing population. We should note that land remains the main source of wealth with almost 60 percent of disputes in courts relating to land conflicts.

Social context

Despite recent progress in the social sectors, it is unlikely that Burundi will achieve the Millennium Development Goals (MDGs) for poverty, health and education by 2015.

Poverty

The segments of the population that are particularly vulnerable to poverty include persons displaced by the conflict, minority groups such as the Batwa, and households headed by single women, who are often forced to adopt strategies such as reducing the daily food ration or the number of meals per day, with a negative impact on children's nutrition and schooling.

Although no recent estimate of the poverty level is available, there have been improvements in some social sectors. Between 1980 and 2012, Burundi's Human Development Index (HDI)

increased by 1.6 percent per year, from 0.217 to 0.355, which ranks it 178 out of 187 countries for which comparable data are available.[73] Moreover, education and health results have improved significantly in recent years.

Education

Thanks to the free education policy at the primary school level, the gross primary school enrollment ratio has improved significantly, from 80 percent in 2003-04 to 156.3 percent in 2010. The girl/boy ratio at the primary level is close to 100 percent, but the success rate is only 56 percent, making it quite unlikely that the second of the MDG targets (100 percent completion rate at the primary level) will be achieved by Burundi. A combination of poor teaching methods, limited resources, and large class sizes has undermined the quality of education. The school enrollment ratios at the secondary and tertiary levels are very low (24.8 percent and 3.2 percent, respectively).

Youth employment

The underemployment of youth is a major challenge. Rural-to-urban migration by unemployed youth is becoming a matter for concern in urban areas. In 2008, according to a 1-2-3 survey carried out in three phases in several African countries, youth unemployment rate in Bujumbura was estimated at 14.4 percent, as compared to 9 percent in Gitega and 6.5 percent in Karusi. Some of the causes of high youth unemployment include the lack of a national employment policy, poor knowledge of the labor market, the misalignment between training and jobs, the lack of access to credit, and the lack of relevant vocational training programs.

Gender

Progress has been made in achieving gender equality in education, but challenges remain. Having achieved gender equality in primary education, Burundi is likely to achieve MDG 3 on gender equality and the empowerment of women. However, inequality persists in some regions and the school dropout rate for girls is higher than the rate for boys. As well, even though the gap is closing, a gender gap remains for the primary school completion rate, with a completion rate of 55 percent for girls as against 57.4 percent for boys in 2010. At the secondary school level, the enrollment ratio for girls, who leave school earlier on average, is only 70 percent that of boys.

In the area of health, the services offered to women and children have improved significantly (see next section).

In terms of economic opportunities, households headed by women are extremely vulnerable and more severely affected by poverty than households headed by men (76 percent as compared to 64 percent for men) as their access to land, capital and credit is limited. The stagnation of the agricultural sector owing to the low level of productivity has a negative impact on women, who represent 56 percent of the labor force in this sector.

Looking at political power and decision-making, the representation of women in the government has improved considerably since the 2010 election. In fact, 45 percent of the members of the government are women, and this rate is at least 30 percent for elected posts, both in the legislature and locally. In Parliament, 32 percent of the seats are currently held by women.

[73] UNDP, 2013 Human Development Report.

Health situation and epidemiological profile

The encouraging health results recorded during the post-conflict period are related to several reforms initiated by the Government of Burundi, including: (i) decentralization by means of creation of health districts; (ii) the free health care policy (FHC) for children under the age of 5 and pregnant women; and (iii) the implementation of performance-based financing (PBF). This method of financing, combined with free care, is the main incentive mechanism in Burundi and has produced good results, including an increase in the use of health care services (from 1.68 consultations for children under the age of 5 in 2009 to 2.2 consultations in 2012), an improvement in the quality of care and strengthening of the health care system through public-private partnerships and community participation, and a greater presence of health personnel in outlying areas.

This has improved the mortality indicators. By way of illustration, according to the Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) conducted in 2005, the infant mortality rate was 120 ‰, the Under Five mortality rate was 176 ‰ and the maternal mortality rate was 615 per 100,000 live births. For these same indicators, the 2010 Demographic and Health Survey (DHS) recorded 59 ‰, 96 ‰ and 499 per 100,000 live births, respectively.

However, health situation in Burundi remains a matter of concern to the extent that life expectancy at birth, which was estimated at 49 years according to the General Population Census (GPC) in 2008 (51.8 years for women and 46 years for men), has improved only marginally to 50.9 years in 2012.[74]

It should be noted that the diseases that constitute the main causes of morbidity and mortality are malaria, acute respiratory infections, diarrheal illnesses, malnutrition, HIV/AIDS and tuberculosis.

Malaria remains the main cause of morbidity and mortality in the general population. The morbidity rate declined from 36.23 percent in 2005 to 34.07 percent in 2010 with a hospital mortality rate of 39.55 percent in 2005 and 34.07 percent in 2010.[75]

Acute respiratory infections are the second main cause of morbidity and mortality in children under the age of 5[76] and include a diverse group of viral, bacterial and parasite pathologies. The most common infection is pneumonia, which causes 22.4 percent of morbidity in all children under the age of 5 in 2009.

Diarrheal illnesses are the third most important cause of morbidity for children under the age of 5. It should be noted that 25 percent of this group of children suffered from diarrhea in the 2 weeks preceding 2010 Demographic and Health Survey (DHS). These diseases consist largely of parasitic helminthiases (worm infestations), typhoid fever, amoebiasis, and so-called “dirty hands” diseases.

Chronic malnutrition also remains a serious problem in Burundi. According to the 2010 DHS, 58 percent of children under the age of 5 suffer from chronic malnutrition, with 29 percent suffering from severe chronic malnutrition. In contrast, acute malnutrition is below the warning

[74] UNDP, 2013 Human Development Report.
[75] National Malaria Control Program (NMCP) Report, 2010.
[76] 2006-2010 National Health Development Plan (PNDS) Assessment Report, June 2010

level defined by the World Health Organization (WHO) (GAM >10 percent) in Burundi,[77] or a level of 6 percent according to the 2010 DHS.

HIV/AIDS constitutes a major public health and development problem in Burundi. The results of the DHS conducted in 2010 show an HIV prevalence rate of 1.4 percent in the population aged 15 to 49. This prevalence, which remains higher for women than men (1.7 percent and 1 percent, respectively), was 2.9 percent in 2007, indicating the effectiveness of the interventions by the government and its development partners in fighting against HIV/AIDS.

The health of children, mothers and newborns remains a major concern for the Ministry of Health. To achieve the MDGs, the government has adopted a number of measures aimed specifically at improving the situation and reducing the mortality rates for these segments of the population, particularly through the adoption of FHC for pregnant women and children under the age of 5, increasing routine vaccinations, integrated management of childhood illness, enhancement of the management of malnutrition cases and care for the very poor. It should be noted regarding mothers's health that prenatal consultation services (CPN) utilization rate is 99 percent[78] (at least one visit). However, only 41 percent[79] of pregnant women have at least four visits, and the rate of births attended by trained personnel stands at 78.4 percent (MHCP 2012)[80]. The DHS reports a contraceptive prevalence rate by modern methods of 18.6 percent in 2010, while the MHCP 2 (Households) survey estimates this rate at 31.7 percent in 2012. This situation is due to the efforts deployed by the government and its partners in making inputs available and making health care free for pregnant women through to delivery, the availability of services in health units, the increased awareness of family planning methods, and the availability of contraceptives in health units.[81]

Financing of the health system in Burundi

Insufficient financing

According to the 2010 National Health Accounts (NHA), prepared for the second time by the Ministry of Public Health and the Fight Against AIDS (MSPLS) (2014), as well as extrapolations made by the authors for 2012 (see Chapter 2), expenditure by the health system in Burundi totaled close to Fbu 308.4 billion in 2012 as compared to Fbu 304.2 billion in 2010 and Fbu 147.1 billion in 2007, (average annual increase of 17.4 percent during the period 2007-2012). This very significant variation is due to the sharp rise in expenditure between 2007 and 2010. After 2010, the increase in health expenditure slowed. By way of illustration, an analysis of total per capita health expenditure in current Fbu clearly shows this trend: this ratio stood at Fbu18,848, Fbu 36,022 and Fbu 36,999 in 2007, 2010 and 2012, respectively. The same ratio expressed in constant Fbu (and in US$) even declined between 2010 and 2012, as shown in the table below. In fact, per capita total health expenditure in constant Fbu (and in US$) declined from Fbu 22,071 (US$29) in 2010 to Fbu 19,472 (US$26; far from the minimum required by the WHO Commission on Macroeconomics and Health of US$44) in 2012. The decline in per capita health expenditure in constant Fbu and in US$ is due essentially to the deterioration of the exchange rate and the decline in budgetary allocations (per capita, in constant Fbu) for health, itself related to the decline in public resources (tax revenues and budgetary support; IMF, 2013).

[77] 2005 National Nutritional Survey (LMTC – UNICEF)
[78] DHS,2010.
[79] National Reproductive Health Program (PNSR) Report, 2012.
[80] Minimum Health Care Package (MHCP) Report, 2012.
[81] MDG Report, 2010.

This decline in per capita health expenditure is accompanied by a decrease in total health expenditure as a proportion of GDP, which fell from 12 percent in 2010 to less than 9 percent in 2012.

Table 1: A Few Key NHA Indicators in Burundi between 2007 and 2012

	2007	2010	2012
Current health expenditure, in Fbu million		285,864	308,407
Total health expenditure, in Fbu million	147,116	304,195	327,628
Per capita total health expenditure, current Fbu	18,848	36,022	36,999
Total health expenditure as a % of GDP	10.0%	12.2%	8.6%
Per capita total health expenditure, constant Fbu (base 2007)	18,848	22,071	19,472
Per capita total health expenditure in US$	17	29	26

Source: WHO, NHA Database, 2014; MSPLS/NHA, 2014; and WB, 2014

A comparison with neighboring countries (DRC, Kenya, Uganda, Tanzania and Rwanda) shows that the ratio of total health expenditure to GDP in Burundi is below the subregional average. This is true both in US$ at the current exchange rate and in US$ on a purchasing power parity (PPP) basis.

Significant dependence on external financing

According to the NHA data for 2010 (MSPLS, 2014), an analysis of the sources of financing for the health system in Burundi indicates that a significant proportion consists of foreign transfers. Transfers from the national revenues of the government total Fbu 33,557.51 million, or 11.74 percent of current health expenditure, as against 52.7 percent for foreign transfers, which total Fbu 150,649.19 million. These transfers are broken down into direct foreign transfers and foreign transfers distributed by the government, including general budgetary support and project support. The NHA show the significant contribution of households to health financing (more than 30 percent), primarily through direct payments to health care providers. Companies and NGOs, meanwhile, contribute 1.91 percent of revenues, mostly in the form of employer refunds for the health expenditures of their employees (MSPLS, 2014).

Room for Efficiency improvement

According to the 2010 NHA data (MSPLS, 2013), allocation of health system resources seems to favor administration, preventive care and pharmaceutical products. Hospitals and ambulatory health care providers do not appear to be preferred recipients of the financial resources of the health system.

The emphasis placed on preventive care is very important as such interventions are high-impact and pro-poor. However, the disparities between public health programs within this group (prevention) must be corrected. For example, while programs such as HIV/AIDS prevention seem to be quite well financed, the same is not true for others such as the nutrition program (PRONIANUT), which seems to be the poor relation in the health sector, notwithstanding the fact that malnutrition is one of the most serious health problems in Burundi.

Moreover, a large share allocated to administration is a sign of inefficiency. It is rare to see administrative expenditure in health systems that is higher than expenditure by hospitals or outpatient care providers (the ratio of administrative expenditure to hospital expenditure is 1.22). Ambulatory health care providers, particularly health centers, account for less than 17 percent of total health expenditure. Owing to their importance in the system because of where they are located, their community-based services and their pro-poor focus, this allocation seems quite low. The same is true for hospitals, which remain largely under-financed. Notwithstanding possible organizational streamlining and/or a repositioning that could generate operational savings, it is clear that hospitals, particularly tertiary hospitals (national hospitals0in Bujumbura, suffer from acute financing problems.

From a technical efficiency standpoint, it appears that the Burundi health system is efficient in the areas of child health and health services utilization indicators (consultations, attended births, prenatal care, etc.), but remains less efficient in the areas of combating excessive maternal mortality (most probably owing to modest pre-natal and delivery services) and other public health problems that are somewhat neglected or poorly supported, such as the fight against malnutrition.

Equity is improving significantly but a great deal remains to be done

A quantitative analysis (Section 2.5) using the Automated Development Economics Poverty Tables (AdePT) software, version 5.5, shows that equity in the area of health improved significantly between 2009 and 2012. However, this progress should not overshadow the challenges that remain, such as the significant disparities between urban and rural areas and inter-regional inequalities. The concentration of tertiary care and private providers in Bujumbura prevents the general population from accessing high-quality care. For example, while poor women in general have about the same access to prenatal care as other categories of the population, their access to full, high-quality prenatal care (weight measurement, blood pressure measurement, blood and urine analysis) remains limited compared to women in Bujumbura and women in the wealthier classes.

Moreover, impoverishment of families owing to catastrophic individual health expenditures affects 0.5 percent of the population, or about 45,000 individuals per year. In other words, on average 123 Burundians fall into poverty daily because of catastrophic health expenditures.

In addition, a benefit incidence analysis of public health spending shows that the subsidies granted to hospitals are pro-rich. Overall (total public spending), this analysis does not offer a clear factual basis showing that public health spending favors the poor.

Finally, a concentration analysis by illness and by region between 2009 and 2012 shows a high concentration of the indicated illnesses among the poor, with negative concentration coefficients at the national level. However, at the regional level during this period (2009-2012) concentration is no longer among the poor, but rather among the wealthier. This paradoxical situation simply means that at the level of each region taken individually, inequalities are disappearing or almost disappearing, while at the national level the inequality affecting the very poor remains almost the same between 2009 and 2012. In other words, while intra-regional equity has improved significantly, inter-regional inequalities remain.

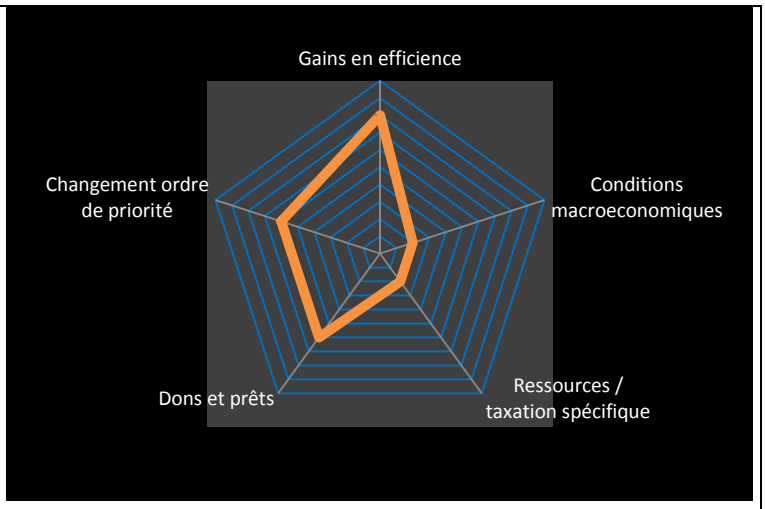
Analysis of the fiscal space: real, albeit limited, room to maneuver

A fiscal space analysis has shown that there is latitude available to the government, albeit not very much, to expand the fiscal space for health (Burundi does not yet respect the Abuja

Declaration, which involves allocating 15 percent of the government budget to health) and this latitude is large enough to allow the sector to finance an expansion of the spectrum of social health protection and to move toward a fairly high level of universal health coverage.

Chart 1: Scope and Relative Importance of Each Potential Source of Expansion of the Fiscal Space of the Health Sector in Burundi

Sources for expanding the fiscal space allocated to the health sector in Burundi	Available room to maneuver
Favorable macroeconomic conditions	Limited
Changes in budgetary priorities	Quite large
Increase in specific resources	Limited
Mobilization of other resources: grants and loans, etc.	Quite large
Efficiency gains	Large



Source: authors

Social health protection is insufficient and fragmented

Before 1980, the government paid for all health care for civil servants, armed force members and university students, covering consultations, hospitalizations, clinical examinations and drugs.

Health care for private-sector workers was covered by the employer; other citizens who did not fall into either of these two sectors paid for external consultations themselves, but received drugs free of charge within the limits of their availability, since health units were supplied by the Ministry of Public Health, while preventive care was covered by the government for all inhabitants of Burundi.

As of June 27, 1980, a health insurance system for public officials and similar categories was introduced by Decree-Law No. 1/28, and subsequently, the Mutual for Civil Servants (MFP) was created by Decree-Law No. 100/107. With this new mechanism, the government's share was reduced to payment of the employer portion of contributions, with 80 percent of the cost of care being covered by the mutual association and the remaining 20 percent by the recipient in the form of a copayment.

As of July 28, 1983, Decree-Law No. 1/17 established the provision of health care for workers in private commercial and industrial companies and the staff of semipublic companies not falling under the Civil Service Law.

As of March 20, 1984, the Medical Assistance Card (CAM) was created by joint ordinance No. 620/57 of the Minister of Finance and the Minister of Public Health with a view to organizing the health care supply for independent persons since the provision of care to other categories of the population was already regulated at that time.

This involved organizing the provision of health care for the category of Burundi citizens deemed "independent" by the above ordinance. For these independent individuals (i.e., the informal sector), there was as yet no organized system of health care management -like that already existed for other workers in the government sector or the structured private sector.

Voluntary acquisition of the CAM was open to all Burundi citizens aged 21 or higher whose activities fell within the informal sector. This CAM covered the entire household (parents and all children under the age of 18) with an annual contribution of Fbu 500 (equivalent to US$4 in 1984; US$1.85 in 1992[82] and US$0.6 in 2001). Initially, no copayment was required for those affiliated with the CAM, but in 1996 a new Ministerial Ordinance No. 630/172 of May 23, 1996 amended the 1984 ordinance and introduced a 20 percent copayment

From April 2, 2003 onwards, health care for the very poor was managed specifically by joint ministerial ordinance No. 630/530/445 of the Minister of Health and the Minister of the Interior. The necessary clarifications were provided regarding the identification of very poor individuals requiring medical assistance, the units involved in the management of the medical/health assistance provided to them, and resource sources.

Starting in 2006, the free health care (FHC) policy for children under the age of five, pregnant women and women giving birth was launched. Based on the experience acquired over the previous four years, the government in April 2010 decided to link this free care to the performance-based financing (PBF) program (FHC-PBF), for which pilot tests have been conducted since 2006 and which was scaled up nationwide in 2010.

Initially covered by the funds released by debt relief under the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative, financing of these initiatives was subsequently covered by joint financing from the government and its development partners (DPs) under the PBF.

Since May 2012, the CAM mechanism has been overhauled. Participation is voluntary and open to all Burundi citizens whose activities fall in the informal or rural sector. The order introducing this new version of the CAM stipulates that the card is valid throughout the national territory, and it has been put in place pending the establishment and gradual expansion of community-based health insurance mechanisms.

This system covers workers and their minor dependents. The member must pay a lump sum of Fbu 3,000 (~US$2) for the CAM card, which covers all eligible members of the household. CAM holders benefit from all care provided by health centers and district hospitals for one year, with the exception of dental prostheses, eyeglasses and transportation. (The inhabitants of Bujumbura may use the services of national hospitals if they are referred by the health centers, on the condition that they receive only the services included in the district hospital care package.) The CAM beneficiaries pay 20 percent of the amount of services received while the remaining 80 percent is, in principle, covered by the government.

[82] Arhin, Dyna. 1994. The health card insurance scheme in Burundi: A social asset or a non viable venture?. *Social Science and Medicine* 39(6): 861–70.

Recently, there has been an upsurge of new private health insurance and community mutual schemes, but these organizations are still in their infancy. Community based health mutuals do not yet exist across the entire country (they cover 2 percent of the population) as health insurance entails a fairly high financial risk.

Given the (sometimes exaggerated) estimates of the number of recipients as well as double counting (for example, groups covered by the FHC-PBF are eligible for almost all other programs), it can be estimated that close to half of the population of Burundi is covered by at least one of the insurance schemes listed above. All of these schemes together contributed just 17.1 percent to the financing of the health system (extrapolated from NHA, authors) in 2012.

This mixed picture can be interpreted in various ways. While it is true that a significant portion of the population is still not covered, it must be recognized that for a country such as Burundi, which has just come out of a major internal crisis and which faces a quite unfavorable macroeconomic situation, the achievements in covering its population against health risks are not negligible. However, the various insurance options available in Burundi face serious challenges, which can be summarized as follows:

- *Extreme fragmentation and lack of coordination:*

The financing of insurance mechanisms in Burundi is fragmented and uncoordinated, leading both to duplications and to coverage gaps (segments of the population without coverage or with partial coverage, or highly variable copayments that take no account of the payment capacity of beneficiaries).

The overlapping of some mechanisms, particularly the free care with the MFP, can also lead to some confusion, which some health units take advantage of by charging several times for a single service.

The lack of coordination can result in paradoxical situations: introduction of the "new" CAM (the implementing decree refers to a provisional mechanism pending the generalization of community-based mutual health associations) has negatively affected the model for the expansion of community-based health mutuals as it targets more or less the same population.

Fragmentation is also a source of excess transaction costs. The section on allocation efficiency above shows that 20 percent of current health expenditure goes to administration while ambulatory health care providers (mainly health centers, which are pro-poor) receive 16 percent.

- *Chronic under-funding:*

Mechanisms (with the exception, perhaps, of the MFP) are seriously under-funded. Apart from the chronic and alarming deficits, it is important to note the gap between the (approximate) rate of coverage of the population by these schemes, which is roughly estimated at close to 50 percent, and their weight in total current health expenditure, which is only 17 percent.

This under-funding results in an accumulation of payments arrears or outstanding receivables on invoices issued under these schemes in the public health providers, particularly hospitals. Their financial position forces them to carry over their deficits to their debt, which has repercussions in terms of their equipment and supplies, particularly drugs and other pharmaceutical products.

However, despite a difficult fiscal position, the 2014 government budget includes a credit of Fbu 12 billion for the CAM (four times the CAM expenditure in 2013). If this budget is fully executed, it will resolve a good proportion of the problems caused by the CAM.

- *Inadequate institutional arrangements:*

Institutional arrangements are often weak or fail to respect the principle of separation of functions (with the exception of private insurers). For example, the confusion of roles, the almost entire lack of responsibility of a regulator for the eligibility process, and the absence of a clear, relevant and standardized identification process prevent the Indigent Scheme from being effective and equitable. By way of another illustration, an analysis of the institutional arrangements for the CAM shows that there is a confusion of roles at the level of the MSPLS, where several functions overlap. In fact, the minister plays the roles of regulator, payer, health care provider and seller of the CAM card, which constitutes a conflict of interest

- *Poor accountability and weak legal framework and management support:*

It is difficult to say with confidence what the real population coverage by these schemes is. The main reason is a deficient information system: statistics are lacking or incomplete or need to be cleaned up to eliminate highly probable double counting.

No systematic classification of the Burundi population based on its socio-economic situation and capacity to pay has been undertaken, as in other countries, although there was a de facto classification through the introduction of different mechanisms targeting various categories of the population, but without any links or solidarity among mechanisms (particularly to assist those with fewer resources to obtain a good level of coverage). Further consideration could be given to this in order to create a more structured segmentation, which would lead to greater equity and sustainable financing of the arrangements that are intended to ensure health coverage for all.

Accountability is also lacking in public and semipublic regimes, with the exception of those that use PBF as a means to manage health care invoices (CAM and FHC-PBF). Even for the MFP, which today constitutes the oldest health insurance mechanism in Burundi and which has fairly sizable resources (560 employees and quite substantial financial resources), accounts have not been audited nor an audit opinion issued since 2004. As for the indigent scheme, confusing institutional arrangements make it impossible to know how many beneficiaries are covered by this mechanism.

Finally, the lack of management tools for the MFP and procedures manuals for CAM implementation and for the indigent schemes is another challenge faced by many of the insurance schemes in Burundi.

International experience: a potential source of inspiration

International experience shows that a few positive factors, such as evidence-base decision making, a strong political commitment, consideration of the “supply” component, efficient institutional arrangements, mobilization of adequate financial resources, etc., are keys to the successful health care financing reforms.

Some positive factors exist in Burundi while others are lacking (see summary table below). Although there is considerable political commitment to the financing of health care, this commitment is nonetheless sometimes lacking, to the detriment of two important factors: a gradual process and evidence-based decision making. This is apparent for the new CAM system, while, in contrast, the FHC-PBF program has been put in place gradually with factual evidence supporting the decisions made.

The strong political commitment in Burundi does not always take the form of financial resource mobilization.. It is evident that macroeconomic constraints are real. However, Chapter 2 shows that the fiscal space for the health sector could be expanded to benefit efficient reforms. Moreover, the mobilization of financial resources from international partners requires ongoing communication with them and constant coordination. The subchapter on economic policy shows that these partners are important for the financing of health care programs. The question that is interesting here is "why are these partners interested in some programs and not others?" Part of the answer is found in the preceding paragraph, i.e., the lack of evidence-based decision making. Another part is found in Section 4.1.1.3: the programs not supported by the DPs lack objective and relevant budget allocation criteria. Finally, the rest of the answer is found in Chapters 2 and 3: inefficient institutional arrangements, lack of separation of functions, lack of actuarial studies, weakness of implementation mechanisms, etc.

Moreover, one of the factors in successful financing reforms is consideration of the supply component. This component is an essential element of the health system that is often neglected in measures targeting demand. In Burundi, the establishment of a program that considers both supply and demand side (FHC-PBF) has been beneficial for the health system (bearing in mind the weaknesses emphasized in Chapter 3).

International experience also shows that a (necessary but insufficient) condition for successful health financing reform is to include such a reform under the umbrella of universal health coverage from the outset, since this makes it possible to avoid or at least considerably mitigate the fragmentation and lack of coordination in the health system. In Burundi, the lack of a health financing strategy is certainly a weakness, but it could also be considered a good opportunity to move to an operational objective of "universal coverage."

Table 2: Summary of the Factors for Success (based on international experience) and the Situation in Burundi

Factors for success	***Situation in Burundi***	***Recommendations***
A considerable political willingness	This political willingness is clearly evident in Burundi.	
Mobilization of resources in line with the stated ambitions	Although the government has been able to mobilize quite large (albeit insufficient) budgets for the MFP and the FHC-PBF, the remaining financing regimes are largely under-financed.	The government should study more deeply the fiscal space available for health in order to take actions to expand it (see details in Section 2.6).
A gradual process combined with rapid actions	In general, the government and administration in Burundi have taken quite rapid actions in the area of health financing. However, the "gradual implementation" aspect is not always followed.	The government should look to its own successes. The gradual implementation of the FHC-PBF made it possible to establish an important program that, despite a few deficiencies, has had good results. For example, if the overhaul of the CAM and the improvement of care for the very poor are included in the new health financing strategy, they should be tested and implemented gradually.

Factors for success	*Situation in Burundi*	*Recommendations*
A concern for harmonization and/or coordination while endeavoring to minimize fragmentation	There is quite significant fragmentation of health financing in Burundi, while a large segment of the population is not yet covered by any prepayment scheme	The preparation of a new health financing strategy is a real opportunity to reduce fragmentation (by possibly merging existing schemes), while improving the institutional architecture of the schemes to be proposed. This would also be a major opportunity to work from a vision that emphasizes "universal health coverage."
Reforms that target both the supply and demand sides of health services	Although the FHC-PBF program covers both dimensions (supply and demand), this is still far from sufficient, given the need to improve the supply of health services, both quantitatively and qualitatively.	Universal health coverage would be an excellent operational objective since it makes it possible to tackle both supply and demand (quantitative and qualitative improvement of health services) and also the risk factors.

Health financing options for Burundi

As international experience has shown (Chapter 4), one of the factors for successful health financing reform is without a doubt framing it within a broad vision that targets what is called "universal health coverage" (protection against risk of illness for the entire population). Moreover, if these strategies target both supply and demand ("universal health coverage"[83]), as is the case in Turkey, Mexico, etc. (Chapter 4, Section 4.2), even better results are achieved.

In Burundi, the government has embarked on a path that should lead to universal health coverage. The National Social Protection Policy (PNPS, adopted by the Council of Ministers meeting in April 6-7, 2011) states that "to respond to the challenge of social health protection accessible to the largest possible number of people, the Government of Burundi has studied a process of developing a universal health insurance for the informal sector of the economy and the rural sector, which will take into account existing arrangements and what needs to be done to improve the current situation." The launching of the improved CAM has been in response to this. The PNPS document also required that the conditions to be applied be "determined by accurately measuring the financing needed and the change in supplementary charges that would be required for coverage by the government budget" in order to avoid "achievement of the social health protection objectives being jeopardized by problems with the mobilization of resources or the health system itself being jeopardized by under-financing of the costs related to the projected increase in charges resulting from the improvement in the use of health services."

At the same time, the 2011-2015 National Health Development Plan (PNDS) has listed the following as the most important challenges to be tackled: "universal access to health care and

[83] The difference between "Universal Medical Coverage" (*Couverture Médicale Universelle—CMU)* and "Universal Health Coverage" (*Couverture Sanitaire Universelle—CSU*) is that universal medical coverage, which concerns only the social health protection portion (essentially coverage against risk of illness and maternity care), is an essential component of universal health coverage, which also includes the effective availability of high-quality care and the fight against risky health behaviors.

services through the promotion of community-based health insurance." This has led to the identification, within core strategy No. 6 (Increased financing of the health sector and improvement of its use), of an action (6.2.2) aimed at strengthening community-based health mutuals and gradually achieving the following rates of coverage for the entire Burundi population: 20 percent in 2012, 40 percent in 2013, 50 percent in 2014 and 70 percent in 2015. It is clear that the current estimated rate (barely 2 percent in 2012-2013) does not suggest that these coverage levels will be reached by the deadlines indicated. The CAM will thus, at least in the medium term, remain the most important instrument for coverage of the Burundi population, particularly for the informal and rural sector.

Unfortunately for the moment the resources allocated to the CAM and the Indigents scheme are seriously deficient. The financial situation of hospitals and drug shortages are examples of these deficiencies. At the same time, the goal of bringing the very poor and vulnerable into health insurance systems to be put in place (as per the short-term objectives of the PNPS) seems difficult to achieve without additional financial resources.

For the private sector, the objective set by the PNPS for the short term is "to establish a health insurance system."

This very rapid review of the strategic documents reveals a vision that is both contradictory (CAM and mutual associations) and ambitious.

The weaknesses, dysfunctions and challenges of the existing schemes (Chapter 3) argue in favor of a new vision that should target consistent, efficient, equitable and sustainable financing for health. This is what the government hopes to undertake by using this study as the basis for its work.

With other ministerial departments and DPs, the Ministry of Public Health and the Fight against AIDS has established a Steering Committee that also includes civil society. This committee is starting from the achievements that have already been made in the health system and has used the analysis of the situation provided in this document along with official strategy documents on social protection to validate four (4) strategic options concerning social health protection.

Before describing the options validated by the Steering Committee in the context of this study, it is important to indicate a number of assumptions that have been made. Among the most important are:

- Despite its cost (over Fbu 50 billion in 2013), the FHC-PBF program will no doubt be maintained over the long term because of its political importance and given the positive role of PBF in improving output and quality of care.
- Although it was supposed to be temporary, the CAM has become and will certainly remain one of the most important financing instruments for access to health services in Burundi, particularly following the announcement by the government of important changes (increase in the card fee from Fbu 3,000 to Fbu 6,000, reduction of the target to the poor segment of the informal and rural sector) and, in particular, the significant (fourfold) mobilization of government funds in the current fiscal year (2014).
- The government has already clearly indicated its commitment to working toward universal health coverage (UHC).

- This vision, which must be the product of a dialogue with all stakeholders, requires time, factual bases, strengthening of institutions, an adequate legal framework and sufficient financial resources.
- It will also require gradual implementation. UHC must be considered a long-term objective.
- This document does not propose a health financing strategy. It merely describes the current situation of the health system financing, and suggests financing policy options, (details of which have not yet been worked out). It is only once a consensus has been obtained on one or more options that the details of the strategy's prerequisites, characteristics, scenarios, costs, risks, implementation conditions, etc., can be worked out.

Possible options (validated by the Steering Committee)

Four possibilities are proposed:

Option 1: UHC with maintenance of the current schemes and introduction of a mandatory health insurance

Under this option, the health system should simultaneously tackle: (i) demand; (ii) the health care supply; and (iii) collective preventive health measures. Universal health coverage will be possible only if these three issues are tackled. This subsection focuses solely on the "demand" aspect. The other two aspects (health care and prevention) will be tackled in the following subsection on recommendations.

Option 1 gives preference to maintenance of the current schemes with some adjustments, corrections and improvements (see below). As well, a mandatory health insurance (AMO) is introduced for the formal sector.

The existing arrangements, their objectives and characteristics are generally maintained with a few improvements:

- The CAM would target the poor segments of the informal and rural sector.
- The conditions defined for the Indigents scheme via the Ministry of National Solidarity will cover the poorest segment (at least 10 percent) of the population.
- The MFP will continue to cover government officials, the National Defense Forces (FDN), the National Police of Burundi (PNB), certain semipublic categories and students.
- Temporarily (pending the introduction of the AMO), the formal private sector will continue to be covered by private insurance companies, micro-insurance (for SMEs and VSEs) and the programs of companies that wish to continue to directly manage the health care of their employees; or the corporate sector will organize its own health insurance mechanism, as planned. Once the AMO is implemented, these programs could play a complementary role.
- The FHC-PBC program will continue to cover pregnant women and children under the age of 5.
- In this context, the community based health mutuals will play a complementary role to the CAM (services not covered, etc.).

- An AMO for the formal private sector will be introduced.

What are the adjustments needed in this case?

First of all, an AMO is conceivable in the formal sector. It would cover all enterprises in the formal sector (and would end private programs such as the "health care coupons"), which would increase the attractiveness of the sector for insurance operators and would also increase the financial base for coverage of health risks. The introduction of this scheme must be carefully prepared in terms of the institutional arrangements (oversight, management by the Institut National de la Sécurité Sociale -INSS), financing, etc. Acting too quickly is counterproductive for health insurance

Second, the CAM scheme must be reviewed to make significant changes to the institutional arrangements. The aim is to separate the functions for better program governance. The program's financing conditions should also be reviewed (beyond the changes regarding the contribution) in order to ensure good sustainability. At the same time, the CAM should evolve to become an insurance card (rather than an assistance card) with subsidization for the poor by the government and its DPs.

Third, financing of coverage for the poorest could also be reviewed in order to create a solidarity fund (which could be called: AGMN – Amagara Gufatana Mu Nda). This fund would be primarily financed by the government budget, communal governments and the DPs. As well, new standardized, relevant and equitable eligibility criteria would be introduced, along with a new two-stage procedure for identification (community level and simple proxy means testing managed by joint committees).

Fourth, the MFP must adopt modern management tools and an up-to-date legal framework in line with the current configuration of the health system in Burundi

Finally, the FHC-PBF program should be adjusted based on coverage of the target population (pregnant women and children under the age of 5) by other schemes. A study should also be conducted of its long-term sustainability to ensure it operates smoothly.

Option 2: UHC with two implementation phases: an expanded CAM and introduction of a mandatory health insurance

In this option, UHC would be implemented in two phases:

Phase 1:

A period of 3 to 4 years (2014-2017) would be necessary to make improvements to the existing schemes (as well as to the availability of high-quality care). This initial phase is almost the same as option 1 (adjustments to the CAM, scheme for the poorest/AGMN, the Free Health Care and the MFP). However, the introduction of an AMO for the formal private sector would be deferred to take account of the expansion and unification of medical coverage for the entire formal sector (public and private). The first phase would serve as a preparatory period for the AMO.

Phase 2:

During the second phase, the following changes would be introduced gradually:

- Merging of the CAM and the Indigents Scheme. Even if this amalgamation takes place, the scheme for the very poor will continue to be financed by the AGMN fund. The very

poor beneficiaries will have the same rights as members of the CAM scheme, the only difference being that they will pay neither for the card nor for any copayment. The MCSs can serve as delegated managers of the CAM at the community level. This will have the advantage of better targeting the very poor as well as poor persons who are eligible for a partial subsidy. In addition, the mutuals could help in collecting the contributions more easily as they are part of the community.

- Merging of the formal sector health insurance schemes. This would help create a broader coverage base in order to reduce transaction costs and offset the weight of unit costs inherent to "small numbers." In this case, significant institutional changes will be necessary (for example, the transformation of the MFP into a public agency responsible for managing the AMO or creation of a new agency that would be the regulatory body and would contract with the MFP to manage the purchasing function).
- In short, in addition to the FHC-PBF and some supplementary schemes such as the MCSs, the formal sector would be covered by one agency and one scheme and the informal and rural sector (including the very poor) would also be covered by a single scheme. In these circumstances, it would probably be appropriate to create a national equalization mechanism among all schemes in order to ensure broader institutionalized solidarity. This mechanism must be both flexible and thorough.

Option 3: UHC with two implementation phases: expanded community based health mutuals (MCSs) and introduction of mandatory health insurance

In this option, UHC would also be introduced in two phases:

Phase 1:

A 3-to-4 year period (2014-2017) would be necessary to make improvements to the existing mechanisms (and to the availability of quality health care). This initial phase is almost the same as phase 1 of option 2 above, with the exception of the CAM.

The scenario here is different owing to the fact that scaling up of health coverage of the informal and rural sector should be done via the MCS during the second phase (see below). This first phase will involve preparing the system to gradually absorb this change by means of a long-term transfer of funds and responsibility from the CAM toward the MCS.

Phase 2:

During phase 2, the following changes would be introduced gradually:

- Merging of the health insurance schemes of the formal sector as explained in option 2
- Expansion of the coverage of the MCSs based on the Rwandan model (see Box 4.1, Section 4.2) with groupings at the provincial level and a single grouping up the national level. These three layers (community, provincial and national) would manage the beneficiaries of this scheme at the various levels of the health care pyramid (primary, secondary and tertiary). This option would be sustainable only with both technical and financial support from the government and the DPs. The issue of mandatory membership remains to be discussed.

- As for the indigents, two scenarios would remain possible. The first would be a merger with the MCSs (there again thepoorest beneficiaries would have the same rights as other MCS members with the sole difference that they would not pay neither for the card nor for copayment). Financing would again be provided by the AGMN fund. The second scenario is that the scheme for the poorest would remain entirely autonomous, i.e., a completely separate program.
- In short, in addition to the FHC-PBF and the Solidarity Fund for the Poorest (AGMN), the formal sector would be covered by a single agency and scheme (AMO), while the informal and rural sector (with or without the very poor) would also be covered by a single scheme (MCS). In this case, it would also be appropriate to create a national equalization mechanism (cross- financing) covering all of the schemes.

Option 4: UHC with two implementation phases and introduction of a single social health protection scheme

In contrast to options 2 and 3, this fourth alternative proposes to introduce UHC in three phases:

Phase 1: preparatory phase

A period of three years (2014-2016) would be needed to slightly adjust what can be improved without making radical changes to the social health protection system.

This would primarily be an important preparatory phase for transition to the single scheme similar to the one in Ghana (where a single National Health Insurance Scheme (NHIS) covers all categories of insured, including the beneficiaries of the FHC and the Indigent scheme, etc.; see Box 4.2, Section 4.2). This scheme would in the very long term cover the entire population of Burundi, i.e., the poorest, the formal sector, the informal sector, pregnant women and children under the age of 5.

This preparatory phase requires a number of studies to be conducted to determine the cost, the institutional arrangements, the sources of financing, the services to be covered, the needs in terms of skills and institutional capacity-building, etc.

Phase 2: pilot project

During the second phase (2016-2018), a pilot project in two or three provinces could be implemented to test this single social health protection mechanism. The pilot project could be accompanied by an impact evaluation study for scaling up based on evidences (if, of course, the results are sufficiently conclusive).

Phase 3: general implementation

Following the pilot project (2018-2019) and based on the conclusions of the impact study, the practical conditions for scaling up the system would be defined and then implemented

This last option is no doubt technically, institutionally and politically the most difficult to implement. However, it presents the advantage of simplicity, consistency, very broad solidarity, and reduction of transaction costs.

Decisions made:

These options were discussed in the context of a national consensus workshop that took place on April 29, 2014 in Bujumbura and in which all stakeholders participated. At the conclusion of the discussions, a consensus was reached in favor of options 2 and 3 or a combination of the two.

This consensus will be used by the Intersectoral Committee, which is currently working on the health financing strategy. This committee will respect the decision of the consensus workshop and will propose a coherent, sustainable, equitable and efficient strategy based on the assessment made in this study.

Recommendations

The options described very briefly above will require a number of prerequisites and accompanying measures (going beyond the aspect of social health protection), which would be difficult to ignore in an ambitious objective of universal health coverage. They are summarized in the following subsections.

These recommendations cover several levels. They focus both on the process of defining the new health financing strategy and on important prerequisites and accompanying measures. The objective here is to introduce a more coherent, efficient, equitable and sustainable financing strategy.

A gradual, participatory process:

The definition of this new health financing strategy and the development of its implementation plan will require a very broad dialogue and a vast participatory process in which all stakeholders will be able to participate. A dialogue that is open but based on evidencesand benefiting from recognized national and international experts' technical support would be a major asset for the implementation of such a strategy. This participatory process should cover not only the consultations prior to implementation, but also the implementation tools, particularly the legal framework for health financing (for example, (General) Framework Law on Universal Health Coverage and its implementing regulations).

Moreover, it should be borne in mind that rapid action is highly recommended, but not precipitated action, which is generally counterproductive. A gradual implementation approach would be most appropriate in the case of an ambitious new health financing strategy.

A new strategy that takes account of both the supply and demand sides of health care

As already indicated, Universal Health Coverage does not mean concentrating only on the social health protection aspects. Indeed, even if the population is protected against the risk of illness, this coverage would be ineffective if the health care services are not available and/or are of poor quality. For this reason, it will be important to take appropriate accompanying measures and to integrate them into the second phase of the current PNDS and beyond. These measures include:

- Improving the effective availability of drugs (and medical devices) and reducing their cost (see below).
- Avoiding the serious danger represented by the current development of the health system and its financing, which promotes the establishment of a "two-speed" system in which the highest quality care is in fact only accessible to the wealthy while the remainder of

the population is confined to second-tier, poorly equipped services that do not have sufficient resources.

- Urgently developing a human resources policy to improve the quality, quantity and distribution of personnel throughout the national territory, with a view to effective decentralization.
- Adopting a more aggressive, multisectoral policy to combat risky behaviors with significant negative externalities.
- Defining and adopting a strategy to introduce a national health care quality assurance in both the public and private sectors, and developing an accreditation and certification system.
- Enhancing the hospitals management and reconfiguring health care, particularly hospitals, in Bujumbura for optimal use of the potential of the national hospitals.
- Strengthening the strategy on levels of care and the continuum of care.
- Improving the public health programs, which have been relatively neglected although they target serious problems (for example, the program combating malnutrition).

Better distribution of resources among regions and provinces

The analyses in Chapter 2 have illustrated the fact that while intra-regional inequalities have been reduced significantly, inter-regional inequalities have not improved. One explanation for this is the lack of a genuinely equitable policy for the distribution of resources (hospital beds, technical equipment, paramedics and doctors, budget allocations, etc.) among the regions and provinces. To resolve this issue it would be a good idea to define a health care map and efficient and equitable plans for expanding health coverage in order to gradually correct the inequalities between regions. It will also be necessary to develop a budget distribution model based on equitable, objective criteria aimed at responding to needs rather than demand and at adjusting the balance of power.

Better governance of health financing

Chapters 2, 3 and 4 show that insurance or social health protection programs, such as the Indigent scheme and, in particular, the CAM, suffer from inefficient institutional arrangements. As functions are not separated, dysfunctions and confusions arise that prevent these schemes from performing effectively. For this reasons, a new vision should be adopted with a better distribution of functions among the various public and private institutions involved in the management, financing and regulation of these programs.

Strategic purchasing, via the PBF used by the FHC and the CAM, could be an option for generalizing the payment of providers using this mechanism, which has room for improvement, but which has already proven to be effective.

Expansion of the fiscal space for health care

This expansion targets three priority actions:

First, according to the macroeconomic situation, provide an additional budget allocation to the health care sector by means, for example, of prepayment programs that are part of a universal health coverage strategy.

Second, a new coherent, equitable, sustainable and efficient national health financing strategy that gives priority to universal health coverage would be an asset for mobilizing external resources.

Finally, it will not be possible to maximize the impact of a UHC strategy without improving the efficiency of the health system. There is considerable room to maneuver. It is recommended that the government include this dimension in its action plan and particularly in the review of the PNDS and implementation of its second phase.

International experience (Chapter 4) has shown that health reforms are most successful if they mobilize the financial resources required by their ambitious policies. Alignment between the objectives and resources is a prerequisite for success.

Institutional capacity-building

The overhaul of health financing will lead to important changes that will, in turn, require a significant development of the medical assistance and health insurance field to cover the substantial requirements of universal health coverage. Strategic activities such as the "stratification of the population and the need to standardize and improve the criteria and process for identifying the poorest," the "definition, development and implementation of modern management tools for health insurance and medical assistance," scaling up, etc., will require a very ambitious institutional capacity-building program (recruitment, training, study tours and internships, technical guidance etc.). This aspect, which is often neglected when changes are planned, must be at the center of the future operational concerns in the case of a significant overhaul of health financing.

Toward a strategic purchasing policy

The efficiency of the health system has improved, but there is still room for improvement (see Chapter 2) given the numerous bottlenecks faced. The challenges relating to the training of health care professionals, the maintenance policy, the availability of drugs and other medical supplies for the population and the health units that care for them, etc., require the definition of new performance-based contractual arrangements. The health system should take advantage of its experience with performance-based financing to move to a broader model in which contracting will no longer involve simply the performance of health facilities, but will also cover the drug purchasing center (CAMEBU), the paramedic training schools, the supervisory administration (central and peripheral) and the public health programs.