

Sarah Farhat/ Banque Mondiale

Le Financement de la Stratégie Financement Basé sur la Performance et Gratuité au Burundi : Quelles Conditions sont Requises pour Assurer la Durabilité Financière ?

Rigobert MPENDWANZI (*Banque Mondiale, Burundi*),
Olivier BASENYA (*CT-FBP, Burundi*),
Claudine HAKIZIMANA (*CT-FBP, Burundi*),
Juvéna NDAYISHIMIYE (*CORDAID*), and
Sublime NKINDI (*MSPLS, Burundi*)

Cette publication est le fruit d'un processus de capitalisation ayant eu lieu au Burundi en 2014/2015. Cette capitalisation vise à utiliser les expériences concrètes de mise en œuvre du FBP pour faire émerger les pratiques innovantes et prometteuses ainsi que les méthodes permettant d'influencer les politiques. Ces enseignements pourront aider d'autres praticiens à en apprendre davantage sur le FBP. Ce processus a été facilité par Jurien Toonen et Christel Jansen de KIT Health.

ABREVIATIONS

BDS	Bureau de District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
CPSD	Cadre de concertation des Partenaires pour la Santé et le Développement
CPVV	Comité Provincial de Vérification et de Validation
CSLP	Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre le Pauvreté, deuxième génération
CT FBP	Cellule Technique Nationale chargée de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance
FBP	Financement Basé sur la Performance
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PNC	Politique Nationale de Contractualisation
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers

RESUME

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

La méthodologie adoptée commence par définir le concept de durabilité financière utilisé dans le cadre du FBP-Gratuité. Elle analyse ensuite la durabilité financière en se concentrant sur trois indicateurs : (i) la fiabilité et la stabilité du financement ; (ii) la disponibilité et la suffisance du financement actuel et à long terme ; et (iii) l'allocation, appropriée et dans les délais, des ressources financières de l'État.

L'État a établi une ligne budgétaire dédiée au FBP-Gratuité, contribuant ainsi à la fiabilité et à la stabilité des financements. Il s'est également formellement engagé à allouer chaque année au moins 1.4 pour cent de son budget général au FBP-Gratuité. Au-delà de cet engagement chiffré, nos analyses montrent que la contribution relative de l'État est restée stable, dépassant parfois les 1.4 pour cent

Les résultats de notre analyse indiquent qu'au niveau de la fiabilité et de la stabilité des financements, l'Etat a mis en place une ligne budgétaire dédiée au FBP-Gratuité et qu'il s'est engagé, par écrit, à consacrer chaque année au moins 1.4 pour cent de son budget général au financement du FBP-Gratuité. Au-delà de cet engagement chiffré, nos analyses montrent que la contribution relative du budget de l'Etat au FBP-Gratuité est restée stable, atteignant parfois plus de 1.4 pour cent entre 2010 et 2013.

En outre, il existe d'importants retards de remboursement des formations sanitaires, atteignant en moyenne 17 jours ouvrables. Pour les formations sanitaires, ces retards impliquent un manque de liquidité qui augmente les risques de ruptures de stocks, à la fois de médicaments et d'autres intrants.

Cet article examine les approches qui ont été recommandées afin d'assurer la durabilité financière du FBP-Gratuité. Ces approches incluent : (i) réduire les coûts de mise en œuvre du FBP-Gratuité ; (ii) mobiliser les ressources financières de l'État et des PTF ; (iii) assurer le paiement réguliers des factures présentées par les formations sanitaires ; et, (iv) intégrer le PBF-Gratuité dans la stratégie nationale de financement de la santé, qui vise à accroître l'efficacité en intégrant les différents mécanismes de financement.

Au Burundi, le constat principal est que : bien que la participation et le financement de l'État représentent des conditions sine qua non, ils ne sont pas suffisant afin de garantir la durabilité financière du FBP-Gratuité.

CONTEXTE

En 2004, les États Généraux de la Santé ont identifié plusieurs défis dans le secteur de la santé, incluant une forte charge de morbidité et de mortalité maternelles, néonatales et infantiles, une insuffisance quantitative et qualitative en matière de personnel de santé, une instabilité et une démotivation du personnel de santé, une faible qualité des services, une faible organisation et une mauvaise gestion du système de santé ainsi qu'une faiblesse et une inefficience du financement du secteur de la santé¹.

Afin de dépasser ces défis, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) a préparé un premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1) pour 2006-2010. Ce plan a été suivi par un second PNDS pour 2011-2015. Ces deux documents stratégiques incorporent les réformes principales, incluant la décentralisation du système de santé ; le développement d'une politique et d'une stratégie de renforcement des ressources humaines de la santé ; la réforme des écoles paramédicales et du secteur pharmaceutique ; ainsi que le **financement basé sur la performance (FBP)**.

En 2006, le Burundi a adopté une politique de gratuité des services de santé ciblant les enfants de moins de cinq ans ainsi que les accouchements (incluant les césariennes) pour accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), particulièrement les OMD 4 et 5. En 2009, cette politique sanitaire ciblée a été étendue aux pathologies liées à la grossesse et à la période post-partum. Son implémentation a été néanmoins enrayée par (i) les retards de l'État dans le remboursement des factures présentées par les formations sanitaires ; (ii) l'absence d'un système de vérification capable d'assurer la pertinence des dépenses et d'éviter la surfacturation ; (iii) la surcharge de travail et la démotivation du personnel de santé, causées par une utilisation accrue des services de santé ; (v) le fardeau administratif des formations sanitaires qui doivent compléter beaucoup de formulaires – près de 2000 pages par mois – afin d'être remboursés ; (v) et, particulièrement, les dépenses dépassant le budget annuel établi.

Au cours de la même année, le MSPLS a préparé et adopté une politique nationale de contractualisation (PNC) pour le secteur de la santé. Par la suite, en 2006, des expériences pilotes de FBP ont été lancées dans trois provinces. Et, en 2008, ces expériences pilotes ont été étendues à six provinces supplémentaires. Au regard des résultats positifs, le MSPLS ainsi que les PTF ont accepté de rembourser le paquet de services gratuits à travers des mécanismes de financement basé sur la performance. Ils ont également accepté d'étendre le FBP au niveau national à partir d'avril 2010. L'État s'est engagé à financer à la fois l'approche de FBP et la politique de gratuité des services ciblant les enfants de moins de cinq ans et les accouchements.

Plusieurs évaluations et revues conjointes ainsi que la base de données du FBP indiquent que le FBP-Gratuité influence positivement le système de santé, avec des résultats encourageants en matière de d'indicateurs de prestation et de qualité des services^{2, 3, 4, 5, 6}. Par exemple, les nouvelles consultations curatives ont augmenté de 0.69 à 1.66 nouveaux contacts par habitant par an, entre 2009 et 2013 ; les accouchements assistés par un personnel qualifié ont augmenté de 54 pour cent en 2009 à 74 pour cent en 2013⁷.

Le FBP-Gratuité est une stratégie prioritaire pour l'État ainsi que pour le MSPLS, tel que cela est souligné dans divers documents politiques et stratégiques⁸. Le fait que trois de ces documents de stratégie sanitaire reconnaissent le FBP comme une priorité nationale est important pour la durabilité institutionnelle de cette approche. En effet, le financement fournit à la fois par l'État et les PTF s'appuie sur les axes stratégiques décrit dans ces documents.

PV de Validation des CPVV pour les périodes de 2010 à 2013.

¹ MSPLS (2004) Rapports sur les états généraux de la santé.

² PV de Validation des CPVV pour les périodes de 2010 à 2013.

³ Rapports annuels FBP 2010 à 2013, MSPLS, Bujumbura .

⁴ Rapports de Contre Vérification 2011 à 2013, Agence de contre vérification externe HDP, Bujumbura.

⁵ Rapports revue externe 2010 et 2012 ; OMS, Banque Mondiale, Union européenne, CORDAID.

⁶ Rapports d'audit des projets de la Banque Mondiale, Union européenne et Coopération Belge ; 2010 à 2013.

⁷ Annuaire statistique des données des Centres de Santé et des Hôpitaux pour l'année 2013.

⁸ Le Cadre Stratégique de croissance et de Lutte contre le Pauvreté deuxième génération (CSLP II) dans ses paragraphes 568 à 571 recommande de renforcer la mise en œuvre des réformes dans le secteur de la santé dont le FBP. En effet, selon le CSLP II, le FBP est une stratégie qui a permis entre autres de corriger les dysfonctionnements du système de santé, améliorer l'utilisation des services de santé, renforcer l'autonomie des formations sanitaires. L'axe stratégique numéro 7 du PNDS 2011-2015 parle de « renforcement et la pérennisation du FBP associé à la gratuité des soins » afin de contribuer à améliorer l'offre et la demande de soins de qualité. Dans la PNC, le FBP ou incitation à la performance des prestataires

Cependant, après quatre ans de mise en œuvre au niveau national et au regard du manque de ressources du secteur de la santé, plusieurs acteurs nationaux et internationaux s'inquiètent de la durabilité financière du FBP-Gratuité. Étant donné que c'est une question qui est régulièrement soulevée dans le CT-FBP élargie ainsi que dans les réunions du CPSD, le MSPLS a été invité à réfléchir sur les stratégies capables d'assurer la durabilité financière du FBP-Gratuité. Cet article analyse l'expérience du Burundi pour contribuer à la discussion, en se concentrant particulièrement sur la **contribution financière de l'État : est-ce une garantie de durabilité financière pour le FBP ou d'autres intrants sont-ils nécessaires ?**

DURABILITÉ FINANCIÈRE

Nous définissons la durabilité financière du PBF-Gratuité comme étant « **la capacité d'assurer à long terme des ressources financières suffisantes et stables et de les allouer dans les délais et sous forme appropriée, afin de couvrir tous les coûts directs et indirects** »⁹ Nous avons ensuite sélectionné trois variables pour analyser la durabilité financière du FBP. Ces variables sont détaillées dans l'Encadré 1.

Encadré 1: Analyse de la durabilité financière du FBP au Burundi : variables utilisées et leur opérationnalisation

- **Fiabilité et stabilité du financement**

Afin de mesurer la fiabilité et la stabilité du financement pour la mise en œuvre du FBP-Gratuité au Burundi, l'évolution des budgets et des dépenses réelles de l'État et de ses PTF entre 2010 et 2014 ont été évalués.

- **Disponibilité et suffisance du financement**

Les niveaux de financement – actuels et à long terme – requis afin de répondre aux besoins et de combler le déficit financier du FBP-Gratuité ont été évalués à travers une analyse des coûts prévisionnels 2014-2016 liés à la mise en œuvre du FBP (élaborée par la Cellule Technique Nationale du FBP) et des contributions financières budgétisées et déboursées par le Gouvernement et les PTF afin de payer les formations sanitaires dans le contexte du FBP.

- **Allocation du financement**

Le manuel des procédures lié à la mise en œuvre du FBP permet des délais dans le remboursement des formations sanitaires. La mesure dans laquelle ces délais sont respectés est évaluée en comparant les dates exactes auxquelles les formations sanitaires sont payées avec les dates auxquelles les factures sont présentées, et cela entre avril 2012 et mars 2013 et, sur la base d'un rapport synthétique de contre-vérification.

FIABILITÉ ET STABILITÉ DU FINANCEMENT

La contribution financière de l'État pour la mise en œuvre du FBP-Gratuité est objectivée à travers l'existence d'une ligne budgétaire dans la Loi des Finances et à travers son approvisionnement continu au fil des années. La contribution de l'État se matérialise également à travers l'engagement pris en 2009 d'allouer chaque année 1.4 pour cent du budget national au FBP-Gratuité. Cet engagement a été pris à l'issue des négociations que l'État a menées avec la Banque Mondiale afin de formellement soutenir cette approche¹⁰.

Le Tableau 1 ci-dessous montre la proportion du budget-FBP-Gratuité en rapport à ceux du MSPLS et de l'état pour la période s'étendant de 2010 à 2014.

⁹ Cette définition est inspirée par la définition de la durabilité financière sur : <http://www.cbd.int/protected-old/sustainable.shtml>

¹⁰ Project appraisal document for a proposed grant to the Republic of Burundi for a health sector development support project, World Bank, Mai 2009.

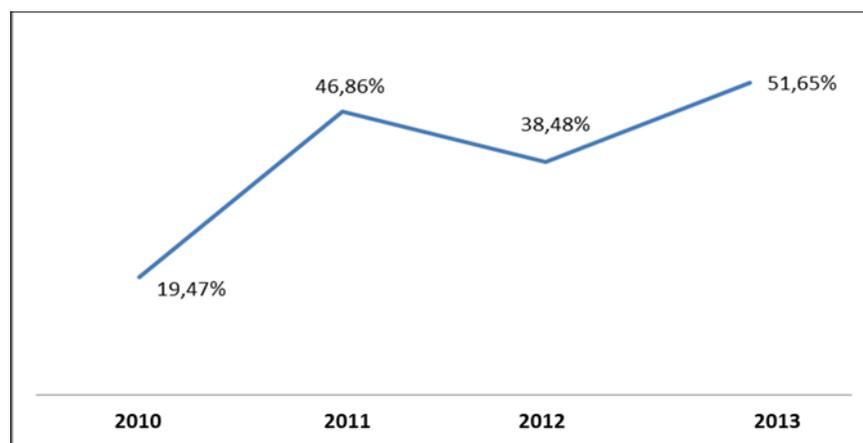
Tableau 1 : Proportion du Budget de l'Etat consacré au FBP par rapport au Budget général de l'Etat pour la période 2010 à 2014 (ligne budgétaire) en FBU x 1 000 000. Source : Budget Général de la République du Burundi.

Année	Budget FBP	Budget du MSPLS	Budget général de l'Etat	Charges Communes ¹⁹	Budget général Etat-Charges Communes	% budget MSPLS par rapport au budget général de l'Etat	% budget FBP par rapport au budget MSPLS	% budget FBP par rapport au budget général de l'Etat-Charges Communes
2010	12 196,2	63 512,1	863 059,7	142 184,9	720 874,8	7,36%	19,20%	1,69%
2011	12 384,6	72 364,4	1 026 173,4	122 254,1	903 919,3	7,05%	17,11%	1,37%
2012	18 223,9	70 079,2	1 211 741,6	148 252,3	1 063 489,4	5,78%	26,00%	1,71%
2013	17 930,4	80 035,3	1 389 902,0	106 493,9	1 283 408,1	5,76%	22,40%	1,40%
2014	18 174,7	80 993,8	1 411 410,3	113 218,4	1 298 192,0	5,74%	22,44%	1,40%
TOTAL	78 910,0	366 984,7	5 902 286,9	632 403,5	5 269 883,4	6,22%	21,50%	1,50%

Le Tableau 1 indique que le budget attribué au FBP en 2010-2014 était composé de 21.5 pour cent du budget du MSPLS et de 1.5 pour cent du budget général de l'État. En 2011, malgré son engagement d'allouer 1.4 pour cent de son budget national chaque année, la contribution de l'État était au plus bas avec une contribution de 1.37 pour cent (excluant les charges communes¹¹). Pour pallier à cette situation, l'État a majoré sa contribution à 1.71 pour cent en 2012. Le tableau ci-dessus indique qu'entre 2012 et 2014, l'État a dépassé son engagement de 1.4 pour cent.

Au cours de la même période, la contribution relative de l'État au budget du MSPLS a diminué alors que la contribution relative du MSPLS au FBP-Gratuité a augmenté. **Cela signifie que la contribution relative du budget de l'État (excluant les charges communes) au FBP-Gratuité est restée stable (1.4 pour cent) grâce à la contribution accrue du MSPLS. Le MSPLS considère le FBP-Gratuité comme une priorité.**

Figure 1: Évolution de la contribution de l'État au FBP en fonction des dépenses réelles entre 2011 et 2013.



Cependant, l'État n'est pas le seul donateur du FBP-Gratuité. Tel que cela est souligné par la Figure ci-dessus, entre 2010 et 2013, **la part de l'État dans les dépenses effectives du FBP (comprenant tous les coûts opérationnels liés au paiement des formations sanitaires et des organes de régulation) pour 2013-2013 varie selon les années de 19.47 pour cent en 2010 à 51.65 pour cent en 2013.**

¹¹ Les charges communes sont constituées par les imprévus, les exonérations, les intérêts de la dette et les amortissements de la dette.

Il est à rappeler que l'intégration du FBP et de la Gratuité a été initiée en avril 2010. Parce qu'une grande proportion des fonds du FBP a été utilisée pour couvrir les arriérés de la Gratuité en 2009, la contribution de l'État était basse en 2010. Les fonds du FBP ont également été utilisés pour couvrir les services de santé gratuits au cours du premier trimestre 2010.

Le pic connu en 2013 peut être expliqué par le fait que les budgets de certains PTF étaient entièrement consommés avant la fin de l'année, forçant ainsi l'État à compenser le déficit encouru en utilisant son budget 2014. Ce fort taux de consommation budgétaire est dû en partie à une révision à la hausse des coûts des indicateurs de FBP-Gratuité ayant eu lieu en janvier. Cette révision a mené à une augmentation générale des factures de 62 pour cent par rapport à 2012. Cette augmentation n'a pas été accompagnée par un accroissement des budgets, à la fois de l'État et des PTF, étant donné que leurs processus de planification financière prennent au moins trois ans¹².

Tableau 2: Contributions de l'État et des PTF aux dépenses réelles du FBP en FBU (x 1 000 000), entre 2010 et 2013 (1 USD = 1 530 FBU)

	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	TOTAL	%
État	4 712	19%	15 268	47%	13 397	38%	27 648	52%	61 026	42%
PTF	19 485	81%	17 314	53%	21 418	62%	25 882	48%	84 098	58%
TOTAL	24 197	100%	32 582	100%	34 815	100%	53 530	100%	14 512	100%

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

LA DISPONIBILITÉ ET LA SUFFISANCE DU FINANCEMENT

Tel que montré dans le Tableau 3, les dépenses réelles peuvent dépasser le budget annuel prévu par l'Etat (présenté dans le Tableau 2) comme ce fut le cas en 2011 et en 2013. Cette situation peut être observée lorsque l'État et les contributions des partenaires financiers ne suffisent pas pour couvrir toutes les factures mensuelles du FBP.

Tableau 3 : Dépenses effectives et budget de l'Etat consacré au FBP en FBU (X 1 000 000) pour la période 2010 à 2014 (1 USD = 1 530 FBU)

Contribution de l'État	2010	2011	2012	2013	2014
Paiements (janvier-décembre)	4 712,3	15 268,4	13 397,2	27 648,4*	<i>Inconnu</i>
Budget (janvier-décembre)	12 196,2	12 384,6	18 223,9	17 930,4	18 174,7
DIFFERENCE	7 483,9	-2 883,7	4 826,8	-9 717,9	<i>Inconnu</i>
Dépenses/Budget (%)	39%	123%	74%	154%	<i>Inconnu</i>

* Une partie (Septembre à Octobre) a été payé avec le budget prévu pour 2014.

¹² Cette augmentation des tarifs des indicateurs liés à la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes a été décidée après une étude des coûts des soins qui a objectivé que les niveaux des tarifs appliqués étaient inférieurs aux coûts réels de production et occasionnaient un manque à gagner

L'État et la Banque Mondiale se sont accordés pour gérer les contributions du FBP de manière stratégique et concertée : les budgets de l'État et des PTF ont été utilisés pour payer les factures du FBP de janvier à août ; une fois ces budgets consommés, le budget de la Banque Mondiale est utilisé pour couvrir les mois restants. Néanmoins, si les budgets de l'État, de la Banque Mondiale et des PTF ne peuvent couvrir tous les paiements mensuels au cours d'une année, l'État doit utiliser le budget prévu pour l'année suivante afin de couvrir toutes les factures de l'année. En 2013, par exemple, les factures de septembre à décembre avaient été payées en utilisant le budget 2014 de l'État, puisque le budget de la Banque Mondiale ne pouvait pas couvrir le déficit financier 2013 du FBP.

Dans ce contexte, le budget 2014 de l'État (moins la part utilisée pour payer les factures de 2013) était entièrement consommé une fois que les factures de janvier à mars 2014 avaient été payées. Ensuite, le budget de la Banque Mondiale a pris la relève ; il a été entièrement consommé une fois que les factures d'avril à juin 2014 avaient été payées. Par conséquent, si une solution alternative n'est pas trouvée, le budget 2015 de l'État devra couvrir les factures juillet à décembre 2014.

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

Le MSPLS a élaboré des besoins de financement pour la mise en œuvre du FBP pour la période de 2014 à 2016 comme indiqué dans le tableau 4 ci-dessous¹³.

Tableau 4 : Besoins de financement pour la mise en œuvre du FBP en FBU (X 1 000 000) pour la période 2014 à 2016 (1 USD = 1 530 FBU)

STRUCTURES	2014 (FBU)	2015 (FBU)	2016 (FBU)	TOTAL FBU	TOTAL USD
Formations Sanitaires	48 591,2	51 980,8	54 644,5	155 216,5	101 914 971
BPS	617,5	617,5	617,5	1 852,5	1 216 349
BDS	1 474,6	1 474,6	1 474,6	4 423,8	2 904 642
CPVV	1 200,1	1 200,1	1 200,1	3 600,2	2 363 883
Niveau Central	1 124,1	1 124,1	1 124,1	3 372,3	2 214 258
Associations communautaires	280,0	280,0	280,0	840,0	551 536
Vérifications	499,1	499,1	499,1	1 497,4	983 211
Contre Vérifications	510,3	510,3	510,3	1 530,8	1 005 117
Ecoles paramédicales	152,0	152,0	152,0	456,0	299 393

Le Tableau 5 montre les ressources promises par l'État et par les PTF. En comparant les besoins prévus en matière de ressources avec les ressources promises par l'État et les différents PTF pour 2014-2016, le déficit financier prévu est de 69'524'957'609 FBU, représentant 45'650'005 USD. Ce déficit financier est assez important et, il peut menacer la durabilité financière du FBP-Gratuité si des mesures ne sont pas prises afin de contrôler les coûts liés à la mise en œuvre du FBP-Gratuité et de mobiliser des ressources financières supplémentaires.

¹³ Dans le tableau 4, les couts dépassent les dépenses annuelles montrées dans le tableau 3, car il s'agit ici les dépenses anticipées pour le MSLP et les PTF, tandis que le tableau 3 montre seulement les dépenses de l'Etat qui constituent autour de 40-50 pour cent des dépenses totales.

Tableau 5 : Budget disponible et déficit de financement pour la mise en œuvre du FBP au Burundi

SOURCES DE FINANCEMENT	BUDGET DISPONIBLE 2014-2016 (USD)	CONTRIBUTION RELATIVE
État	33 000 000	42%
Banque Mondiale	30 000 000	38%
Coopération Néerlandaise/CORDAID	5 000 000	6%
Coopération Belge	3 360 000	4%
Union Européenne	3 332 000	4%
GAVI	3 000 000	4%
USAID/FHI 360	1 500 000	2%
TOTAL BUDGET DISPONIBLE	79 192 000	100%
BESOINS 2014-2016	124 842 005	100%
GAP	45 650 005	37%

Il est à souligner que le déficit de financement est principalement dû aux prévisions budgétaires établies en avril 2010 en fonction d'hypothèses financières plutôt qu'en fonction de disponibilité des fonds. Ces prévisions incluaient également une sous-estimation de l'utilisation des services qui en fait s'est accrue bien plus vite que prévu. De plus, en janvier 2013, à la suite de réclamations émises par les formations sanitaires, le prix des indicateurs liés à la Gratuité a été révisé à la hausse. Néanmoins, les budgets disponibles n'ont pas suivi la même lancée, ce qui a accentué le déficit financier.

ALLOCATION DES RESSOURCES

Des retards ont été observés dans le paiement des factures liées au FBP-Gratuité. Ces retards hypothèquent le fonctionnement des formations sanitaires en général et des hôpitaux en particulier. En effet, selon le manuel révisé de procédures du FBP¹⁴, il était prévu que les factures mensuelles des formations sanitaires soient remboursées au maximum 50 jours après le mois concerné. Le constat est que ces délais ne sont pas respectés : il y a eu des retards moyens de 17 jours ouvrables (au-delà des 50 jours requis) d'avril 2012 à mars 2013, à la fois de la part de l'État et des PTF (voir le Tableau 6).

Tableau 6 : Retard dans les paiements en jours ouvrables au cours de la période d'avril 2012 à mars 2013¹⁵

	Avril 2012	Mai 2012	Juin 2012	Juillet 2012	Août 2012	Sept.2 012	Oct. 2012	Nov. 2012	Déc 2012	Jan 2013	Févr. 2013	Mars 2013	Moyenne
Etat	37	26	11	35	29	11	10	10	3	20	12	10	17,83
PTF	21	36	34	4	3	28	20	10	4	21	10	18	17,42

En 2013 et au début de 2014, ces retards se sont intensifiés : les fonds de l'État ont connu des retards variant de deux à trois mois. Cela est principalement dû aux manques de liquidité occasionnés au niveau du trésor public par une diminution des recettes fiscales de l'État et par la dépendance financière de l'État sur les ressources externes (50 pour cent du budget de l'État) dans un contexte où les fonds n'arrivent plus en temps et en heure.

DISCUSSION

La contribution financière de l'État pour la mise en œuvre du FBP-Gratuité est manifeste au Burundi. Avec une contribution s'élevant à 42 pour cent entre 2010 et 2014 ainsi qu'un engagement annuel de 1.4 pour cent de son budget annuel, l'État est un donateur important pour le FBP-Gratuité. Cette situation permet à l'État de mobiliser des ressources supplémentaires des PTF. En effet, le fait que l'État contribue de manière significative au FBP-Gratuité mène les PTF à être plus réceptif lorsqu'il s'agit d'appuyer cette mesure prioritaire.

¹⁴ Manuel des procédures FBP version révisée, septembre 2011.

¹⁵ Synthèse globale de la 3^e contre vérification du FBP au Burundi (2013-2014).

Au Rwanda, où le FBP a été étendu au niveau national, la contribution de l'État est aussi importante qu'au Burundi avec une couverture financière du FBP de 60 pour cent et une contribution annuelle de 11 millions d'USD, équivalente à celle du Burundi¹⁶. Dans d'autres pays où le FBP est encore à une étape pilote, la contribution de l'État est nulle ou symbolique. Au Zimbabwe, il est prévu que l'État contribue 5 millions d'USD en 2014¹⁷. Au Bénin, des discussions sont en cours pour une contribution de l'État mais aucune décision n'est encore prise ; dans d'autres Pays, il n'existe aucune contribution de l'État. En outre, les PTF appuyant le FBP-Gratuité au Burundi sont nombreux et leurs contributions sont substantielles (au total, plus de 50 pour cent). Ils ont tendance à s'aligner sur les priorités nationales, conformément aux normes prescrites dans la déclaration de Paris.

Néanmoins, des préoccupations demeurent quant à la durabilité financière du FBP : l'État continuera-t-il d'allouer 1.4 pour cent de son budget au FBP ? Combien de temps peut le MSLPS garantir une contribution de l'État de 1.4 pour cent si le budget qui lui est alloué continue de diminuer ? Est-ce que les PTF maintiendront leurs financements aux niveaux actuels ? Comment peut-on combler le déficit financier afin d'assurer la durabilité financière du FBP-Gratuité afin de maintenir la mise en œuvre du FBP aux coûts actuels et couvrir les coûts liés à la croissance démographique ainsi qu'à une utilisation et une qualité accrues des services de santé du FBP ?

Les retards rencontrés en matière de paiements accentuent le problème de durabilité financière puisqu'ils réduisent les ressources disponibles des formations sanitaires/ Cela est particulièrement le cas pour les hôpitaux, qui ont déjà été affecté par des défis structurels et organisationnels comme la sous-tarification des services (les tarifs datent de 2001) causant une diminution du revenu, une pléthore de ressources humaines surtout le personnel d'appui; une masse salariale élevée (triplé depuis 2009)¹⁸ et, d'autres arriérés de remboursement des facturations. Les conséquences de ces retards au niveau des centres de santé ne sont pas aussi importantes dans les centres de santé que dans les hôpitaux. Dans les centres de santé, le personnel est majoritairement payé par l'État. Par extension, l'impact de faibles tarifs est moindre que dans les hôpitaux. En outre, certains centres de santé font de la thésaurisation ce qui leur permet, malgré les retards de remboursement, d'assurer les coûts de fonctionnement.

Dans le long terme, si ces retards continuent et s'intensifient, particulièrement dans le contexte de problèmes structurels et organisationnels mentionnés plus haut, les opérations des formations sanitaires pourraient être considérablement affectées, particulièrement en matière d'approvisionnement de médicaments et d'autres intrants. **Les retards rencontrés en matière de paiements constituent sans doute l'obstacle le plus important à la durabilité financière du FBP-Gratuité au Burundi.**

En parallèle, un autre problème apparaît : la fragmentation des paiements. En effet, malgré une mobilisation des PTF pour financer la stratégie du FBP-Gratuité, **les paiements sont effectués à travers un budget sous forme de panier commun virtuel, chaque partenaire assurant le paiement d'une partie de la facture des formations sanitaires conformément à ses engagements. Cette fragmentation des paiements FBP-Gratuité fait que les formations sanitaires reçoivent deux voire trois paiements à des périodes différentes selon le nombre de bailleurs concernés dans sa province. Cela limite la prévisibilité des recettes et handicape la réalisation des activités du plan d'action des formations sanitaires, et cela dans les délais requis.**

En 2011, des stratégies capables de combler le déficit financier ont été proposées dans une note de contrôle des coûts du FBP-Gratuité : (a) augmenter les ressources pour la santé ; et (b) contrôler voire réduire les dépenses. Les mesures proposées incluent notamment¹⁹ :

- i) la réduction des tarifs des indicateurs FBP : il est prévu que ces réductions aient lieu chaque trimestre pour les Provinces qui dépassent leur plafond budgétaire. Cependant, au regard de la taille du déficit financier, une réduction significative de tous les tarifs au niveau des formations sanitaires à partir de Janvier 2015 est considérée;

¹⁶ Rapports FBP Rwanda 2012 et 2013.

¹⁷ Zimbabwe estimates of expenditure, 2014.

¹⁸ En 2009, une grève du personnel de santé a eu lieu et l'État a accepté de tripler le salaire de ce personnel. L'État a demandé aux Hôpitaux et notamment les Hôpitaux nationaux qui sont autonomes et qui paient eux même le salaire de leur personnel de procéder au paiement de ces salaires quitte à se faire rembourser l'année suivante par une augmentation des subsides de l'État. Ce remboursement par l'État n'a jamais eu lieu.

¹⁹ Note de contrôle des coûts sur le FBP-Gratuité, MSPLS, Septembre 2011.

- ii) la suppression de certains indicateurs communautaires rémunérés dans le cadre du FBP (construction des latrines et distribution de MII) et qui ont été réorientés vers le paquet communautaire; la suppression des indicateurs « Consultations prénatales et postnatales » au niveau des hôpitaux puisqu'ils sont considérés comme des indicateurs du Paquet Minimum d'Activités des Centres de Santé et, par extension, financés à ce niveau ;
- iii) la détermination et le respect d'enveloppes maximum à ne pas dépasser pour chaque province, en tenant compte des cibles de chaque FOSA et des ressources disponibles;
- iv) la réduction des coûts opérationnels (coûts de transaction) liés à la mise en œuvre du FBP-Gratuité ;
- v) la prévention et la correction des abus en matière de gratuité des soins puisqu'il semble que certains usagers auraient tendance à surutiliser les services de santé gratuits. Il est également probable que certains enfants de plus de cinq ans passent pour des enfants de moins de cinq ans pour bénéficier de la gratuité ;
- vi) l'opérationnalisation d'un système de référence et de contre-référence respectant les différents échelons de soins.

En 2014, la note de maîtrise des coûts liée à la mise en œuvre du FBP a été révisée, adoptant les mesures supplémentaires suivantes²⁰ :

- i) Renforcement de la vérification quantitative avec l'introduction d'une triangulation des données vérifiées émanant de différents documents (fiches de stock, documents financiers, rapports d'activités, fiches de consommation journalière des médicaments et d'autres intrants, carnets de réquisition des médicaments et autres intrants ainsi que tout autre document jugé pertinent) ;
- ii) Plafonnement des cibles des indicateurs contractualisés au-delà desquelles les paiements ne sont pas effectués ;
- iii) Renforcement des mécanismes d'évaluation de la qualité avec l'introduction de nouvelles grilles de qualité ; l'évaluation improvisée de la qualité des prestations dans un échantillon de formations sanitaires ; l'évaluation de la qualité par des entités indépendantes pour éviter tout risque de collusion ; l'introduction d'une évaluation annuelle de certification avec pénalités envers les formations sanitaires ne répondant pas aux critères retenus ;
- iv) Assurance qualité accrue vis-à-vis des contractants secondaires du FBP avec l'introduction à ce niveau d'une évaluation trimestrielle de la qualité technique ainsi que d'une évaluation annuelle de certification avec pénalisation si les critères exigés ne sont pas atteints ;

En 2013, parallèlement à ces propositions de réduction des coûts, le MSPLS a mis en œuvre une stratégie afin de mobiliser davantage de moyens financiers. Cette mobilisation cible d'abord l'État et, ensuite les PTF. C'est dans cette optique que le projet Amagara Meza, financé par la Commission Européenne, a accepté d'allouer une partie du budget prévu pour 2014 au paiement des factures émises en septembre et en octobre 2013. Cette allocation a été effectuée en attendant le développement d'un programme pour juillet 2014 et la négociation d'un autre fonds pour le FBP-Gratuité pour 2015. Ce fonds est inclus dans le Tableau 5, indiquant les moyens financiers engagés par l'État et par les différents PTF. Néanmoins, ce montant ne suffira pas à combler le déficit financier qui demeure : les 37 pour cent du financement requis pour 2014-2016. En dehors des ressources promises comme indiqué dans le tableau 5, l'État a demandé à la Banque Mondiale de réduire la durée de son projet FBP de deux ans (clôture initialement prévue pour 2018). Cela permettrait à l'État de disposer de davantage de ressources afin de combler le déficit financier existant de 37 pour cent pour la période 2014-2016. Ensuite, un nouveau projet entre l'État et la Banque Mondiale pour la période 2016-2018 pourrait être initié.

Des négociations avec de nouveaux PTF sont en cours pour appuyer le FBP-Gratuité. Elles ont notamment lieu avec GAVI Alliance dont l'appui est attendu à partir de 2015 ; avec le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme pour un appui en 2016 ; avec la KfW (Banque Allemande) avec un appui à partir de mars 2015.

²⁰ Stratégie de maîtrise des coûts de mise en œuvre du FBP, Juillet 2014

À moyen terme, au niveau national, il est prévu de développer une stratégie globale de financement de la santé pour évoluer vers une Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette stratégie permettra d'intégrer les différents mécanismes de financement de la santé et ainsi, éviter les doubles emplois et les gaspillages. Elle facilitera la définition des modalités par lesquelles la population contribuera au financement de la santé ainsi que celles par lesquelles les autres parties prenantes (État, assurances privées, administration locale, partenaires techniques et financiers) financeront le FBP-Gratuité tout en réduisant les coûts de mise en œuvre. Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, des ajustements du mécanisme intégré de FBP-Gratuité seront abordés afin de rembourser les prestations gratuites à travers un mécanisme financier de mise en commun des ressources de la CSU. Ainsi, un FBP « seconde génération » est envisagée. Il mettra particulièrement l'accent sur l'amélioration de la qualité des services prestés et, la résolution des principaux goulots d'étranglement du système de santé.

Malgré les efforts déployés pour réduire les coûts de mise en œuvre du FBP et une nouvelle stratégie de mobilisation des ressources, un déficit financier – à court et moyen terme – subsiste, menaçant la durabilité financière du FBP-Gratuité au Burundi. En effet, pour être pérenne, une intervention doit s'articuler autour de ressources financières disponibles à brève échéance (2 ans maximum) et non, autour d'une mobilisation hypothétique de ressources supplémentaires ou d'une réduction des coûts qui peut, par ailleurs, entacher la crédibilité de l'intervention.

CONCLUSION

L'hypothèse de notre article stipule que l'implication et la contribution de l'État sont des vecteurs importants de la durabilité financière du FBP-Gratuité. Le constat général est qu'au Burundi, l'État est fortement impliqué et engagé dans la mise en œuvre du FBP-Gratuité et cela, au point d'en faire une priorité nationale, tel que cela est souligné dans divers documents de politiques et de stratégies nationales. En outre, l'État du Burundi participe au financement du FBP-Gratuité à travers une ligne budgétaire spécifique, et cela à raison de 1.4 pour cent de son budget. Il participe également à la mobilisation de ressources supplémentaires auprès de ses PTF ainsi qu'aux efforts de maîtrise des coûts pour le FBP-Gratuité. Ces éléments sont des arguments indéniables en faveur d'une durabilité financière du FBP-Gratuité au Burundi. Cependant, malgré l'implication effective de l'État aux niveaux stratégique et financier, la durabilité financière du FBP-Gratuité au Burundi est menacée par l'existence d'un déficit financier, existant à court et moyen terme ; de retards en matière de paiements des formations sanitaires ; et de fragmentation des paiements dus aux formations sanitaires.

Pour assurer une durabilité financière du FBP-Gratuité, il convient de résoudre ces contraintes en adoptant des stratégies pour : (i) éliminer le déficit de financement par la réduction des coûts de mise en œuvre du FBP et cela, en réduisant le niveau des paiements, incluant les coûts unitaires et le nombre d'indicateurs ; et/ou en diminuant les besoins financiers, éliminant les gaspillages; (ii) augmenter la contribution de l'Etat et mobiliser des ressources supplémentaires auprès des PTFs; (iii) réduire les retards encourus par l'Etat et les PTF dans le cadre des paiements effectués aux formations sanitaires, en respectant scrupuleusement les délais convenus dans le manuel des procédures du FBP; (iv) mettre en place un fonds commun réel pour le paiement des prestations du FBP-Gratuité afin de résoudre le problème de paiements fragmentés des factures des formations sanitaires.

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

²¹ FBP Seconde génération : vision de la Cellule Technique Nationale FBP