

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA REORGANISATION DU SYSTEME D'ASSISTANCE MEDICALE AU BURUNDI

I. Contexte et Justification

L'accessibilité financière des populations aux soins de santé est un grand défi pour le système de santé du Burundi. Une enquête menée par Médecins Sans Frontières (MSF) en 2003 a montré que 17,4% de la population burundaise n'avait pas accès aux soins de santé principalement pour des raisons financières (MSF 2004). Ce faible accès financier aux soins de santé est beaucoup plus marqué au niveau du secteur informel et rural ; le secteur formel public et assimilés étant couvert par la Mutuelle de la Fonction Publique et le privé par des systèmes d'assurance maladie. Le corollaire de cette situation est le niveau de la plupart des indicateurs de santé qui reste préoccupant malgré quelques avancées récemment enregistrées. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 499 pour 100.000 naissances vivantes (EDS 2010), le taux de mortalité des moins de 5 ans est à 96 pour 1.000 naissances vivantes (EDS 2010).

Face à cette situation et en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015, le Gouvernement du Burundi a décidé le 1 Mai 2006 d'instaurer la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les accouchements. En Mars 2010, ce paquet de soins gratuit a été étendu aux pathologies liées à la grossesse dès le premier mois de gestation.

Par ailleurs, pour améliorer l'accès aux soins des populations du secteur informel, le Gouvernement du Burundi avait institué par l'ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984 une carte d'assistance médicale (CAM) dont l'acquisition volontaire était ouverte à tout burundais âgé de 21 ans dont les activités relevaient du secteur informel. Cette ordonnance a été modifiée par l'Ordonnance Ministérielle n° 630/172 du 23 mai 1996.

Cette carte d'assistance médicale donnait à son acquéreur et aux membres de sa famille dont il a la charge, moyennant un ticket modérateur de 20%, le droit aux prestations de consultations médicales, soins médicaux et chirurgicaux, soins dentaires, soins de protection maternelle et infantile, soins prénataux, soins pendant et après l'accouchement.

Malgré les bénéfices évidents du système de prépaiement par la CAM, très peu de ménages ont adhéré à ce système. A part que l'administration n'a pas bien joué son rôle dans la sensibilisation de la population, une autre cause non moins importante est que certaines personnes ont pris la CAM comme une forme de taxe. La population avait donc tendance à acheter la CAM uniquement au moment de la maladie, rendant ainsi sa viabilité financière incertaine. Il est à noter également que les fonds générés par la CAM étaient collectés par l'administration communale et n'étaient plus utilisés pour rembourser les prestations sanitaires mais plutôt pour subvenir aux besoins de la Commune.

Face à cette situation, certaines formations sanitaires ont tendance à ne plus accepter la CAM car elles ne se font presque jamais rembourser. Il existe au niveau du budget de l'Etat une ligne budgétaire CAM dont le montant est insuffisant pour rembourser les formations sanitaires et seuls quelques Hôpitaux, surtout de Bujumbura, parviennent en raison de leur proximité avec le Ministère des Finances, à utiliser la totalité de ces fonds au détriment des Hôpitaux de l'intérieur du Pays.

C'est pour remédier à cette situation que, 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 au Burundi. L'article 3 de cet arrêté stipule 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 et au niveau des Hôpitaux de District. L'article 5 quant à lui indique que la CAM est valable sur tout le territoire national et son coût annuel est de 3.000 Fbu.

La présente note décrit les modalités pratiques de mise en œuvre opérationnelle de l'arrêté du Deuxième Vice-Président de la République portant réorganisation du système d'assistance médicale au Burundi.

II. Le paquet de soins à couvrir

Le paquet de soins couvert par la Carte d'Assistance Médicale (CAM) est le **Paquet Minimum d'Activités (PMA)** délivré au Centres de Santé et le **Paquet Complémentaire d'Activités (PCA)** délivré au niveau de l'Hôpital de District.

Il est à noter que toutes les prestations couvertes par une gratuité des soins ne sont pas remboursées par la CAM. Il s'agit de :

- ✓ **Les soins des enfants de moins de 5 ans ;**
- ✓ **Les accouchements (y compris la Césarienne) ;**
- ✓ **Les pathologies liées à la grossesse bénéficiant d'une couverture gratuité ;**
- ✓ **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.**

II.1. Le Paquet Minimum d'Activités (Centres de Santé)

- ✓ Consultations curatives pour les enfants de 5 à 14 ans ;
- ✓ Consultations curatives pour les personnes de plus de 14 ans ;
- ✓ Prise en charge des pathologies chroniques (y compris les visites à domicile) ;

II.2. Le Paquet Complémentaire d'Activités (Hôpitaux de District)

- ✓ Consultations curatives pour les enfants de 5 à 14 ans (soins ambulatoires pour les pathologies aiguës) ;
- ✓ Consultations curatives pour les personnes de plus de 14 ans (soins ambulatoires pour les pathologies aiguës) ;
- ✓ Prise en charge des pathologies en hospitalisation dans les différents services ;
- ✓ Urgences médicales ;
- ✓ Prise en charge des pathologies chroniques (Soins ambulatoires chroniques) ;
- ✓ Chirurgie mineure ;
- ✓ Chirurgie majeure ;
- ✓ Chirurgie gynécologique et obstétricale.

III. La population bénéficiaire

La CAM est destinée à couvrir les soins des ménages relevant du secteur informel et du monde rural. Plus particulièrement la CAM va couvrir les personnes de 5 ans et plus à l'exception des femmes enceintes pour les accouchements, les césariennes et les pathologies liées à la grossesse couvertes par la gratuité des soins.

Sont exclues du présent régime toutes les personnes couvertes par un autre système d'assurance maladie qu'elle soit obligatoire ou volontaire.

Toute fois des adhérents à des mutuelles communautaires qui le souhaitent pourront bénéficier d'une prise en charge complémentaire par la CAM au prorata du ticket modérateur.

IV. Les structures de prise en charge

Les structures de soins concernées par la prise en charge des prestations couvertes par la CAM sont :

- ✓ Tous les Centres de Santé Publics et Agrées ;
- ✓ Tous les Hôpitaux de District Publics et Agrées

Il est à noter que pour être pris en charge au niveau de l'Hôpital de District, le patient bénéficiaire de la CAM devra être référé par un Centre de Santé.

La Mairie de Bujumbura présente une particularité en ce sens qu'elle ne dispose pas d'Hôpitaux de District. Les Hôpitaux privés CMC Jabe et CMC Kinindo vont être associés pour jouer le rôle Hôpital de District.

Les Hôpitaux Nationaux vont également être utilisés mais pour un paquet spécifique PCA et uniquement pour les malades référés par les Centres de Santé de la Mairie de Bujumbura.

V. Description et Séparation des fonctions

V.1 La fonction d'Achat

Elle consiste à acheter les prestations des formations sanitaires à travers un contrat. La sous commission technique propose que cette fonction soit assumée par **le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV)** au nom du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. Le CPVV assume actuellement cette fonction dans le cadre du Financement Basé sur la Performance (FBP).

Un avenant au contrat actuellement en vigueur dans le cadre du Financement Basé sur la Performance sera signée avec des **dispositions particulières** portant sur la CAM.

V.2. La fonction de Vérification

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

Cette fonction sera réalisée par **les vérificateurs du CPVV** qui assument déjà ce rôle dans le cadre du Financement Basé sur la Performance. **Mais pour bien réussir cette mission, les CPVV devront être dotés de vérificateurs supplémentaires.**

V.3. La fonction de Validation

Elle consiste à valider toutes les données quantitatives et financières issues des formations sanitaires et vérifiées par les vérificateurs.

Cette fonction sera assumée par **le Comité Provincial de Vérification et de Validation** qui assure déjà ce rôle dans le cadre du Financement Basé sur la Performance.

Le CPVV qui est basée au niveau provincial valide, fait une synthèse provinciale des demandes de paiement des formations sanitaires à transmettre au niveau central pour paiement.

V.4. La fonction de paiement

Le paiement des formations sanitaires se fera sur base d'un tarif forfaitaire pour chaque prestation couverte par la CAM. Le tarif forfaitaire se fera sur base de l'étude des coûts réels des soins de santé réalisée en 2011 par le MSPLS avec l'appui technique et financier de Pathfinder International et MSH.

Le paiement effectif des prestations des formations sanitaires sera effectué par le Ministère ayant les Finances dans ses attributions (pour les fonds en provenance du Gouvernement) et les Partenaires Techniques et Financiers après engagement par le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA. **Le paiement se fera par virement direct des fonds sur les comptes des formations sanitaires.**

La Cellule Technique FBP est chargée de compiler au niveau national toutes les demandes de paiement envoyées par les CPVV et

La coordination et le suivi des paiements seront réalisées par la **Direction Générale des Ressources (DGR)** qui transmettra également les déclarations de créance au Ministère des Finances et aux Partenaires Techniques et Financiers impliqués dans le financement des prestations couvertes par la CAM.

V.5. La fonction de régulation

La régulation est du ressort du Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA 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 la Demande et de l'Offre des Soins et la Direction Générale des Ressources.**

V.6. La Fonction de Financement

Cette fonction est assurée par le **Gouvernement du Burundi à travers le Ministère des Finances** ainsi que les **Partenaires Techniques et Financiers** qui vont s'impliquer dans le soutien de la CAM.

Le Financement va se faire à travers **un fonds commun virtuel**.

Nota bene : Les rôles, les responsabilités et les tâches de chaque acteur à tous les niveaux seront détaillés dans un manuel des procédures.

VI. Le circuit de Financement et délai de remboursement

La vente des cartes d'assistance médicale se fera au niveau **des Centres de Santé Publics et Agréés**.

Les Centres de Santé vont déposer les fonds issus de la vente de la CAM au niveau d'un **compte spécial qui sera ouvert à cette fin par le Bureau Provincial de Santé en son nom**. Ce compte aura des sous comptes au nom des Districts Sanitaires composant la Province et chaque formation sanitaire versera l'argent sur le sous compte correspondant au nom de son District.

Le compte CAM ouvert au niveau du BPS aura trois signataires à savoir : **le Président du CPVV, le Médecin Directeur de la Province Sanitaire et le représentant de la société civile au sein du CPVV**. Les signatures du Président du CPVV et du Médecin Directeur de la Province Sanitaire seront des signatures obligatoires. Une signature suppléante d'un membre de la société au sein du CPVV sera de mise.

Les fonds issus de la vente de la CAM seront utilisés pour contribuer au paiement des coûts des soins, mais une partie de ces fonds pourrait également contribuer au financement des coûts opérationnels au niveau local.

Après la vérification au niveau des formations sanitaires, une facture basée sur les prestations couvertes par la CAM et le tarif unitaire forfaitaire pour chaque prestation sera élaborée et contre signée par les vérificateurs et les responsables de la formation sanitaire.

Les vérificateurs du CPVV vont saisir les factures des formations sanitaires dans une base de données et vont sortir une synthèse provinciale des demandes de paiement des formations sanitaires de la Province. Cette synthèse provinciale sera validée par le CPVV puis envoyée au niveau de la Cellule Technique Nationale FBP.

La Cellule Technique Nationale FBP va faire une synthèse nationale des demandes de paiement de toutes les Provinces et les répartir en fonction des sources de financement (Ministère des Finances ou Partenaires Techniques et Financiers). La DGR prépare une déclaration de créance à faire signer au Cabinet du MSPLS et transmet les demandes de paiement à tous les acteurs impliqués dans le paiement (Ministère des Finances et Partenaires Techniques Financiers).

Le Ministère des Finances (à travers la Banque de la République du Burundi) et les PTF impliqués dans le processus procèdent au paiement par un virement direct des fonds sur les comptes des formations sanitaires.

Le circuit de financement et les délais de remboursement sont repris dans le tableau ci-dessous :

Circuit de financement et délais de remboursement par les fonds publics

Activité à mener	Responsable	Délai requis (en jours)	Cumul (en jours)
Elaboration du rapport mensuel SIS	FOSA	5	5
Vérification et établissement de la facture mensuelle de chaque FOSA	CPVV (Equipe de Vérification)	14	19
Validation des données de chaque FOSA	CPVV	1	20
Transmission à la CT FBP des demandes de remboursement vérifiées et validées	BPS	1	21
Compilation, Synthèse et transmission à la DGR	CT-FBP	5	26
Analyse à la DGR par le contrôleur des engagements des dépenses publiques, signature par le cabinet du MSPLS et transmission des demandes d'engagement au MINFIN	DGR	3	26
Engagement, liquidation, ordonnancement et Virement par la BRB sur les comptes des bénéficiaires	MINFIN	21	50
TOTAL			50

Circuit de financement et délais de remboursement par les fonds des PTF

Activité à mener	Responsable	Délai requis (en jours)	Cumul (en jours)
Elaboration du rapport mensuel SIS	FOSA	5	5
Vérification et établissement de la facture mensuelle de chaque FOSA	CPVV (Equipe de vérification)	14	19
Validation des données de chaque FOSA	CPVV	1	20
Transmission à la CT-FBP des Demandes de Remboursement vérifiées et validées	BPS	1	21
Compilation, Synthèse et transmission à la DGR	CT-FBP	5	26
Analyse à la DGR, signature par le cabinet du MSPLS et transmission au PTF	DGR	3	29
Traitement par le PTF et Virement sur les comptes des bénéficiaires	PTF	15	44
TOTAL			44

VII. Base de données pour la gestion du système d'assistance médicale

Il sera nécessaire de développer une base de données permettant de gérer les données en rapport avec les prestations sanitaires ainsi que les données financières. Les vérificateurs du CPVV devront saisir les données dans cette base et la Cellule Technique FBP devra pouvoir générer la synthèse nationale des demandes de paiement à partir de cette base.

Il faudra envisager la possibilité de créer une fenêtre CAM dans l'actuelle base de données FBP pour des raisons d'efficacité. Cette fenêtre CAM sera gérée au niveau central par la Cellule Technique FBP.

VIII. Spécifications techniques de la CAM

La carte d'assistance médicale soit conçue sous la forme d'un carnet et contienne les éléments suivants :

✓ Un système de codification à 5 niveaux :

- Code Province
- Code District Sanitaire
- Code Centre de Santé
- Numéro d'adhésion
- Année d'achat de la CAM

- ✓ Une photo du chef de famille et son conjoint à la première page du carnet
- ✓ La validité du carnet est de 3 ans avec un renouvellement annuel matérialisé par une vignette du Centre de Santé avec date de renouvellement

IX. PERIODE DE VALIDITE DE LA CAM ET OUVERTURE DES DROITS

L'achat des cartes CAM se fera systématiquement au mois de Juillet de chaque année, période où les revenus de la population sont relativement plus élevés. La période de validité de la CAM cours du 1^{er} Août au 31 Juillet.

A titre exceptionnel, pour l'année 2012, la CAM sera valable du 1^{er} Mai 2012 au 31 Juillet 2013, étant donné que la vente des cartes CAM démarre le 01 Mai 2012.

Pour les achats des cartes CAM effectués après le mois de Juillet, c'est-à-dire en dehors de la période d'achat, le délai de validité reste fixé au 31 Juillet de l'année suivante.

Il est à noter que pour les ménages achetant la carte CAM pour la première fois, les droits sont ouverts après la période d'attente de deux mois, c'est-à-dire qu'avant de bénéficier des prestations de la CAM, les ayant droit devront attendre une période de deux mois après la date d'achat.

En cas de renouvellement des cotisations pour la deuxième année et les années suivantes, la période de renouvellement sera de deux mois c'est-à-dire du **01 Juillet au 31 Août** et la période d'attente de deux mois ne sera pas appliquée. Pour ceux qui renouvelleraient la carte après le 31 Août, la période d'attente de deux mois leur sera appliquée et la validité va rester fixée au 31 Juillet de l'année suivante.