



Etude de faisabilité pour une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé.

Auteurs :

- **Dr SOURA Yorba**, Consultant international Enabel
- **Dr NDAYIKUNDA Alain**, Consultant national Enabel

Février, 2022

Références du marché et du rapport de mission

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| Date de démarrage | 15 Novembre 2021 | |
| Titre de l'étude | Etude de faisabilité pour une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé au Burundi | |
| Durée de l'étude: | 30 jours ouvrables | |
| Référence du marché: | ENABEL BDI19003_10018 | |
| Provinces d'étude | Bujumbura-Mairie, Gitega, KIRUNDO | |
| Client: | Programme UE-PASS-FBP2 mis en œuvre par ENABEL | Adresse : Avenue Bisoro N°22 |
| | Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA | Adresse : Avenue Pierre NGENDANDUMWE |
| Consultants: | <p>Dr SOURA Yorba, MD, MHE Médecin, Economiste de la santé Consultant Indépendant Tél. +226 70 10 78 87 (mobile 1) +226 64 26 63 63 (mobile 2) +226 25 41 27 43 (Domicile) Ouagadougou, Burkina Faso Consultant International (Chef de Mission)</p> | |
| | <p>Dr Alain NDAYIKUNDA, MD, MPH. Tél : (+257 79594805) E-mail : alainndayikunda2014@gmail.com <u>Consultant National</u></p> | |
| Equipe ENABEL/PASS-FBP2 | <p>Dr Abdoulaye MAHAMAN SANI Mr Rénovat NSHIMIRIMANA Dr Philippe Mimitiri COMPAORE Dr Révérien NIYONGABO Dr Patrice NAHIMANA Dr Diomède NDAYITWAYEKO</p> | |

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Sigles et abréviations | 3 |
| RESUME EXECUTIF | 5 |
| I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION | 11 |
| II. OBJECTIFS DE L'ETUDE | 12 |
| 2.1. Objectif général | 12 |
| 2.2. Objectifs spécifiques | 12 |
| III. METHODOLOGIE | 13 |
| 3.1. Approche méthodologique | 13 |
| 3.2. Déroulement de l'étude | 13 |
| IV. RESULTATS | 14 |
| 4.1. Mécanismes de financement et leurs volumes financiers au niveau du secteur de la santé au Burundi | 14 |
| 4.1.1. <i>Appui budgétaire de l'Etat aux structures sanitaires (administratives et formations sanitaire)</i> | 14 |
| 4.1.2. <i>Financement basé sur la performance couplé à la gratuité (FBP-G)</i> | 16 |
| 4.1.3. <i>Mutuelle de la Fonction publique (MFP)</i> | 17 |
| 4.1.4. <i>Carte d'Assistance Médicale (CAM)</i> | 18 |
| 4.1.5. <i>Mutuelles communautaires de santé</i> | 18 |
| 4.1.6. <i>Régime de prise en charge des indigents</i> | 19 |
| 4.1.7. <i>Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé</i> | 20 |
| 4.1.8. <i>Financements de la santé provenant de l'extérieur</i> | 20 |
| 4.1.9. <i>Les paiements directs des ménages</i> | 21 |
| 4.1.10. <i>Synthèse du financement des soins de santé au Burundi</i> | 21 |
| 4.2. Adéquation du financement aux besoins | 22 |
| 4.2.1. <i>Adéquation aux besoins des financements de la santé en général</i> | 22 |
| 4.2.2. <i>Adéquation aux besoins du FBP-G en particulier</i> | 23 |
| 4.3. Principaux problèmes de financement de la santé et du FBP-G | 25 |
| 4.3.1. <i>Principaux problèmes de financement de la santé en général</i> | 25 |
| 4.3.2. <i>Principaux problèmes de financement du FBP en particulier</i> | 27 |
| 4.4. Goulots d'étranglement à la réussite des stratégies de mobilisation des ressources pour le FBP-G | 28 |
| 4.5. Modèle opérationnel de mutualisation des ressources du FBP-G dans le contexte du Burundi | 29 |
| 4.5.1. <i>Description des modèles de mutualisation possibles dans le contexte du Burundi</i> | 29 |
| 4.5.2. <i>Modalités opérationnelles de mutualisation des ressources du FBP-G</i> | 31 |
| 4.6. Facteurs de faisabilité de la mutualisation des fonds FBP-G | 36 |
| 4.6.1. <i>Faisabilité politique</i> | 36 |
| 4.6.2. <i>Faisabilité juridique</i> | 37 |
| 4.6.3. <i>Faisabilité technique</i> | 38 |
| 4.6.4. <i>Faisabilité économique</i> | 39 |
| 4.6.5. <i>Faisabilité sociale</i> | 40 |
| 4.6.6. <i>Faisabilité temporelle</i> | 41 |
| 4.7. Bénéfices du mécanisme de mutualisation des fonds FBP-G | 42 |
| V. ANALYSE ET CONCLUSIONS | 43 |
| 5.1. Expériences nationales et internationales de mutualisation des ressources | 43 |
| 5.1.1. <i>Expériences nationales de mutualisation des ressources</i> | 43 |
| 5.1.2. <i>Expériences internationales de mutualisation des ressources</i> | 44 |
| 5.2. Quel format FBP dans un contexte de CSU ? | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3. Engagement politique et capacité du trésor public à assurer ses engagements financiers..... | 48 |
| 5.4. Engagement des PTF et prévisibilité des fonds extérieurs | 49 |
| 5.5. Harmonisation des procédures de gestion, de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle et leadership de l'Etat | 49 |
| 5.6. Conclusions..... | 49 |
| 5.6.1. <i>Modèle de mutualisation retenu par l'étude.....</i> | 49 |
| 5.6.2. <i>Conditions de succès du modèle de mutualisation retenu</i> | 50 |
| VI. RECOMMANDATIONS..... | 52 |
| ANNEXES | 54 |
| Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées lors de la phase terrain..... | 54 |
| Annexe 2 : Equivalences entre les échelles d'évaluation/d'appréciation | 55 |
| Annexe 3 : Exemple de Protocole de Financement Commun du PADS, Burkina Faso | 56 |

Sigles et abréviations

| | |
|-----------|--|
| ADISCO | : Appui au Développement Intégral et à la Solidarité sur les Collines |
| AMU | : Assurance Maladie Universelle |
| ASBL | : Association Sans But Lucratif |
| CAM | : Carte d'Assistance Médicale |
| CAMEBU | : Centrale d'Achat des Médicaments du Burundi |
| CAMO | : Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire |
| CDS | : Centre de santé |
| CNPS | : Commission Nationale de Protection Sociale |
| CNS | : Comptes Nationaux de la Santé |
| CPVV | : Comité Provincial de Vérification et Validation |
| CSU | : Couverture Sanitaire Universelle |
| CT-FBP | : Cellule Technique- Financement Basé sur la Performance |
| DTS | : Dépenses Totales de Santé |
| FBP | : Financement Basé sur la Performance |
| FBP-G | : Financement Basé sur la Performance couplé à la Gratuité |
| FC | : Fond Commun |
| FDN | : Forces de Défense Nationale |
| FEMUSCABU | : Fédération des Mutuelles des Caféculteurs du Burundi |
| FOSA | : Formation Sanitaire |
| FVS-AMADE | : Famille pour Vaincre le Sida et Ami des Enfants |
| GAVI | : Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation |
| KFW | : Banque allemande de développement |
| MEMISA | : Action Médicale Missionnaire |
| MFP | : Mutuelle de la Fonction Publique |
| MINAGRIE | : Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage |
| MSPLS | : Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre le SIDA |
| MUNASA | : Mutuelle Nationale de Santé |
| MUSA | : Mutuelle communautaire de santé |
| ODD | : Objectif de Développement Durable |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | : Organisation Non Gouvernementale |
| PAMUSAB | : Plateforme des Acteurs des Mutuelles de Santé Communautaire du Burundi |
| PASS | : Programme d'Appui au Système de Santé |
| PCA | : Paquet Complémentaire d'Activité |
| PIB | : Produit Intérieur Brutt |
| PMA | : Paquet Minimum d'Activité |
| PNB | : Police Nationale du Burundi |
| PTFs | : Partenaires Techniques et Financiers |
| SEP | : Secrétariat Exécutif Permanent |

UCODE/AMR : Union pour la Coopération et le Développement / Appui au Monde Rural
UE : Union Européenne
USD : Dollar américain

Contexte et justification

En vue de renforcer le système de santé, le Burundi a initié, depuis 2005, d'importantes réformes dans le fonctionnement de son système de santé. Ainsi, plusieurs stratégies et mesures Gouvernementales d'exemptions de paiement et de régimes assurantiels publics au profit de certaines couches socioprofessionnelles ont été instaurées parmi lesquels se trouve le financement basé sur la performance couplée à la gratuité (FBP-G) des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Cette stratégie de FBP-G est financée essentiellement par le Gouvernement et ses partenaires intervenants dans le secteur de la santé (l'Union Européenne à travers ENABEL, la Banque Mondiale et la KfW à travers CORDAID).

De façon remarquable, depuis sa mise en œuvre, la stratégie FBP-G a contribué à améliorer l'utilisation et la qualité des soins. D'autre part, le FBP-G a amélioré la gouvernance et la gestion des structures de santé en corrigeant certains dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé.

Cependant, son montage actuel du financement FBP-G a montré ses limites. Premièrement, il a été constaté une perte de la continuité du financement des activités au niveau opérationnel. En effet, certains partenaires financent seulement souvent une partie d'un volet de la stratégie, d'autres seulement certaines provinces et non pas toutes, ou des indicateurs du PMA et non ceux du PCA. Deuxièmement, chaque bailleur de fonds a sa propre politique concernant le décaissement, l'approvisionnement et les systèmes d'audit et beaucoup effectuent les versements directement aux prestataires de service, ce qui rend difficile une prise de décision commune par le MSPLS et ses bailleurs de fonds. Enfin, la bonne marche de la mise en œuvre est compromise par l'absence de financements croisés car il arrive qu'une partie de financement d'un partenaire s'épuise pour un volet (cas pour le cofinancement des subsides des FOSA par exemple) avec une disponibilité du financement des autres volets comme celui des coûts opérationnels ou celui du système de vérification.

En toute logique, une mutualisation des fonds s'impose comme meilleure solution pour faire face à tous ces problèmes liés au montage actuel. C'est ainsi que, le programme UE-PASS-FBP-2 financé par l'Union Européenne en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi a commandité cette étude de faisabilité pour une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé.

Cette étude permettra d'évaluer la faisabilité d'une mise en commun des fonds finançant le FBP-G et ainsi permettre au Ministère de la santé une meilleure planification, un meilleur accès aux fonds, une utilisation équitable à travers une meilleure coordination dans l'optique de la préparation en vue de tendre vers les Objectifs de Développement Durable (ODD), de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

Objectifs de l'étude

Cette étude avait comme objectif général de contribuer au développement d'un mécanisme de financement de la santé basé sur la mutualisation des fonds du FBP-G en vue d'une mobilisation

optimale des ressources, d'une réduction des risques financiers, des barrières d'accès aux services de santé, du gaspillage, de la promotion de l'efficacité et de la réduction des inégalités dans la couverture de soins de santé dans l'optique de la préparation à l'atteinte de la couverture universelle aux soins et services de santé.

Ses objectifs spécifiques étaient de (i) documenter le fonctionnement effectif des mécanismes de financement au niveau du secteur de la santé au Burundi, (ii) analyser les volumes de financements dégagés par chaque mécanisme (CAM, MFP, FBP- gratuité...), (iii) évaluer leur adéquation par rapport aux besoins des financements de la santé en général et du FBP-G en particulier, (iv) identifier les principaux problèmes de financement auxquels le secteur de la santé est confronté, (v) identifier les goulots d'étranglement à la réussite des stratégies déjà mises en œuvre en vue d'améliorer la mobilisation des ressources pour le FBP-G et d'éviter les GAP de financement, (vi) proposer un modèle opérationnel ainsi que les modalités opérationnelles d'un mécanisme de financement assurant la mutualisation des fonds FBP de manière effective adapté au contexte du Burundi, (vii) identifier les facteurs pouvant entraver la faisabilité institutionnelle et politique de la mutualisation des fonds FBP, (viii) documenter les bénéfices du mécanisme de mutualisation des fonds FBP, (ix) analyser la cohérence entre la structure de mise en commun et les modalités de la mobilisation des ressources et (x) proposer au MSPLS des recommandations avec un plan d'opérationnalisation de mise en place de ce mécanisme de mutualisation des fonds FBP-G.

Approche méthodologique et déroulement de l'étude

Cette étude de faisabilité s'est appuyée sur une méthodologie à la fois quantitative, qualitative et participative assortie d'une collecte des données centrée sur la revue documentaire et des entretiens individuels et de groupes avec des personnes ressources ciblées. Différents outils (fiches d'entretien, fiche de dépouillement) ont été conçus pour la collecte des données.

Des données quantitatives secondaires ont été obtenues à partir des documents consultés lors de la revue documentaire. Ces données concernaient les volumes des financements mobilisés par les différents mécanismes de financements de la santé au Burundi, les effectifs des populations cibles, les paquets de soins couverts et les montants des tickets modérateurs. Ces données ont été analysées avec le « logiciel R ».

Quant aux données qualitatives, elles ont été collectées lors des entretiens individuels avec les parties prenantes clés identifiées au Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA (aux différents niveaux du système de santé), au Ministère en charge du budget, des Finances et de l'économie, au Ministère de la Solidarité Nationale et parmi les PTFs impliqués dans le FBP (voir la liste en annexe 1). Au cours des différents entretiens, il a été donné l'opportunité aux différentes parties prenantes de s'exprimer sur la faisabilité d'une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé. Six critères clés avaient été identifiés comme dimensions d'analyse de faisabilité d'un fond commun FBP à savoir la faisabilité politique, juridique, technique, économique, sociale et temporelle.

L'analyse des données qualitatives a été effectuée thématiquement (par critère de faisabilité) par triangulation des données/idées issues des entretiens individuels.

Cette étude de faisabilité a été conduite en 3 phases bien distinctes : une **phase préparatoire et de revue documentaire** au terme de laquelle il a été finalisé les orientations méthodologiques de l'étude et les outils de collecte des données ; une **phase de collecte des données sur terrain** pendant laquelle il a été essentiellement mené des interviews avec un échantillon représentatif des

parties prenantes clés impliquées dans le financement de la santé en général et dans le FBP-G en particulier et **une phase de synthèse et rédaction du rapport** durant laquelle il a été effectué une analyse des données et rédigé le rapport de l'étude.

Résultats

1. Analyse des différents mécanismes de financement de la santé

Le financement de la santé au Burundi est effectué par (i) l'appui budgétaire de l'Etat aux structures sanitaires, (ii) le financement basé sur la performance couplé à la gratuité (FBP-G), la mutuelle de la Fonction publique (MFP), (iii) la Carte d'Assistance Médicale (CAM), (iv) les mutuelles communautaires de santé, (v) le régime de prise en charge des indigents, (vi) les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé, (vii) les financements de la santé provenant de l'extérieur, (viii) les paiements directs des ménages.

Lorsqu'on examine la structure de des dépenses par source de financement de 2010 à 2018, on constate que les trois principales sources de financement de la santé au Burundi sont les fonds d'origine extérieure (38,9%), les contributions des ménages (30,1%) et les financements provenant de l'administration publique (24,9%). Ainsi, il se dégage une dépendance du financement de la santé au Burundi aux transferts d'origine étrangère et une forte contribution des ménages.

En ce qui est des volumes de financement des différents mécanismes, il se dégage que la part du budget du gouvernement alloué à la santé reste faible (14,7% en 2021) et que le FBP reste la principale source de revenus pour les FOSA. Quant aux différents mécanismes assuranciers et mutualistes, l'analyse des volumes de cotisations collectées et des coûts de prestations à couvrir révèle un déficit énorme pour la CAM et le régime des indigents.

L'analyse de l'adéquation du financement aux besoins a révélé une inadéquation aux besoins des financements de la santé en général. Le constat a été que les volumes des financements publics pour la santé sont en deçà des normes et références internationales. D'abord le Gouvernement du Burundi alloue à la santé un budget inférieur au 15% des dépenses publiques préconisées par la convention d'Abuja (soit 12,1% de son budget). Ensuite, les 20,19 USD par habitant par an dépensés en 2018 par le Gouvernement burundais sont très loin des 86 USD de DTS par habitant par an recommandé pour assurer une prestation de service de santé de base dans le cadre de la réalisation de la CSU et encore plus bas que les 112 USD/habitant pour l'atteinte de l'ODD 3.

Aussi, les insuffisances ci-après ont été relevées sur l'adéquation du financement aux besoins du FBP : (i) inversion des proportions du budget FBP-G utilisé aux niveaux du PCA et du PMA ; (ii) insuffisance de trésorerie du Trésor Public pour assurer à temps les besoins financiers du FBP-G, entraînant surtout un retard de vérification pour les CPVV et ainsi un retard de paiement des factures des FOSA ; (iii) limitation des financements d'Enabel/UE aux formations sanitaires avec des difficultés de financement des coûts opérationnels très critiques dans le fonctionnement général du FBP-G tels que ceux relatifs aux CPPV (contribuant ainsi au retard de paiement même des fonds des PTF aux formations sanitaires)

2. Modèle opérationnel de mutualisation des ressources du FBP-G dans le contexte du Burundi

Dans un tel contexte marqué par des mutations institutionnelles en cours en vue d'une transition vers une assurance maladie obligatoire, trois hypothèses de mutualisation des ressources du FBP-G sont formulées afin de prendre en compte le maximum de paramètres de faisabilité de l'étude.

Hypothèse 1 : mécanisme basé sur la **formalisation du fonds commun virtuel en cours**, assurant la complémentarité et la suppléance en cas de défaillance d'une source et avec une autonomie de gestion de chaque source de financement. Elle se justifie surtout par la nécessité

d'assurer une continuité dans la mise en œuvre du FBP afin de garantir absolument le financement des FOSA. Le FBP étant actuellement leur principale source de financement. Elle tient également compte des multiples incertitudes dans le financement du FBP : (i) la fin très proche des accords de financement de certains bailleurs, (ii) le désir de certains de se retirer du secteur de la santé et (iii) les mutations institutionnelles nationales en cours en lien avec l'harmonisation des circuits de financement ainsi que le respect du principe de séparation des fonctions.

Hypothèse 2 : mécanisme de mutualisation comprenant au moins : (i) une caisse formelle, recevant des **fonds FBP ciblés** provenant de plusieurs sources/bailleurs nationaux et internationaux, (ii) une unité de gestion et (iii) des procédures de gestion communes et consensuelles. Elle se justifie par le fait que les ressources de certains bailleurs ne peuvent pas assurer au stade actuel, le financement de toutes les interventions du FBP (notamment les subsides des structures de régulation).

Hypothèse 3 : mécanisme de mutualisation comprenant au moins : (i) une caisse formelle recevant des **fonds FBP fongibles** provenant de plusieurs sources/bailleurs nationaux et internationaux, (ii) une unité de gestion et (iii) des procédures de gestion communes et consensuelles. Elle se justifie par la nécessité d'opérer progressivement les réformes institutionnelles afin de minimiser les risques. Elle tient également compte de la nécessité et du délai de révision des accords de financement des bailleurs afin de permettre la mise en place d'un tel fonds commun parfait.

Une quatrième hypothèse hors mandat de cette mission serait la mutualisation des fonds de tous les acteurs de la santé surtout les PTF pour financer la santé afin d'assurer une bonne prévisibilité des ressources, une efficacité d'utilisation dans l'utilisation des ressources et surtout une synergie d'intervention à travers la mise en place d'une caisse commune, une planification commune et un même mécanisme de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle des bénéficiaires du financement. Des responsables rencontrés dans le cadre de cette étude ont évoqué cette possibilité qui serait salvatrice pour le financement de la santé.

Conclusion

1. Modèle de mutualisation retenu par l'étude

L'analyse de la faisabilité sur base des six critères nous a conduit à conclure que la première hypothèse (H1) de notre étude relative au **fonds commun virtuel** est celle qui a le plus de chances d'être réalisée dans le contexte actuel du Burundi.

2. Conditions de succès du modèle de mutualisation retenu

La mutualisation des ressources nécessite un niveau de confiance élevé entre les bailleurs et une vision commune dans l'amélioration de la santé des populations du moins un minimum d'objectifs communs.

De cette condition générale et fondamentale, il se dégage les conditions spécifiques et opérationnelles ci-après :

- l'existence d'une intervention sanitaire ou d'un plan ou programme de santé approuvé par les bailleurs concernés ;
- l'existence d'un leader pour initier le projet de mutualisation et mobiliser les autres bailleurs. Ce leadership revient de droit au Gouvernement et ses démembrements mais l'expérience montre parfois que c'est un PTF ou un groupe de PTF qui l'assure au début avant de le confier au Gouvernement ;

- la mise en place d'un cadre de concertation fonctionnel entre les différents bailleurs : le CT-élargi doit servir de cadre et sa fonctionnalité et ses missions doivent être renforcées et élargies à la mise en place et au bon fonctionnement du FC virtuel FBP ;
- l'existence des documents officiels mettant en place le fonds commun (convention de partenariat, Décret, Ordonnance ou Arrêté, etc.) ;
- la réalisation régulière des bilans périodiques (au moins semestriels) assortis de documents approuvés par l'ensemble des parties prenantes. L'établissement de ces bilans devrait être le plus participatif possible afin de renforcer la transparence et l'adhésion des différents bailleurs ;
- le renforcement de la redevabilité tant auprès des bailleurs de fonds qu'aux bénéficiaires des prestations financées par le fonds commun.

Recommandations

Au MSPLS notamment les structures concernées (DGSLS, DGR, DGP et CT-FBP)

1. **Veiller à définir clairement la place et l'avenir du FBP-G dans la stratégie nationale de financement de la santé en cours d'élaboration (au regard des acquis du FBP à consolider)**, il s'agira de mettre en place un comité représentatif des structures clés du MSPLS concernés par le financement et d'assurer sa participation active et régulière aux différentes sessions d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé *délai : immédiat et continu jusqu'à l'adoption de la stratégie de financement de la santé ;*
2. **Organiser un atelier de définition des nouvelles orientations stratégiques du FBP avec tous les acteurs concernés dans le contexte d'évolution accélérée vers l'AMU avec l'appui de deux consultants (international et national)**. La mise en phase du FBP avec les régimes assurantiels devrait être le thème central tout en veillant : (i) à focaliser le FBP sur l'achat de la qualité, (ii) à introduire l'achat des performances des structures communautaires de promotion des régimes assurantiels et (iii) la séparation des fonctions en changeant la tutelle institutionnelle de la CT-FBP et des CPVV, etc. *délai : avant fin mai 2022 ;*
3. **Réviser les documents de base du FBP (manuel de procédures du FBP) sur la base des nouvelles orientations stratégiques avec l'appui de deux consultants (international et national)**, *délai : avant fin juin 2022 ;*
4. **Réaliser un nouveau costing du FBP (manuel de procédures du FBP révisé) sur la base des nouvelles orientations stratégiques pour les 5 prochaines années avec l'appui de deux consultants (international et national)**, *délai : avant fin juin 2022 ;*
5. **Mobiliser de nouveaux PTF pour le financement du FBP nouvelle formule adaptée au développement de l'AMU**. Il s'agira surtout d'élaborer un document synthétique sur le nouveau FBP avec les projections budgétaires, d'organiser des rencontres (personnalisées ou collectives) de plaidoyer auprès des différents bailleurs potentiels, de sensibiliser les élus et les supérieurs hiérarchiques sur l'importance du FBP, etc. *délai : avant fin décembre 2022 ;*
6. **Elaborer une convention de financement commun du FBP pour la création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP en collaboration avec les différents PTF**, *délai : avant fin avril 2022 ;*
7. **Organiser une rencontre de validation et de signature de la convention de financement commun du FBP (création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP) par les différents bailleurs**, *délai : avant fin mai 2022.*

Aux PTF notamment Enabel

8. **Participer activement au processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé tout en veillant à sensibiliser les acteurs sur l'importance du FBP dans le contexte du Burundi, les acquis du FBP et la nécessité de les capitaliser en vue de promouvoir l'AMU, délai : immédiat et continu jusqu'à l'adoption de la stratégie de financement de la santé ;**
9. **Participer activement à l'élaboration de la convention de financement commun du FBP pour la création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP en appui technique aux structures Etatiques et en collaboration avec les autres PTF, délai : avant fin avril 2022 ;**
10. **Recruter deux consultants (un international et un national) pour appuyer techniquement la CT-FBP-G dans l'élaboration du nouveau costing du FBP sur la base des nouvelles orientations retenues, délai : avant fin juin 2022**
11. **Appuyer financièrement les différentes activités concourant à la définition d'un nouveau FBP et son opérationnalisation, délai : continu jusqu'à l'adoption du nouveau manuel de procédures FBP révisé ;**
12. **Apporter un appui technique et financier à l'organisation d'une rencontre de validation et de signature de la convention de financement commun du FBP (création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP) par les différents bailleurs, délai : avant fin mai 2022.**

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

En vue de renforcer le système de santé, le Burundi a initié, depuis 2005, d'importantes réformes dans le fonctionnement de son système de santé. Ainsi, plusieurs stratégies et mesures Gouvernementales d'exemptions de paiement et de régimes assurantiels publics au profit de certaines couches socioprofessionnelles ont été instaurées. Ce sont principalement la CAM, la MFP, la prise en charge gratuite des agents des forces de défense et de sécurité (FDNB et PNB), la prise en charge des indigents par le ministère en charge de la solidarité, la gratuité des soins liée aux pathologies érigées en programmes nationaux (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, etc.) et le financement basé sur la performance couplé à la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

De façon remarquable, depuis sa mise en œuvre, la stratégie FBP-G a contribué à améliorer l'utilisation et la qualité des soins. Ainsi, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016, le taux de mortalité néonatal est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016, le taux des accouchements assistés en milieu de soins est passé de 13% en 2005 à 85% en 2017 et des progrès notables ont été observés sur le taux des enfants complètement vaccinés (83,1%²) et la prévalence contraceptive. D'autre part, le FBP-G a amélioré la gouvernance et la gestion des structures de santé en corrigeant certains dysfonctionnements observés lors de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé. En effet, le délai de remboursement des formations sanitaires a été réduit de moitié ; les surfacturations ont été réduites par la mise en place d'un système efficace de vérification et de contre vérification, la fiabilité des données SIS a été améliorée ; la charge administrative des formations sanitaires a été fortement allégée avec des documents à remplir qui sont passés de 2 500 pages à 2 pages par mois et par FOSA et une motivation financière des prestataires de soins a été introduite¹.

Cette stratégie de FBP-G est financée essentiellement par le Gouvernement et ses partenaires intervenants dans le secteur de la santé. Selon le rapport annuel 2020 de mise en œuvre du FBP, le Gouvernement a payé 45% des fonds pour le financement global du FBP-Gratuité ; l'Union Européenne à travers ENABEL a payé 25% des fonds, la Banque Mondiale a payé 23% des fonds répartis sur deux sources : le projet KIRA (16%) et les fonds GAVI (7%) tandis que la KfW à travers CORDAID a payé 7% des fonds².

Le montage actuel du financement FBP-G a montré ses limites. Premièrement, il a été constaté une perte de la continuité du financement des activités au niveau opérationnel. En effet, certains partenaires financent seulement souvent une partie d'un volet de la stratégie, d'autres seulement certaines provinces et non pas toutes, ou des indicateurs du PMA et non ceux du PCA. Deuxièmement, chaque bailleur de fonds a sa propre politique concernant le décaissement, l'approvisionnement et les systèmes d'audit et beaucoup effectuent les versements directement aux prestataires de service, ce qui rend difficile une prise de décision commune par le MSPLS et ses bailleurs de fonds. Enfin, la bonne marche de la mise en œuvre est compromise par l'absence

¹ Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur performance Seconde génération, version révisée 3, p.10

² Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance couple à la gratuite ciblée des soins au cours de l'année 2020

de financements croisés car il arrive qu'une partie de financement d'un partenaire s'épuise pour un volet (cas pour le cofinancement des subsides des FOSA par exemple) avec une disponibilité du financement des autres volets comme celui des coûts opérationnels ou celui du système de vérification

En toute logique, une mutualisation des fonds s'impose comme meilleure solution pour faire face à tous ces problèmes liés au montage actuel. C'est ainsi que, le programme UE-PASS-FBP-2 financé par l'Union Européenne en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre le SIDA du Burundi a commandité cette étude de faisabilité pour une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé.

Cette étude permettra d'évaluer la faisabilité d'une mise en commun des fonds finançant le FBP-G et ainsi permettre au Ministère de la santé une meilleure planification, un meilleur accès aux fonds, une utilisation équitable à travers une meilleure coordination en vue d'accélérer l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) en général et en particulier la Couverture Sanitaire Universelle (CSU).

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

Contribuer au développement d'un mécanisme de financement de la santé basé sur la mutualisation des fonds du FBP-G en vue d'une mobilisation optimale des ressources, d'une réduction des risques financiers, des barrières d'accès aux services de santé, du gaspillage, de la promotion de l'efficacité et de la réduction des inégalités dans la couverture de soins de santé dans l'optique de la préparation à l'atteinte de la couverture universelle aux soins et services de santé.

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- Documenter le fonctionnement effectif des mécanismes de financement au niveau du secteur de la santé au Burundi
- Analyser les volumes de financements dégagés par chaque mécanisme (CAM, MFP, FBP- gratuité...);
- Evaluer leur adéquation par rapport aux besoins des financements de la santé en général et du FBP-G en particulier
- Identifier les principaux problèmes de financement auxquels le secteur de la santé est confronté
- Identifier les goulots d'étranglement à la réussite des stratégies déjà mises en œuvre en vue d'améliorer la mobilisation des ressources pour le FBP-G et d'éviter les GAP de financement
- Proposer un modèle opérationnel ainsi que les modalités opérationnelles d'un mécanisme de financement assurant la mutualisation des fonds FBP de manière effective adapté au contexte du Burundi
- Identifier les facteurs pouvant entraver la faisabilité institutionnelle et politique de la mutualisation des fonds FBP

- Documenter les bénéfices du mécanisme de mutualisation des fonds FBP
- Analyser la cohérence entre la structure de mise en commun et les modalités de la mobilisation des ressources
- Proposer au MSPLS des recommandations avec un plan d'opérationnalisation de mise en place de ce mécanisme de mutualisation des fonds FBP-G.

III. METHODOLOGIE

3.1. Approche méthodologique

Cette étude de faisabilité s'est appuyée sur une méthodologie à la fois quantitative, qualitative et participative assortie d'une collecte des données centrée sur la revue documentaire et des entretiens individuels et de groupes avec des personnes ressources ciblées. Différents outils (fiches d'entretien, fiche de dépouillement) ont été conçus pour la collecte des données. La liste des personnes rencontrées est en annexe 1

Des données quantitatives secondaires ont été obtenues à partir des documents consultés lors de la revue documentaire. Ces données concernaient les volumes des financements mobilisés par les différents mécanismes de financements de la santé au Burundi, les effectifs des populations cibles, les paquets de soins couverts et les montants des tickets modérateurs. Ces données ont été analysées avec le « logiciel R ».

Quant aux données qualitatives, elles ont été collectées lors des entretiens individuels avec les parties prenantes clés identifiées au Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA (aux différents niveaux du système de santé), au Ministère en charge du budget, des Finances et de l'économie, au Ministère de la Solidarité Nationale et parmi les PTFs impliqués dans le FBP (voir la liste en annexe 1).

Au cours des différents entretiens, il a été donné l'opportunité aux différentes parties prenantes de s'exprimer sur la faisabilité d'une mutualisation effective des fonds avec également l'utilisation d'un système de gestion financière unique (multi-acteurs et multi-bailleurs) dans le cadre du financement de la santé. Six critères clés avaient été identifiés comme dimensions d'analyse de faisabilité d'un fond commun FBP à savoir la faisabilité politique, juridique, technique, économique, sociale et temporelle.

L'analyse des données qualitatives a été effectuée thématiquement (par critère de faisabilité) par triangulation des données/idées issues des entretiens individuels.

3.2. Déroulement de l'étude

Cette étude de faisabilité a été conduite en 3 phases bien distinctes. Chaque phase avait des activités et des livrables bien spécifiques.

➤ Phase 1 : Préparatoire et de revue documentaire.

Au cours de cette phase, une réunion de cadrage avec l'équipe ENABEL a été organisée. Elle a été suivie d'une exploitation des documents existants, de la finalisation des orientations méthodologiques de l'étude, de la finalisation des différents outils de collecte des données et de la préparation de la collecte des données. A la fin de cette phase, il était attendu que la note de

cadrage de l'étude soit prête, que les différents outils soient disponibles et que l'équipe des consultants ait des informations nécessaires au déploiement sur terrain.

Au cours de cette phase, une revue documentaire préliminaire a été réalisée sur la documentation existante surtout en ligne. Elle a surtout portée sur les expériences de mutualisation des fonds du secteur santé de certains pays d'Afrique au Sud du Sahara.

➤ **Phase 2 : Collecte des données sur terrain**

Au cours de cette phase, il a été essentiellement **mené des interviews avec un échantillon représentatif des parties prenantes clés** impliquées dans le financement de la santé en général et dans le FBP-G en particulier. Un accent particulier a été mis sur les interviews des autorités sanitaires, des autres secteurs concernés et surtout des représentants des PTF impliqués dans le financement du FBP-G et des PTF potentiels.

Les interviews des responsables des structures concernés par la prise de décision étaient articulées autour des critères de faisabilité de la création et du fonctionnement d'un fonds commun qui ont été énoncés en haut. Une approche participative a été adoptée lors des entretiens individuels.

A la fin de cette phase, une réunion de restitution a été organisée à l'endroit de l'équipe ENABEL/PASS-FBP2 sur les constats préliminaires de la collecte.

➤ **Phase 3 : Synthèse et rédaction du rapport**

Durant cette phase, une analyse thématique par triangulation des informations a été effectuée, des conclusions ont été tirées et des recommandations formulées. Un rapport provisoire a été transmis à ENABEL/PASS-FBP2 et une réunion de restitution des résultats de l'étude a été animée. Enfin, les amendements du comité de lecture ont été intégrées et validés par le MSPLS et ENABEL.

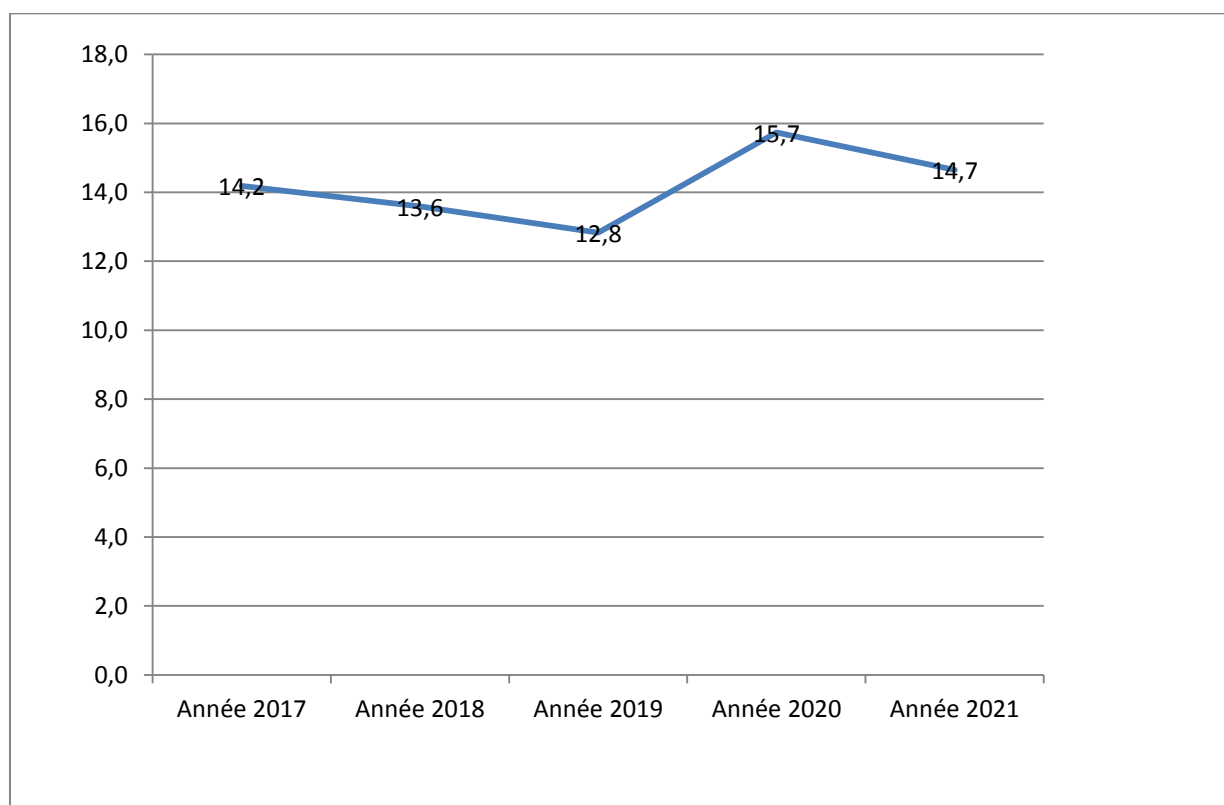
IV. RESULTATS

4.1. Mécanismes de financement et leurs volumes financiers au niveau du secteur de la santé au Burundi

4.1.1. Appui budgétaire de l'Etat aux structures sanitaires (administratives et formations sanitaire)

Selon les données des lois des finances entre 2017 et 2021 du Burundi, la participation du Gouvernement par le biais du budget alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté fortement passant de 10,41% en 2010, 10,9% en 2013 et 12,9% en 2016.

Après 2016, l'évolution de la part du budget allouée au financement de la santé a augmenté pour atteindre 14.2% en 2017. Une baisse de cette part du budget du Gouvernement a été observée en 2018 et 2019 avant d'augmenter à nouveau à 15.7% en 2020 et baisser 14.7 en 2021 (graphique n°1).



Graphique n°1 : Evolution de la part du budget du Gouvernement alloué à la santé entre 2017 et 2021, au Burundi

La répartition du budget du MSPLS entre les investissements, la masse salariale et les autres frais de fonctionnement, est assez équilibrée. Toutefois, la répartition géographique du personnel entre milieu urbain et rural reste à améliorer en faveur du milieu rural qui est défavorisé par rapport au milieu urbain³.

Tableau n°1 : Evolution du Budget et des principales sections budgétaires du MSPLS du Burundi de 2017 à 2021 (en BIF)

| Item | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Fonctionnement | 77.982.143.296 | 81.885.167.725 | 86.123.248.982 | 90.291.971.096 | 95.602.461.863 |
| <i>Part du fonctionnement dans le budget</i> | 47,67% | 48,70% | 50,58% | 40,33% | 41,77% |
| Salaires | 35.975.863.370 | 36.926.757.188 | 37.829.749.955 | 38.683.849.955 | 39.676.749.956 |
| <i>Part des salaires dans le budget</i> | 21,99% | 21,96% | 22,22% | 17,28% | 17,33% |
| Achat des biens et services | 4.781.610.342 | 5.375.024.198 | 5.174.554.690 | 5.589.376.985 | 5.887.255.404 |
| Dons (allocations, prestations sociales) | 27.546.628.260 | 29.705.345.015 | 33.240.903.013 | 36.040.702.832 | 40.010.415.179 |
| Investissements | 85.594.458.634 | 86.252.273.955 | 84.162.273.955 | 133.598.205.232 | 133.281.205.232 |
| <i>Part des investissements dans le budget</i> | 52,33% | 51,30% | 49,42% | 59,67% | 58,23% |
| Budget du Ministère de la | 163.576.601.930 | 168.137.441.680 | 170.285.522.937 | 223.890.176.328 | 228.883.667.095 |

³ Banque mondiale, Evaluation de la pauvreté au Burundi, 2016

| santé | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Part du budget du MSPLS dans le budget du Gouvernement | 14,2 % | 13,6 % | 12,8 % | 15,7 % | 14,7 % |

Sources : lois des finances 2017 à 2021 du Burundi

4.1.2. Financement basé sur la performance couplé à la gratuité (FBP-G)

Depuis 2006, le Gouvernement burundais a adopté la politique de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes^{4,5} et, au cours de la même année, le financement basé sur la performance a commencé par une expérience pilote dans trois provinces du Burundi. Après une évaluation positive de cette expérience pilote, le FBP a été mis à l'échelle nationale depuis avril 2010 et les deux stratégies ont par la suite été fusionnées⁶ pour remédier aux difficultés liées à la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Dans sa forme classique, le FBP est une approche de financement de la santé basée sur un contrat de performance avec les formations sanitaires et visant à renforcer la disponibilité, la continuité et la qualité des soins et services de santé au profit de toute la population. Au Burundi, le FBP a été couplé à la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cela a fait qu'il s'apparente à un régime assurantiel couvrant ces deux groupes de population contre le risque maladie.

En 2015, ces deux groupes représentaient 22.16% de la population totale contre 22% en 2020 si l'on tient compte des projections démographiques du Burundi⁷.

Tableau n°2 : Cibles de la gratuité en 2015 et 2020 au Burundi

| Groupes spécifiques cibles de la gratuité | Effectif ⁸ | |
|---|-----------------------|------------------|
| | 2015 | 2020 |
| Enfants de moins de 5 ans | 1 701 929 | 1 922 121 |
| Femmes enceintes attendues | 475 399 | 536 905 |
| Total | 2 177 328 | 2 699 504 |

Un paquet minimum d'activité (PMA) a été fixé pour le niveau centre de santé tandis qu'un paquet complémentaire d'activité (PCA) a été fixé pour les hôpitaux des différents niveaux⁹. Aucun ticket modérateur n'est demandé pour l'accès aux soins à ces deux groupes de population.

Les volumes de financement mobilisés pour le FBP-G, varient chaque année. Ainsi, sur la période de 2017 à 2020, les montants dépensés annuellement sont résumés dans le tableau n°3 ci-dessous :

Tableau n°3 : Evolution du budget de la gratuité ciblée du Burundi de 2017 à 2020

⁴ Décret Présidentiel No100/136 du 16 juin 2006

⁵ Décret Présidentiel No100/38 du 16 mars 2010

⁶ Déclaration de consensus stratégique sur le financement de la gratuité et le financement basé sur la performance des 16 et 17 mars 2009.

⁷ ISTEERU, rapport des projections démographiques 2008 - 2030

⁸ MSPLS, Annuaire des statistiques sanitaires 2015

⁹ Manuel des Procédures pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance au Burundi- Version révisée2, Janvier 2014

| Année | Montant en BIF ¹⁰ | Montant en USD |
|-------|------------------------------|----------------|
| 2017 | 51 781 520 286 | 29 421 318 |
| 2018 | 66 850 803 100 | 36 913 751 |
| 2019 | 121 483 433 031 | 64 493 319 |
| 2020 | 112 469 454 799 | 56 891 816 |

4.1.3. Mutuelle de la Fonction publique (MFP)

Créée en 1980, la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) est un régime de l'assurance-maladie des agents publics et assimilés ainsi que leurs ayants-droit.

Les agents publics couverts par la MFP sont les fonctionnaires de l'Etat, les mandataires politiques, les magistrats, les enseignants, les sous contrats des entreprises publiques et des administrations personnalisées, les forces de défense et de sécurité et les cadres/ personnels de l'Etat soumis à un statut spécial ou particulier.

Sont considérés comme assimilés aux agents publics, le personnel de l'enseignement privé, les étudiants boursiers des universités, les pensionnés et rentiers de la Fonction Publique et de l'Institut National de Sécurité Sociale, le personnel des confessions religieuses et des associations sans but lucratif (ASBL), les ONGs ayant demandé et obtenu l'affiliation et les agents de la Coopération Technique Internationale.

Les ayants droits sont les conjoints et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Cependant, la prise en charge des enfants continue jusqu'à l'âge de 23 ans pour les enfants encore à l'école et elle est sans limite pour les enfants avec handicap.

Au 31 décembre 2019, le nombre total des bénéficiaires des services de la MFP était estimé à 956 328 assurés (804 330 du secteur public et 151 998 du secteur privé) ce qui représentait 8 % de la population burundaise¹¹.

Toutes ces personnes couvertes reçoivent des services de soins à travers un réseau de soins constitué de 622 Centres de santé publics du pays, 77 CDS des confessions religieuses, 70 hôpitaux (publics et conventionnés), 54 pharmacies privées et 7 centres d'optiques (Variables annuellement). Une liste des médicaments, des actes et des consommables remboursables par la mutuelle est déterminée par une ordonnance conjointe des Ministres ayant la Santé Publique et la sécurité Sociale dans leurs attributions.

Les assurés de la MFP doivent s'acquitter d'une certaine participation financière au moment de recevoir les différents services. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte et la nature du médicament. Ainsi, le pourcentage de ticket modérateur payé par l'affilié est de 20% pour les médicaments génériques, 30% pour les spécialités, 10% pour les médicaments contre les maladies chroniques et 70% pour les lunettes médicales. A côté de ce ticket modérateur, des suppléments sont parfois demandés pour des services dont les tarifs sont au-delà des plafonds fixés par la MFP.

¹⁰ Rapports de mise en œuvre du FBP et gratuité des années 2017 à 2020, MSPLS du Burundi

¹¹ Mutuelle de la fonction publique, service des statistiques

Tableau n°4 : Evolution des cotisations des affiliés de la MFP de 2017 à 2019 au Burundi

| Année | Bénéficiaires | Cotisations (BIF) | Factures FOSA (BIF) |
|-------|---------------|-------------------|---------------------|
| 2017 | 807 986 | 28 082 653 730 | 11 491 989 704 |
| 2018 | 855 587 | 29 268 486 538 | 11 288 219 797 |
| 2019 | 956 328 | 30 047 630 417 | 14 310 045 473 |

Source : Mutuelle de la Fonction Publique, service des statistiques

4.1.4. Carte d'Assistance Médicale (CAM)

Destinée aux populations travaillant dans le secteur privé informel et aux populations du milieu rural, la Carte d'Assistance Médicale (CAM) a été instaurée en 1984¹² puis rénovée en 2012¹³.

Selon l'enquête démographique de santé du Burundi de 2016, 15 % de femmes et 14 % d'hommes utilisent la Carte d'Assistance Médicale¹⁴. Cette carte donne, à son acquéreur, l'accès aux soins pour lui, son conjoint et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Ils ont accès aux différents services de santé du paquet de soins offert dans les Centres de Santé et dans les hôpitaux de District moyennant le paiement d'un ticket modérateur de 20% sur base d'un tarif forfaitaire qui a été fixé par le Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre le SIDA (MSPLS). Cependant, les prestations de soins couvertes par la gratuité ne sont pas remboursées par la CAM.

La vérification et la validation des prestations CAM sont assurées par le Comité Provincial de Vérification et de Validation (CPVV) qui est un comité qui a été créé en 2010 dans le cadre du financement basé sur la performance (FBP). A leur création, les CPVV n'avaient pas le mandat de vérifier et valider les prestations de la CAM. Il a fallu attendre la rénovation de la CAM en 2012 pour que les CPVV commencent la vérification et la validation de ces prestations. Ces prestations CAM vérifiées et validées par les CPVV sont, jusqu'ici, achetées par le MSPLS.

Tableau n°5 : Evolution du nombre de cartes CAM distribuées, des cotisations et des coûts des prestations de 2018 à 2020 au Burundi

| Année | Nbre de cartes distribuées | Total des Cotisations (BIF) | Coût des prestations (BIF) | Impayés annuels |
|-------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|
| 2018 | 632 543 | 1 897 629 000 | 13 433 200 300 | 11 535 571 300 |
| 2019 | 494 500 | 1 483 500 000 | 18 800 902 580 | 17 317 402 580 |
| 2020 | 524 000 | 1 572 000 000 | 16 067 196 660 | 14 495 196 660 |

Source : Direction du Budget et des Approvisionnements au MSPLS

Ce tableau montre que les montants des cotisations collectées pour la CAM sont largement inférieurs aux coûts des prestations fournies aux détenteurs de la carte CAM.

4.1.5. Mutuelles communautaires de santé

Le mouvement mutualiste a commencé au Burundi en 1992 mais il a fallu attendre 2008 pour observer une véritable expansion avec l'appui des mutuelles belges. Il existe cinq accompagnateurs des mutuelles communautaires de santé (UCODE/AMR, ADISCO/FEMUSCABU, FVS-AMADE, MUNASA et MEMISA Belgique) qui sont regroupés dans la Plateforme des Acteurs des Mutuelles de santé du Burundi (PAMUSAB).

Selon la PAMUSAB, les mutuelles communautaires (MUSA) de santé couvrent 28 000 ménages soit environ 2% de la population en 2021. Le tableau n°6 ci-dessous montre l'évolution du

¹² Ordonnance ministérielle n° 620/57 du 20 mars 1984

¹³ Arrêté N° 01/VP2/2012 signé le 25/01/2012

¹⁴ Troisième enquête démographique de la santé du Burundi 2016-2017

nombre de ménages couverts par les mutuelles communautaires selon les différents accompagnateurs des mutuelles entre 2013 et 2019.

Tableau n°6 : Evolution des nombres de mutuelles communautaires santé et des ménages couverts de 2014 à 2019 au Burundi

| Année | Nombre de mutuelles communautaires de santé | Nombre de ménages couverts |
|-------|---|----------------------------|
| 2014 | 93 | 30 145 |
| 2015 | 108 | 32 402 |
| 2016 | 119 | 21 177 |
| 2017 | 126 | 18 473 |
| 2018 | 131 | 17 932 |
| 2019 | 118 | 17 345 |

Source : PAMUSAB, Rapport annuel 2019

L'évolution des cotisations et des coûts des soins en faveur des mutualistes entre 2018 et 2019 est résumée dans le tableau ci-après :

Tableau N° : Evolution des cotisations des mutualistes et des coûts des soins en leur faveur entre 2018 et 2019

| Année | Cotisation perçues par les MUSA | Coûts des soins en faveur des mutualistes |
|-------|---------------------------------|---|
| 2018 | 348.520.099 | 274.996.295 |
| 2019 | 381.347.804 | 378.347.443 |

Source des données : PAMUSAB

Les données de ce tableau montrent une adéquation entre les cotisations perçues et les coûts des prestations.

4.1.6. Régime de prise en charge des indigents

Au titre de la protection sociale, le Gouvernement burundais assure l'accès gratuit aux soins de santé pour les indigents et autres populations vulnérables. Cette prise en charge a commencé en 1984 avec la Carte d'Assistance Médicale (CAM).

La notion d'indigence a évolué dans le temps. D'abord non défini avec l'introduction de la Carte d'Assistance Médicale en 1984, un indigent a été défini en 2003¹⁵ comme étant soit un enfant indigent détenteur d'une attestation pour la scolarisation soit comme toute personne démunie de tout sans aucune assistance, incapable de produire des revenus et reconnue comme telle par la collectivité locale. Malgré ces critères, l'identification des indigents est restée difficile car cette notion d'indigence recouvre plusieurs dimensions. Au départ, les indigents étaient identifiés par les autorités administratives locales avec délivrance d'une attestation d'indigence mais une expérience récente de leur identification par la communauté elle-même s'est avérée efficace lors d'une étude de catégorisation des ménages effectuée par le SEP/CNPS en collaboration avec la PAMUSAB.

L'accès aux soins par les indigents est conditionné par l'obtention de l'attestation d'indigence et de la Carte d'Assistance Médicale. Ils ont accès à un paquet de soins dispensés dans les centres de santé et les hôpitaux de première référence et qui sont couverts à 80% par la CAM et à 20% par le Gouvernement.

¹⁵ Ordonnance ministérielle n°630/530/445 du 2/04/2003

Les informations sur le nombre d'indigents et personnes vulnérables couvertes par ce régime, le budget et les montants des factures des FOSA sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°7 : Evolution du nombre d'indigents, du budget et des montants des factures des FOSA de 2018 à 2021 au Burundi

| Année | Nombre d'indigents | | Budget | Factures FOSA | Impayés annuels |
|-------|--------------------|---------|---------------|----------------|-----------------|
| | Prévus | Soignés | | | |
| 2018 | 16 000 | 34 152 | 1 159 697 100 | 7 250 140 902 | 6 090 443 802 |
| 2019 | 25 000 | 35 704 | 1 159 697 100 | 10 715 419 593 | 9 555 722 493 |
| 2020 | 25 000 | 25 619 | 1 459 697 549 | 7 586 728 502 | 6 127 030 953 |

D'après ce tableau, il est clair que le budget alloué aux soins des indigents est nettement insuffisant pour payer les factures des FOSA.

4.1.7. Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé

Ces régimes regroupent la prise en charge des travailleurs du secteur privé formel, des travailleurs des ONGs/associations et ceux des entreprises.

Au Burundi, ces travailleurs et leurs ayants-droit sont pris en charge par leurs employeurs soit via la souscription à une assurance maladie privée, soit par émission des bons de commandes et paiement direct des prestataires, soit via une infirmerie aménagée dans l'entreprise, soit par la prise en charge directe.

Ces salariés et leurs ayants-droit sont pris en charge pour des paquets de soins et des tickets modérateurs variables selon les capacités financières des employeurs.

Les volumes de financement dégagés par ce mécanisme ont été estimés à 42 129,1 millions BIF en 2018, et représentaient 11,25% des dépenses courantes de la santé¹⁶.

4.1.8. Financements de la santé provenant de l'extérieur

Il s'agit des fonds accordés par les bailleurs bilatéraux, les bailleurs multilatéraux et les ONGs nationales et internationales dans le cadre du financement des différents projets et interventions de santé. Ces financements prennent souvent la forme de dons, de prêts, d'appui budgétaire, d'aide alimentaire ou d'aide-projet dans le domaine de santé publique.

D'après les comptes nationaux de la santé 2018, les financements de la santé d'origine extérieure représentaient 170 079,06 millions BIF soit 42,63% des dépenses courantes de la santé en 2018, dont 32 455,90 millions BIF apportés par les bailleurs bilatéraux (Etats-Unis, Belgique, Pays-Bas, etc.) et 131 748,31 millions BIF par les bailleurs multilatéraux (Banque mondiale, UNICEF, UE, Fonds Mondial, etc.) et 5 874,85 millions BIF par les bailleurs internationaux privés.

Tableau n°8 : Montants des financements des différents types de bailleurs en 2018 au Burundi

| Source de financements d'origine étrangère | Montants (millions BIF) |
|--|-------------------------|
| Bailleurs bilatéraux | 32 455,90 |
| Bailleurs multilatéraux | 131 748,31 |
| Bailleurs internationaux privés | 5 874,85 |

¹⁶ MSPLS, Comptes nationaux de la santé 2018

| | |
|--------------|-------------------|
| Total | 170 079,06 |
|--------------|-------------------|

Source : CNS 2018, Burundi

Avec des dépenses totales de santé estimées à 411.8 Milliards BIF en 2018, ces financements de la santé d'origine extérieurs représentent 41,3 % du budget total de santé en 2018.

4.1.9. Les paiements directs des ménages

Tout comme dans plusieurs autres pays du monde, les ménages burundais doivent s'acquitter d'une certaine participation financière au moment de recevoir des services de santé. Le niveau de ces paiements directs des ménages varie de 0% à 100% selon le statut et le niveau de couverture par une assurance maladie.

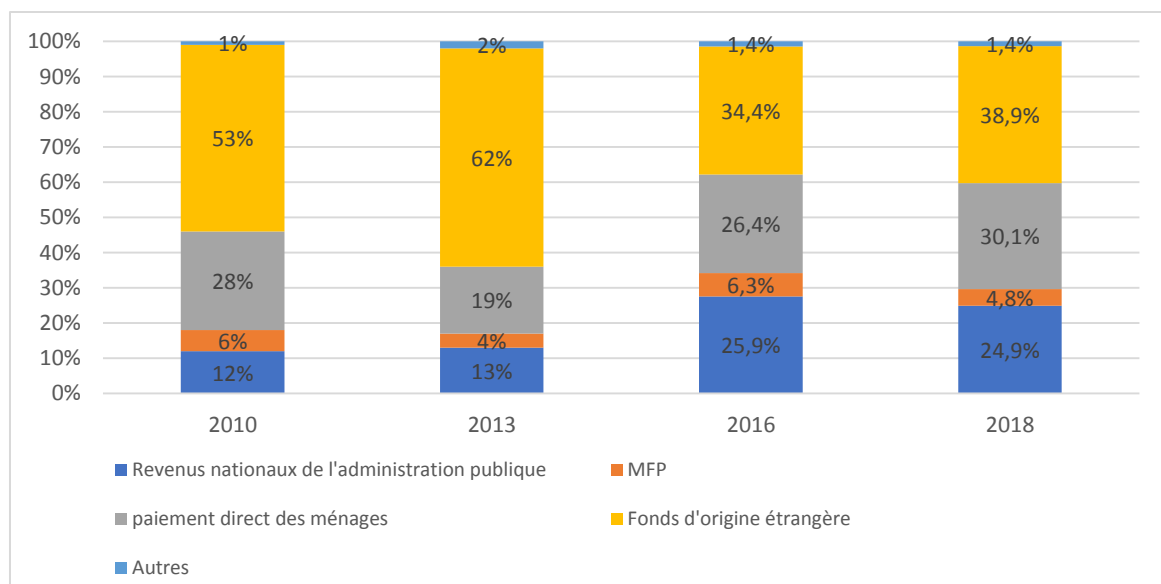
En 2018¹⁷, les paiements directs des ménages (sans partage de coûts) ont été évalués à 107 088 millions BIF soit 26,84% des dépenses courantes de santé.

4.1.10. Synthèse du financement des soins de santé au Burundi

Lorsqu'on examine la structure de financement des soins de santé, on constate que les trois principales sources de financement de la santé au Burundi sont les fonds d'origine extérieure (38,9%), les contributions des ménages (30,1%) et les financements provenant de l'administration publique (24,9%).

Aussi, il se dégage une dépendance du financement de la santé au Burundi aux transferts d'origine étrangère et une forte contribution des ménages.

Le graphique n°2 ci-après résume les différentes sources de financement de la santé au Burundi et leur poids dans les dépenses de santé entre 2010 et 2018.



Source : Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2018.

Graphique n°2 : Structure des dépenses par source de financement de 2010 à 2018

¹⁷ Burundi, Comptes nationaux de la santé en 2018

4.2. Adéquation du financement aux besoins

4.2.1. Adéquation aux besoins des financements de la santé en général

Premièrement, l'analyse des différents indicateurs du financement de la santé au Burundi (**Voir le tableau en bas**) montre une inadéquation entre le niveau de financement et les besoins de financement de la santé en général. Le constat est que les volumes des financements publics pour la santé sont en deçà des normes et références internationales. D'abord le Gouvernement du Burundi alloue à la santé un budget inférieur au 15% des dépenses publiques préconisées par la convention d'Abuja (soit 14.7% de son budget en 2021). Ensuite, les 20,19 USD par habitant par an dépensés en 2018 par le Gouvernement burundais sont très loin des 86 USD de DTS par habitant par an recommandé pour assurer une prestation de service de santé de base dans le cadre de la réalisation de la CSU et encore plus bas que les 112 USD/habitant pour l'atteinte de l'ODD 3. Enfin, les DTS représentaient 6,7% du PIB en 2018. Ce faible pourcentage indique que le budget mobilisé reste insuffisant pour répondre aux besoins de santé de la population.

Tableau n°9 : Principaux indicateurs du financement de la santé de 2010 à 2018

| INDICATEURS | 2010 | 2013 | 2016 | 2018 |
|--|-----------|-----------|------------|------------|
| Dépenses courantes en santé (Millions FBU courant) | 285 864 | 389 874 | 349 663 | 398947,56 |
| Dépenses d'investissement (Millions FBU courant) | 18 331 | 40 596 | 20 111 | 12 820,42 |
| Dépenses totales en santé (DTS, Millions FBU courant) | 304 195 | 430 470 | 369 774 | 411 767,99 |
| Population | 8 487 650 | 9 249 336 | 11 215 024 | 11 772 322 |
| DTS par habitant (FBU courant) | 35 840 | 46 541 | 32 971 | 39 749 |
| DTS par habitant (USD) | 29,12 | 29,93 | 19,07 | 20,19 |
| DTS comme % du PIB | 12,2 | 10,2 | 7,6 | 6,7% |
| % du budget de l'Etat alloué à la santé | 10,4 | 10,9 | 12,5 | 12,1% |
| Dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé | 28,0 | 19,0 | 28,8 | 28,27% |
| Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé | 22,0 | 33,0 | 21,2 | 27,37 |
| Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé | 27,0 | 39,0 | 38,0 | 42,54% |
| Dépenses de médicaments en % des dépenses courantes de santé | 28,0 | 15,0 | 19,3 | 15,22% |
| Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé | 53,0 | 62,0 | 37,5 | 42,6% |
| Dépense des salaires payés par l'Etat en % les dépenses de santé de l'Etat | - | - | 37,0 | 37,5% |
| Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé | 6,0 | 4,0 | 6,9 | 4,5% |

Source : Comptes nationaux de santé, 2018

Deuxièmement, il s'observe une inefficience allocative des dépenses de santé au Burundi car les interventions à haut impact sur la réduction de la morbi-mortalité ne sont pas celles qui sont privilégiées dans l'allocation budgétaire. En effet, une étude sur le financement de la santé au Burundi a révélé que le budget alloué à l'administration était supérieur à celui alloué aux hôpitaux ou aux soins ambulatoires en 2014¹⁹.

Troisièmement, le niveau de couverture de la population par un mécanisme de prépaiement est très bas. Cela expose la population à des dépenses catastrophiques et appauvrissantes par des

¹⁸ Burundi, Comptes nationaux de santé, 2018

¹⁹ MSPLS, Etude sur le financement de la santé au Burundi, 2014

paiements directs élevés engendrés par le faible partage du risque maladie. En effet, seulement 22%²⁰ de la population est couverte par un mécanisme de prépaiement et 25.38%²¹ des ménages engagent des dépenses catastrophiques au moment de payer les soins.

Enfin, il s'observe des iniquités d'accès aux soins²² et d'utilisation des services de santé²³ qui témoignent de l'inadéquation du financement de la santé au Burundi.

4.2.2. Adéquation aux besoins du FBP-G en particulier

Le FBP-G a été adopté par le Gouvernement burundais dans le but d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé offerts à la population en général et en particuliers aux enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes, de motiver et stabiliser le personnel de santé, d'inciter le personnel à travailler dans les structures de santé périphériques et de renforcer la gestion et l'autonomie des formations sanitaires²⁴.

Le FBP-G était censé financer en priorité les CDS. Il était orienté en priorité vers la l'amélioration de la santé maternelle et infantile en finançant les prestations contribuant à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le couplage du FBP avec la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans devrait théoriquement renforcer l'accès des populations démunies et indigentes aux services de santé. Toutefois, ce couplage a créé une inéquité de contribution au financement de la santé car les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes des ménages pauvres ou riches sont tous exemptés de paiement.

Le niveau de financement du FBP-G (4 \$ / tête d'habitant et par an²⁵) est assez satisfaisant dépassant le seuil minimum acceptable des 3 \$ par tête d'habitant et par an. Toutefois, sa répartition entre le premier contact (PMA) et les hôpitaux de premier niveau de référence (PCA) est peu conforme aux objectifs initiaux de santé publique d'accorder la priorité au financement du PMA (Centres de santé, qui résolvent 80% des besoins de santé primaires des populations). La régulation à ce niveau reste insuffisante car une inversion a eu lieu en 2018 mais la tendance à l'inversion a commencé depuis 2013 (graphique n°3). L'introduction du FBP communautaire à l'échelle réduite (8 districts sur 18) ne saurait justifier à lui seul cette inversion étant donné qu'elle existe même dans les districts sans FBP communautaire.

²⁰ Troisième enquête démographique de la santé au Burundi, 2016

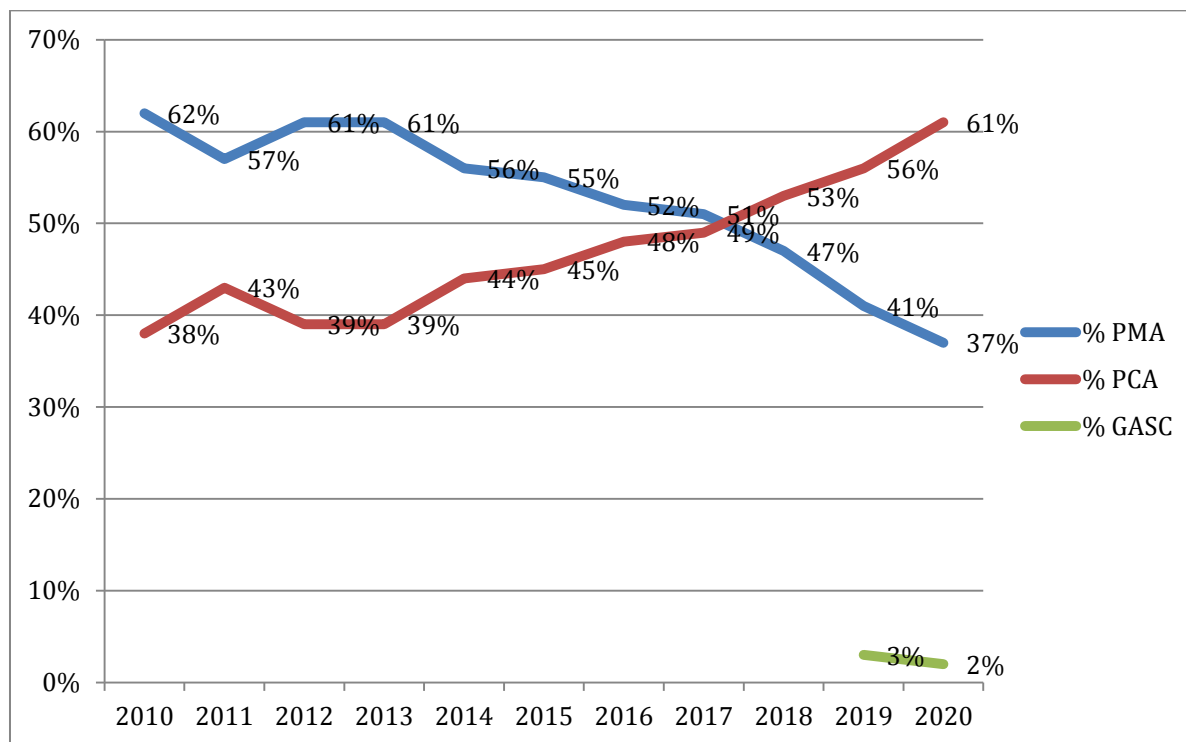
²¹ A. NDAYIKUNDA, M. NIMPAGARITSE, Yves Coppieters : Déterminants des dépenses catastrophiques de la santé au Burundi, 2020

²² Banque Mondiale et République du Burundi, Evaluation de la pauvreté au Burundi, 2016

²³ Annuaire des statistiques sanitaires du Burundi, 2020

²⁴ Manuel des procédures pour la mise en œuvre du financement basé sur performance Seconde génération, version révisée 3, p.24

²⁵ Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020, MSPLS, 2021)



Graphique n°3 : Evolution des parts (%) des subsides FBP-G du PMA, du PCA et des GASC dans le budget total du FBP-G de 2010 à 2020 au Burundi

Les indicateurs relatifs aux soins curatifs des enfants de moins de 5 ans tant au PMA qu'au PCA ont des taux de couverture trop élevés et sont les indicateurs les plus consommateurs du budget FBP-G. Des efforts d'analyse et de régulation restent à faire pour identifier les causes de ces évolutions anormales et prendre les mesures idoines.

En effet, les journées d'hospitalisation des enfants de moins de 5 ans se situent en 2^{ème} position du classement avec 22,39% du budget utilisé après la césarienne (33,15%) au niveau du PCA. Quant au PMA, la consultation curative des enfants de moins de 5 ans occupent la première place avec 33,29% du budget, suivi des accouchements eutociques (21,28%). Tous ces indicateurs sont en lien avec la gratuité ciblée mais force est de constater que le monitoring du niveau d'effectivité de la gratuité déclaré par les populations bénéficiaires n'est pas fait. L'insuffisance de suivi du taux d'effectivité de la gratuité dans un contexte de rupture fréquente des médicaments dans les formations sanitaires laisse planer le doute sur l'application effective de cette gratuité ciblée.

Une analyse rapide des registres de consultation révèle la quasi-absence d'anciens cas de consultation pour les enfants de moins de 5 ans²⁶.

Les coûts opérationnels de mise en œuvre du FBP (y compris ceux des différents types de vérification) sont en moyenne de 10%. Ils étaient de 11% en 2020. Toutefois, des retards importants de vérification sont de plus en plus observés depuis 2020 pouvant atteindre deux(02) mois. Ils sont souvent dus au retard de location de la logistique des CPVV par le niveau central (pour insuffisance de trésorerie au Trésor Public ou lourdeur des procédures de passation des marchés).

²⁶ Rapport d'évaluation du PASS2, 2021, Enabel/UE

Le paiement des factures FBP-G des formations sanitaires est assuré par deux types de sources de financement (les PTF et la contrepartie nationale). Cette contrepartie nationale est souvent payée avec des retards pouvant dépasser les 12 mois pour des raisons d'insuffisance de trésorerie au Trésor Public.

D'une manière générale, il ressort les insuffisances ci-après relatives à l'adéquation du financement aux besoins du FBP :

- Inversion des proportions du budget FBP-G utilisé aux niveaux du PCA et du PMA ;
- Insuffisance de trésorerie du Trésor Public pour assurer à temps les besoins financiers du FBP-G, entraînant :
 - o Retards de paiement des factures des FOSA qui handicapent la planification des activités et leur viabilité financière ;
 - o Retard de location de la logistique pour les CPVV (contribuant ainsi au retard de paiement des formations sanitaires) ;
- Etat défectueux de certains véhicules loués par le niveau central pour les CPVV ;
- Limitation des financements de Enabel/UE aux formations sanitaires avec des difficultés de financement des coûts opérationnels très critiques dans le fonctionnement général du FBP-G tels que ceux relatifs aux CPPV (contribuant ainsi au retard de paiement même des fonds des PTF aux formations sanitaires) ;
- Le FBP communautaire reste depuis au stade pilote couvrant seulement 8 provinces sur les 18 que compte le pays.

4.3. Principaux problèmes de financement de la santé et du FBP-G

4.3.1. Principaux problèmes de financement de la santé en général

Selon les données issues de la revue documentaire et des différents entretiens menées sur terrain, le principal problème de financement de la santé au Burundi est l'absence de document de stratégie nationale de financement de la santé adoptée de façon consensuelle par les différents acteurs avec des mécanismes réguliers de suivi des dépenses (Comptes Nationaux de la Santé, enquêtes ménages sur la santé) pour identifier à temps les insuffisances en vue d'apporter des réponses idoines.

En plus de ce problème central, le processus de financement de la santé comporte en général trois fonctions : (i) la collecte, (ii) la mise en commun et (iii) l'achat. Selon les trois fonctions, les principaux problèmes se présentent comme suit :

a) Pour la collecte des ressources destinées au financement de la santé au Burundi:

- Il y a une fragmentation de la collecte des fonds auprès des ménages et des bailleurs de fonds (multiplicité des régimes assurantiels, des programmes et projet de santé) ;
- On observe une interaction négative entre la CAM et les autres régimes d'assurances notamment les mutuelles communautaires de santé. En effet, les populations surtout rurales ont une propension élevée pour la CAM au regard de sa faible prime d'adhésion et de son large paquet de services couverts ;
- Il y a une dépendance du financement de la santé aux ressources extérieures qui représentent plus de 30% du financement de la santé au Burundi;
- Le niveau de contribution du trésor public au financement de la santé est encore faible;

- Le niveau de couverture des populations par un mécanisme de couverture du risque maladie est encore très faible du fait du retard dans l'opération du code de protection sociale en vue de rendre obligatoire l'adhésion de la population à un mécanisme de couverture du risque maladie ;
- La contribution des ménages au financement de la santé à travers des paiements directs est très élevée. Cela est source d'inaccessibilité financière aux soins, de dépenses catastrophiques et appauvrissantes pour ces ménages et aussi d'iniquité dans l'utilisation des services de santé (surtout pour les indigents).

b) Pour la mise en commun

- On observe également une fragmentation de la mise en commun des fonds collectés auprès des ménages et des bailleurs de fonds (multiplicité des régimes assurantiels disposant d'une caisse, la multiplicité des programmes et projets de santé dotés de comptes bancaires spécifiques) ;
- Cette fragmentation de la mise en commun entraîne un faible partage du risque maladie entre les personnes en bonne santé et celles en moins bonne santé mais aussi entre les riches et les pauvres.;
- Insuffisance de mécanisme de couverture effective des indigents contre le risque maladie. En effet, certains indigents ne peuvent pas se procurer la carte CAM. Aussi, l'accès aux soins par ces derniers est souvent compromis par la demande de caution d'hospitalisation, condition sine qua none d'avoir une attestation d'hospitalisation qui est requise pour la demande de certificat de prise en charge au ministère de la solidarité nationale.

c) Pour l'achat des prestations

- L'analyse des paquets de soins offerts par différents régimes de couverture des soins montre une insuffisance de définition de paquets de soins à couvrir par les régimes assurantiels en vue de répondre aux besoins prioritaires et de base des populations. Il se dégage une insuffisance de complémentarité entre les paquets de soins des différents régimes assurantiels avec parfois une double voire triple couverture pour un même individu. ;
- De manière globale, le mécanisme de financement de la santé au Burundi est confronté à une insuffisance de concertation entre les représentants de l'offre et de la demande pour fixer des prix d'achat sur des bases factuelles. Pour cela, les prix des services de soins ne tiennent pas compte des facteurs essentiels comme les coûts de production de soins, les niveaux de subvention du budget de l'Etat, la contribution des bailleurs extérieurs, le risque de survenu des prestations/maladies, la volonté et les capacités contributives des ménages, etc.
- Insuffisance de séparation des fonctions : le ministère de la santé continue d'exécuter d'importantes fonctions d'achat (FBP-G, CAM, etc. ;) et les régimes assurantiels ont de plus en plus tendance à produire des soins et services de santé (implantation et gestion de formations sanitaires et d'officines pharmaceutiques, importation de produits pharmaceutiques, etc.) ;
- Retard dans le remboursement des prestataires pour les soins et services de santé offerts aux populations dans le cadre des multiples engagements de l'Etat notamment :
 - Gratuité ciblée pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ;

- Prise en charge des indigents ;
 - Prise en charge des forces de défense et de sécurité ;
 - Prise en charge des personnes âgées ;
 - Carte d'Assistance Médicale (CAM) ;
 - Mutuelle de la Fonction Publique (MFP).
- Enfin, l'achat des prestations souffre d'une insuffisance de mécanisme de contrôles et d'audits médicaux pour rationaliser l'utilisation des ressources ; Même si des efforts sont fournis par ENABEL (dans le cadre du PASS-FBP) et l'Inspection générale de la santé, un long chemin reste à parcourir pour assurer la régularité des contrôle/audits.

4.3.2. Principaux problèmes de financement du FBP en particulier

Les personnes interrogées ont évoqué que le contexte actuel du financement de la santé au Burundi est marqué par une forte volonté politique en faveur de l'opérationnalisation de l'AMU dans l'horizon le plus court possible. Cela est ainsi au moment où il manque encore une définition claire des étapes et des stratégies à suivre en veillant à la consolidation des acquis (absence de stratégie de financement de la santé en vigueur).

En plus, il manque une définition claire du design du FBP-G en phase (synergie et complémentarité) avec les interventions en faveur de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) en vue d'accélérer l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette situation aura, à moyen ou à long terme, des conséquences néfastes sur la poursuite du financement du FBP-G si des actions concrètes ne sont pas entreprises pour anticiper la situation.

Un autre problème est lié au volume de financements destinés au FBP et à leur prévisibilité. En effet, seuls trois PTFs (Union Européenne/Enabel, Banque Mondiale, KfW/Cordaid) sont impliqués dans le financement du FBP et ce nombre est insuffisant. Cela limite le volume des financements mobilisables pour le FBP-G. Bien plus, l'horizon des financements des différents PTFs semble court, avec les projets de financements de KfW/Cordaid et Banque Mondiale qui arrivent à échéance en 2023, ce qui pose un problème de prévisibilité des financements extérieurs à moyen et court termes pour assurer la pérennité du financement du FBP-G car les deux PTFs avait par exemple contribué à eux seuls 30 % des fonds pour le financement du FBP-G en 2020²⁷.

En outre, la performance du dispositif de vérification par les CPVV continue de diminuer du fait des retards de vérification de plus en plus importants liés surtout à la disponibilité de la logistique de qualité. Cela se remarque sur persistance de taux de couverture très élevés pour certains indicateurs et l'absence de rapportage des données important comme celles en rapport avec l'effectivité de la gratuité, etc.

Enfin, le non-respect des délais de paiement, surtout pour la contrepartie de l'Etat qui représente une grande partie des financements du (soit 45% en 2021)²⁸, entraînant une insuffisance d'exécution des plans d'amélioration de la performance des FOSA.

²⁷ Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020, p.94

²⁸ Rapport annuel de mise en œuvre du financement basé sur la performance couplé à la gratuité ciblée des soins au cours de l'année 2020, p.94

4.4. Goulots d'étranglement à la réussite des stratégies de mobilisation des ressources pour le FBP-G

Après la revue documentaire et les entretiens avec les parties prenantes clés impliquées dans le FBP-G, il ressort les principaux goulots d'étranglement à la réussite des stratégies de mobilisation des ressources pour le FBP-G au Burundi ci-après :

- L'absence de stratégie nationale de financement de la santé adoptée par les différents acteurs avec des stratégies réalistes et adaptées au contexte du Burundi notamment **la définition claire de la place et/ou de l'avenir du FBP-G dans la stratégie de financement** ;
- L'environnement politique et les conditions d'implantation et de gestion des programmes et projets des Partenaires Techniques et Financiers internationaux au Burundi restent peu attrayant pour mobiliser plus de PTF (par exemple la persistance des sanctions de l'UE) ;
- La limitation des domaines de financement du FBP par certains PTF (notamment ceux de l'Union Européenne qui ne financent que les FOSA) ;
- L'absence d'orientations claires sur nouveau design du FBP dans un contexte national d'évolution vers l'assurance maladie obligatoire (si l'option d'une régression progressive du FBP est adoptée) ;
- L'insuffisance de devises pour assurer une disponibilité continue des produits pharmaceutiques de qualité et à moindre coût au niveau de la chaîne d'approvisionnement de la CAMEBU (**avec une incidence négative sur la performance attendue du FBP-G**) ;
- La baisse progressive de l'efficacité du FBP-G, le rendant de moins en moins attrayant par les bailleurs au regard des principales insuffisances ci-après :
 - L'absence de monitoring de l'effectivité de la gratuité (l'existence de données factuelles sur son effectivité tel que « le taux d'anciens clients qui déclarent avoir reçu les soins gratuitement », donnera un signal fort aux différents bailleurs et contribuera à la mobilisation des fonds) ;
 - Le retard de paiement de la part de l'Etat dans les subsides FBP-G surtout au niveau des formations sanitaires ;
 - L'insuffisance de logistique pour les CPVV pour assurer les différentes sorties de vérification dans les délais impartis (elle est surtout lié au retard de location et à la qualité des véhicules loués par le niveau central pour les CPVV) ;
 - Le retard de paiement des factures des soins offerts aux personnes couvertes par les différentes initiatives Gouvernementales d'exemption de paiement (prise en charge des indigents, des personnes âgées, des forces de défenses et de sécurité) (**avec une incidence négative sur la performance attendue du FBP-G**) ;
 - Le retard de paiement des factures des soins offerts aux détenteurs de la carte CAM (**avec une incidence négative sur la performance attendue du FBP-G**) ;
 - La faible couverture des populations par des régimes assurantiels viables et fiables surtout les populations rurales et du secteur informel (**avec une incidence négative sur la performance attendue du FBP-G**). En effet, certains régimes assurantiels remboursent avec des retards assez importants.

4.5. Modèle opérationnel de mutualisation des ressources du FBP-G dans le contexte du Burundi

4.5.1. Description des modèles de mutualisation possibles dans le contexte du Burundi

Le contexte actuel du Burundi en matière de financement de la santé est dominé par un engagement politique très affirmé au plus haut niveau en faveur de l'opérationnalisation rapide d'une assurance maladie universelle (AMU) en vue d'accélérer la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Le Code National de la Protection Sociale a été promulgué le 12 mai 2020 par le Président de la République. Cette loi organique, prévoit à son article 233, la mise en place effective des différents textes de l'AMU trois ans après sa promulgation (c'est à dire d'ici le 11 mai 2023).

Au regard de ces impératifs, une stratégie nationale de financement de la santé est en cours d'élaboration. Le dialogue national entre les différents acteurs de la santé (nationaux et internationaux) élargi à ceux d'autres secteurs concernés tel que les ministères en charge de la protection sociale, de la solidarité nationale et des finances est en cours. Un Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil National de la Protection Sociale est mis en place et mène des concertations sous la présidence de Son Excellence, le Président de la République.

Au stade actuel des concertations, les acteurs sont de plus en plus unanimes sur le respect du principe de séparation des fonctions entre producteurs de soins et services de santé et acheteurs. La fonction de production de soins et services de santé sera exclusivement confiée au ministère de la santé et la fonction d'achat au ministère en charge de la protection sociale.

Au regard de son expérience d'une quarantaine d'année, la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) est de plus en plus identifiée comme la structure qui devrait assurer la fonction d'achat des soins et services de santé après une profonde mutation institutionnelle et un renforcement de ses capacités. Sa dénomination deviendrait la Mutuelle Nationale du Burundi. Elle servira de régime assurantiel de base et les autres régimes (mutuelles communautaires, assurances privées, etc.) seront complémentaires. Son champ d'intervention actuel sera élargi à toute la population résidente au Burundi et sera obligatoire. Elle deviendrait ainsi une agence d'assurance dotée d'une Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CAMO) assurant la collecte, la mise en commun des primes et le paiement aux différents prestataires. Toutefois, un autre scénario prévoit une séparation de la fonction de paiement en mettant la CAMO hors contrôle de la Mutuelle Nationale du Burundi.

La fonction de régulation et coordination des interventions des différents régimes assantiels resterait au Comité National de Protection Sociale (CNPS) à travers son Secrétariat Permanent au plan opérationnel.

Un Fonds de prise en charge des indigents existe au Ministère de la solidarité et de la protection sociale. Il assure le paiement des différentes exemptions au profit des indigents et de certains groupes spécifiques (des indigents, des personnes âgées).

Un processus de transfert de la gestion de la Carte d'Assurance Maladie (CAM) et la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans du ministère de la santé au ministère de la protection sociale et de la solidarité, est en cours. Par ailleurs, la MFP a récemment changé de tutelle ministérielle, passant du ministère de la fonction publique au ministère de la solidarité et de la protection sociale.

Le couplage du financement basé sur la performance (FBP) avec la gratuité des soins aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, lui confère davantage une connotation de régime assurantiel au Burundi. Toutefois, elle est tout de même une approche d'achat des prestations auprès des prestataires en dehors de ce couplage.

Dans un tel contexte marqué par des mutations institutionnelles en cours en vue d'une transition vers une assurance maladie obligatoire, trois hypothèses de mutualisation des ressources du FBP-G sont formulées afin de prendre en compte le maximum de paramètres de faisabilité de l'étude.

H1 : mécanisme basé sur la **formalisation du fonds commun virtuel en cours**, assurant la complémentarité et la suppléance en cas de défaillance d'une source et avec une autonomie de gestion de chaque source de financement. Elle se justifie surtout par la nécessité d'assurer une continuité dans la mise en œuvre du FBP afin de garantir absolument le financement des FOSA. Le FBP étant actuellement leur principale source de financement. Elle tient également compte des multiples incertitudes dans le financement du FBP : (i) la fin très proche des accords de financement de certains bailleurs, (ii) le désir de certains de se retirer du secteur de la santé et (iii) les mutations institutionnelles nationales en cours en lien avec l'harmonisation des circuits de financement ainsi que le respect du principe de séparation des fonctions.

H2 : mécanisme de mutualisation comprenant au moins : (i) une caisse formelle, recevant des **fonds FBP ciblés** provenant de plusieurs sources/bailleurs nationaux et internationaux, (ii) une unité de gestion et (iii) des procédures de gestion communes et consensuelles. Elle se justifie par le fait que les ressources de certains bailleurs ne peuvent pas assurer au stade actuel, le financement de toutes les interventions du FBP (notamment les subsides des structures de régulation).

H3 : mécanisme de mutualisation comprenant au moins : (i) une caisse formelle recevant **des fonds FBP fongibles** provenant de plusieurs sources/bailleurs nationaux et internationaux, (ii) une unité de gestion et (iii) des procédures de gestion communes et consensuelles. Elle se justifie par la nécessité d'opérer progressivement les réformes institutionnelles afin de minimiser les risques. Elle tient également compte de la nécessité et du délai de révision des accords de financement des bailleurs afin de permettre la mise en place d'un tel fonds commun parfait.

Les modalités d'opérationnalisations des trois types de fonds envisageables, sont analysées ci-après afin de classer finalement les trois hypothèses par niveau de faisabilité afin de faciliter la prise de décision par les décideurs.

4.5.2. Modalités opérationnelles de mutualisation des ressources du FBP-G

4.5.2.1. Type de Fonds commun

Des trois hypothèses ci-dessus, il ressort trois types de fonds communs possibles pour mutualiser les ressources destinées au FBP-G au Burundi :

Un Fonds commun virtuel, sans caisse formelle ou chaque bailleur garde ses procédures de gestion mais avec un mécanisme de complémentarité et de suppléance entre sources de financement face aux besoins de mise en œuvre du FBP.

Un Fonds commun physique dotée d'une caisse recevant des **ressources ciblées** (sur des interventions précises du FBP) de différents bailleurs, d'une unité de gestion et des procédures communes de gestion.

Un Fonds commun physique dotée d'une caisse recevant des **ressources fongibles** (sans destination prédéfinie) de différents bailleurs, d'une unité de gestion et des procédures communes de gestion.

Les autres paramètres d'opérationnalisation de chaque type de fonds commun sont décrits ci-après.

4.5.2.2. Type d'unité de gestion ou de la formalisation du fonds commun (FC)

Fonds commun virtuel : ce type de fonds n'a pas d'unité de gestion. Toutefois, la structure en charge de la fonction d'achat (actuellement la CT-FBP) continuera à assurer la répartition des factures aux différents bailleurs en fonction de leurs engagements et de leur disponibilité financière conformément aux accords de fonctionnement du fonds commun (qui seront signés par les bailleurs). Il s'agira ainsi d'améliorer et de formaliser les pratiques en cours pour assurer une meilleure prévisibilité et un respect accru des délais de paiement afin d'assurer des paiements réguliers et continus au profit surtout des formations sanitaires sous contrat de performance. **Cette formalisation pourrait prendre la forme d'une convention à signer par les différents bailleurs** (y compris l'Etat).

Fonds commun physique avec des ressources ciblées et celui des fonds fongibles : ces deux fonds ont tous besoin d'une caisse et d'une unité de gestion. L'unité de gestion est mise en place par texte officiel (décret, arrêté interministériel ou ordonnance, etc.) en fonction du niveau d'ancrage, de son importance et du besoin d'implication des secteurs concernés. Elle devrait être une structure légère composée de personnes compétentes, expérimentées et motivées. Le nombre de personnes techniques sera fonction de la charge de travail et des postes de travail à définir. Toutefois, ce nombre ne devrait dépasser dix (10) afin de disposer d'une bonne équipe.

Selon les expériences d'autres pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger), les postes de travail clés et les plus fréquents sont :

- Coordonnateur national du FC ou administrateur général ;
- Responsable administratif et financier ;
- Comptable ;
- Responsable du suivi évaluation.

Les principales responsabilités du fonds souvent décrits dans les expériences d'autres pays sont :

- assurer l'approvisionnement régulier du fonds en fonction des accords de financement ;
- allouer les fonds aux différents bénéficiaires conformément aux critères d'allocation préalablement définis en accord avec les différents bailleurs du fonds ;
- assurer la gestion comptable et financière du fonds ;
- veiller à la bonne utilisation des ressources allouées aux différents bénéficiaires ;
- veiller aux respects des procédures de gestion administrative, comptable et financière communes du fonds (adoptées par les différents bailleurs) au sein de l'unité de gestion et au niveau des différents bénéficiaires ;
- organiser les audits périodiques et les contrôles de gestion des ressources au niveau des différents bénéficiaires ;
- organiser les activités de suivi, de coordination et d'évaluation des activités du fonds ;
- élaborer les rapports périodiques de suivi de la gestion financière du fonds.

4.5.2.3. Ancrage institutionnel de l'unité de gestion du FC

L'ancrage institutionnel de l'unité de gestion revêt une importance particulière dans le succès d'un fonds commun. A cet effet, il doit être défini de façon consensuelle après des négociations entre les différents bailleurs de fonds. Toutefois, les aspects ci-après devraient être pris en compte afin d'assurer la cohérence, l'efficacité et la durabilité du fonds :

- respect des principes de séparation et de l'orthodoxie dans la gestion financière et comptable en vigueur dans le pays ;
- recherche du consensus afin d'assurer l'adhésion des différents bailleurs du fonds ;
- réduction du circuit financier depuis les sources primaires de financement aux bénéficiaires du fonds.

Il s'agira de trouver un compromis réaliste et réalisable en fonction du contexte national et des réformes institutionnelles en cours. Sur la base des avis des acteurs rencontrés et des pratiques en cours, la tendance était plus en faveur d'un ancrage au Ministère en charge des finances.

4.5.2.4. Domiciliation de la caisse du fonds commun

Pour les deux types de fonds qui ont besoin d'une caisse, les pratiques nationales et internationales sont plus en faveur des banques commerciales afin de mettre à l'abri les ressources extérieures face aux éventuelles tensions de trésorerie du trésor public.

Toutefois, chaque pays a ses réalités et toute option comporte des avantages et des risques. Il s'agira en temps opportun de trouver un accord consensuel entre les différents bailleurs du fonds commun.

4.5.2.5. Cohérence entre la structure de mise en commun et les modalités de la mobilisation des ressources

Au stade actuel du financement du FBP-G, les ressources sont d'origine extérieure (ressources des PTF) et interne (ressources publiques de l'Etat). La mobilisation des ressources de financement du FBP-G est assurée par le ministère de la santé et celui en charge des finances. Par conséquent, la cohérence à établir entre la structure de mise en commun et les modalités de la mobilisation des ressources, est plus assurée et renforcée avec un ancrage institutionnel de l'unité de gestion du fonds commun au ministère en charge des finances.

Toutefois, avec l'instauration d'une agence d'assurance maladie obligatoire avec une Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire (CAMO) en vue de tendre vers une couverture sanitaire universelle, il serait plus cohérent de loger voir reverser les ressources du FBP-G dans la CAMO.

Ainsi, l'agence d'assurance maladie obligatoire assurerait la mobilisation des fonds destinés au FBP-G au même titre que les ressources des différents régimes assurantiels pour réaliser finalement un achat stratégique harmonieux et efficient auprès des prestataires (formations sanitaires et officines pharmaceutiques).

Cette option idéale et parfaite comporte tout de même, des risques et réduirait le FBP à la simple fonction d'achat. En effet, le FBP au-delà de la disponibilité des ressources auprès des prestataires vise d'autres objectifs tels que :

- le renforcement de la disponibilité, de la productivité et de la continuité des services de santé par la hiérarchie contractée à cet effet ;
- l'amélioration de la qualité des soins et services de santé à travers les différentes évaluations périodiques et la mise en œuvre des miro-plans d'amélioration de la performance qui en découlent ;
- l'implication des communautés dans la gestion des services de santé (« voix des populations ») à travers les vérifications communautaires exécutées par des associations locales et l'utilisation de leurs résultats dans le paiement et aux cours des cessions de restitution aux prestataires (instaurant ainsi un dialogue permanent constructif et base factuelle entre communauté et prestataires).

Par ailleurs, au Burundi, le financement des centres de santé publics est assuré en moyenne à 75% par les ressources du FBP-G, de l'avis des acteurs clés rencontrés et des données contenues dans les différents rapports d'activités et d'évaluations du FBP-G.

Enfin, cette option idéale et parfaite de transfert des ressources du FBP-G à la CAMO comporte des risques d'insuffisance de performance au démarrage liée surtout à la nécessité d'apprentissage au début de tout mécanisme. Il y a également un risque majeur de privation brusque des centres de santé de leurs principales ressources nécessaires à la production des soins et services de santé de qualité, indispensable au développement des différents régimes assurantiels.

Au regard de ces risques et de l'importance de la disponibilité des soins et services de santé de qualité dans le développement des différents régimes assurantiels, une option intermédiaire, réaliste et progressive de maintien et de gestion rationnelle du FBP s'impose dans ce processus d'évolution du pays vers l'assurance maladie obligatoire. Cette phase transitoire se caractériserait par une évolution progressive de la couverture du risque maladie par les régimes assurantiels et une régression progressive du FBP pour le remplacer finalement par d'autres mécanismes endogènes au ministère de la santé d'incitation à la productivité des soins et services de santé de qualité (sans achat de prestations) tels que : (i) l'accréditation, (ii) le renforcement de la supervision et du coaching, (iii) l'intensification du contrôle par l'inspection des services de santé assorti d'application effective de sanctions.

Il s'agirait de maintenir le FBP au cours de cette phase transitoire tout en assurant les mutations suivantes dans sa conception et sa gestion afin d'assurer une transition progressive vers un achat stratégique harmonieux :

- transférer les fonds de la gratuité à la CAMO dès qu'elle sera fonctionnelle ;
- réduire progressivement l'achat des quantités des prestations par le FBP pour se focaliser finalement sur l'achat de la qualité des soins et services de santé au cours de cette phase transitoire (à terme, l'achat des quantités sera assuré par l'agence d'assurance maladie obligatoire dès qu'elle sera fonctionnelle) ;

- rationaliser et rendre plus efficient urgemment, l'achat des quantités en opérant les changements suivants dans la conduite du FBP : (i) assurer un meilleur contrôle des indicateurs FBP relatifs aux enfants de moins de 5 ans dans les centres de santé et les hôpitaux (contrôle clinique²⁹ et communautaire), car ces indicateurs sont les premiers consommateurs du budget FBP ; (ii) réviser le costing pour rationaliser davantage l'achat des quantités en diminuant par exemple les prix d'achat de certains indicateurs tels que ceux relatifs aux enfants de moins de 5ans et (iii) accorder plus de valeur financière au bonus qualité ;
- réaliser un costing du FBP basé sur la qualité en vue de basculer vers l'achat de la qualité dès que les fonds gratuité seront transférés à la CAMO.

4.5.2.6. Elaboration et adoption des procédures d'approvisionnement et de gestion du FC

L'utilisation des procédures communes de gestion est un critère fondamental dans le bon fonctionnement d'un fonds commun. A la suite de l'adoption du principe de création d'un fonds commun, l'élaboration des textes fondamentaux consacrant sa création et son fonctionnement doit être suivie par celle des procédures de gestion et leur adoption par les différents bailleurs du fonds. Le processus d'élaboration des procédures de gestion doit être participatif et consensuel afin de garantir l'adhésion continue et soutenue de tous.

Dans le contexte actuel, les procédures de gestion du FBP-G en cours sont consensuelles et constitueraient les procédures de gestion du fonds commun virtuel (si cette hypothèse est retenue).

A défaut, les deux autres hypothèses de fonds nécessitent l'élaboration et l'adoption de procédures d'approvisionnement et de gestion du fonds commun. Ce processus devrait commencer juste après la création du fonds et le recrutement des principaux membres de l'unité de gestion. Il devrait être conduit par les membres de l'unité de gestion avec l'appui d'une expertise nationale et/ou internationale ayant des compétences approuvées dans ce domaine.

4.5.2.7. Financement des coûts opérationnels du FC

Le financement des coûts opérationnel du fonds commun et la définition préalable des marges à respecter (taux des dépenses pour coûts opérationnels à respecter) sont très déterminants pour la bonne gestion d'un fonds. Les expériences internationales fixent souvent la limite de 5% pour les coûts opérationnels de l'unité de gestion du fonds³⁰. Dans le cadre d'un fonds destiné à l'achat des prestations, il est souhaitable que les coûts de vérification et ceux du fonctionnement de l'unité de gestion ne dépassent pas 10% des ressources totales mobilisées par le fonds.

Le défi serait de rationaliser davantage les coûts de vérification actuelle si l'option d'un fonds commun virtuel est adoptée. Dans le cadre des deux autres hypothèses, ce défi portera sur la rationalisation de l'ensemble des coûts de vérification et ceux du fonctionnement de l'unité de gestion pour les contenir dans les 10%.

²⁹ Par exemple, il est facile de remarquer que dans la plupart des registres de consultation curative, il n'y a presque pas d'anciens cas, tout laisse à croire que tous les anciens cas sont devenus de nouveaux cas. Il est ainsi curieux de constater une quasi-absence de suivi des traitements.

³⁰ Rapport d'évaluation final du PADS et document de clés de répartition, MS Burkina Faso, 2014

4.5.2.8. Mécanismes de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle de la gestion du FC

L'adoption d'un seul mécanisme de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle de la gestion du FC est également un des critères fondamentaux de son bon fonctionnement. Le mécanisme de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle de la gestion contenu dans le manuel de procédures et de gestion du FBP-G est consensuel et utilisé par les différents bailleurs.

Ce mécanisme sera celui du fonds commun virtuel si cette option est adoptée. Toutefois, il faudra l'améliorer en intégrant les nouvelles mesures de gestion nécessaires à une évolution progressive du FBP vers l'achat de la qualité. A cet effet, le dispositif de contrôle de la qualité technique et perçue devrait être renforcée.

Si les deux autres hypothèses de mutualisation des fonds (avec unité de gestion dotée d'une caisse) sont retenues, des mutations institutionnelles s'imposeront. Par exemple, la CT-FBP et les CPVV, principaux acteurs du suivi et des évaluations/vérifications, seront placés certainement sous la responsabilité de l'Unité de Gestion du Fonds Commun et dépendront tous de la tutelle institutionnelle qui sera finalement retenue. Les pratiques actuelles d'audits (commandités par Enabel) et des contrôles de l'Inspection Générale des Services devraient évoluer vers une approche commune et consensuelle sous la coordination de l'unité de gestion ou au mieux par un comité placé au-dessus de l'unité de gestion.

Dans un tel scénario, de nouveaux mécanismes de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle de la gestion seront définis avec de nouveaux manuels de procédures. L'élaboration et l'adoption de ces manuels doivent être participatifs et consensuels afin de renforcer la confiance et l'adhésion des différents bailleurs du fonds.

4.6. Facteurs de faisabilité de la mutualisation des fonds FBP-G

4.6.1. Faisabilité politique

Tableau n°10: Analyse de la faisabilité politique des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|---|--|--|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | Approche de mutualisation déjà bien acceptée politiquement par toutes les parties prenantes Importance du FBP-G dans le financement des formations sanitaires | Très forte volonté politique pour mettre en place l'AMU | Incertitude dans la poursuite du FBP-G dans son format actuel Insuffisance de respect des engagements pris par certains bailleurs surtout le Trésor Public | Accord politique de formalisation du FC avec des engagements bien décrits et partagés par tous les bailleurs Accord politique à relever le niveau de sécurité de ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat) Sensibilisation des acteurs sur la nécessité d'une évolution progressive vers l'AMU croisée avec une régression progressive du FBP (afin de préserver les acquis du système) | Très bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | Acceptation du principe de mutualisation des fonds par les différents acteurs institutionnels rencontrés Importance du FBP-G dans le financement des formations sanitaires | Très forte volonté politique pour mettre en place l'AMU Prévision d'une CAMO de plus en plus partagée par les différents acteurs | Incertitude dans la poursuite du FBP-G dans son format actuel Période de mutation institutionnelle forte dans le cadre de la mise en place de l'AMU Non respect des engagements pris par tous les bailleurs | Sensibilisation des acteurs sur la nécessité d'une évolution progressive vers l'AMU croisée avec une régression progressive du FBP (afin de préserver les acquis du système) Relever le niveau de sécurité de ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat) | Bon |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | Importance du FBP-G dans le financement des formations sanitaires | Très forte volonté politique pour mettre en place l'AMU Prévision d'une CAMO de plus en plus partagée par les différents acteurs Crise politique entre le Gouvernement et l'UE (application des accords de Cotonou limitant les ressources de l'UE qu'aux formations sanitaires) | Incertitude dans la poursuite du FBP-G dans son format actuel Période de mutation institutionnelle forte dans le cadre de la mise en place de l'AMU Non-respect des engagements pris par tous les bailleurs Poursuite de la limitation des domaines d'utilisation des fonds de l'UE | Sensibilisation des acteurs sur la nécessité d'une évolution progressive vers l'AMU croisée avec une régression progressive du FBP (afin de préserver les acquis du système) Accord politique à relever le niveau de sécurité de ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat) Relance des négociations entre Gouvernement et l'UE | Très faible |

4.6.2. Faisabilité juridique

Tableau n°11: Analyse de la faisabilité juridique des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|--|---|---|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | <p>Approche de mutualisation déjà en cours sans document d'accords formels entre les parties prenantes</p> <p>Existence d'accords de financement avec des procédures spécifiques pour chaque source de financement</p> | Absence de document officiel formalisation le FC | <p>Insuffisance de respect des engagements pris par certains bailleurs surtout le Trésor Public</p> <p>Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233)</p> | <p>Elaboration et adoption d'une convention de partenariat des bailleurs du FC (Formalisation du FC avec des engagements bien décrits et partagés par tous les bailleurs avec exigences écrites à respecter) jusqu'en 2023</p> <p>Adopté un texte relevant le niveau de sécurité de la ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat)</p> | Très bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | Existence d'accords de financement avec des procédures spécifiques pour chaque source de financement | <p>Approche non prévue dans les accords de financement des bailleurs actuels</p> <p>Application des accords de Cotonou limitant les ressources de l'UE qu'aux formations sanitaire</p> <p>La création d'un FC doté d'une caisse commune recevant des fonds publics de l'Etat doit être inscrit dans la loi des finances (adoptée par l'Assemblée Nationale et Promulguée par le Président de la République)</p> | <p>Non respect des engagements pris par tous les bailleurs</p> <p>Désapprobation de l'Assemblée Nationale</p> <p>Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233)</p> | <p>Formalisation du FC avec des engagements bien décrits et partagés pour tous les bailleurs (avec exigences écrites à respecter)</p> <p>Sensibilisation des Députés sur l'importance du FC et du FBP-G</p> | Faible |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | Existence de textes juridiques pour la création de fonds commun au profit d'autres secteurs (éducation, solidarité) | <p>Approche non prévue dans les accords de financement des bailleurs actuels</p> <p>Application des accords de Cotonou limitant les ressources de l'UE qu'aux formations sanitaire</p> <p>La création d'un FC doté d'une caisse commune recevant des fonds publics de l'Etat doit être inscrit dans la loi des finances (adoptée par l'Assemblée Nationale et Promulguée par le Président de la République)</p> | <p>Non respect des engagements pris par tous les bailleurs</p> <p>Désapprobation de l'Assemblée Nationale</p> <p>Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233)</p> | Sensibilisation des Députés sur l'importance du FC | Très faible |

4.6.3. Faisabilité technique

Tableau n°12: Analyse de la faisabilité technique des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|---|--|--|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | Expérience en cours assez bien maîtrisée techniquement Existence d'outils de gestion consensuels (manuel de procédures du FBP et manuels de procédures administratives, comptables et financières des structures sanitaires) | Double achat des prestations quantités (si poursuite du FBP-G dans le format actuel) | Arrêt brusque du FBP-G au profit de l'AMU | Maintien du FBP-G pour un période transitoire de 3 à 4 ans tout en révisant son design dans un souci de promotion de l'AMU (respect du principe de séparation des fonctions, éviction du double achat des quantités) | Très bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | Expérience de gestion de FC par le ministère des finances au profit d'autres secteurs (éducation et solidarité) Environnement bancaire privé satisfaisant (pour héberger une caisse d'un FC) Existence des ressources compétentes au ministère des finances et sur le marché du travail pour assurer la gestion d'un fonds commun | Double achat des prestations quantités (si poursuite du FBP-G dans le format actuel) Insuffisance de performances de l'unité de gestion du FC (surtout au démarrage) | Arrêt brusque du FBP-G au profit de l'AMU Ancrage institutionnel peu adapté de l'unité de gestion | Maintien du FBP-G pour un période transitoire de 3 à 4 ans tout en révisant son design dans un souci de promotion de l'AMU (respect du principe de séparation des fonctions, éviction du double achat des quantités) | Bon |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | Expérience de gestion de FC par le ministère des finances au profit d'autres secteurs (éducation et solidarité) Environnement bancaire privé satisfaisant (pour héberger une caisse d'un FC) Existence des ressources compétentes au ministère des finances et sur le marché du travail pour assurer la gestion d'un fonds commun | Double achat des prestations quantités (si poursuite du FBP-G dans le format actuel) Insuffisance de performances de l'unité de gestion du FC (surtout au démarrage) Existence de financements ciblés sur des interventions spécifiques du FBP (FBP communautaire) | Arrêt brusque du FBP-G au profit de l'AMU Ancrage institutionnel peu adapté de l'unité de gestion Retrait de certains bailleurs par manque d'intérêt | Maintien du FBP-G pour un période transitoire de 3 à 4 ans tout en révisant son design dans un souci de promotion de l'AMU (respect du principe de séparation des fonctions, éviction du double achat des quantités) Sensibilisation des bailleurs sur l'importance du FBP-G dans le financement des formations sanitaires | Faible |

4.6.4. Faisabilité économique

Tableau n°13: Analyse de la faisabilité économique des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|--|---|---|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | <p>Disponibilité des financements pour tous les bailleurs jusqu'en fin 2023</p> <p>Poursuite du financement de l'UE/Enabel jusqu'en fin 2025 (PASS3)</p> <p>Existence d'accords de financement avec des procédures spécifiques pour chaque source de financement</p> | <p>Incertitude de renouvellement des accords de financement de la BM et de la KFW/Cordaid après 2023</p> | <p>Déconnexion entre FBP et gratuité</p> <p>Transfert des fonds de la gratuité dans une autre institution</p> <p>Insuffisance de ressources financière pour poursuivre le FBP-G dans son format actuel</p> <p>Très faible pérennité des contributions des PTF</p> | <p>Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) au cours de la période transitoire de 3 à 4 ans</p> | Bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | <p>Disponibilité des financements pour tous les bailleurs jusqu'en fin 2023</p> <p>Poursuite du financement de l'UE/Enabel jusqu'en fin 2025 (PASS3)</p> <p>Existence d'accords de financement avec des procédures spécifiques pour chaque source de financement</p> | <p>Incertitude de renouvellement des accords de financement de la BM et de la KFW/Cordaid</p> <p>Approche non prévue dans les accords de financement des bailleurs actuels</p> | <p>Déconnexion entre FBP et gratuité</p> <p>Transfert des fonds de la gratuité dans une autre institution</p> <p>Insuffisance de ressources financière pour poursuivre le FBP-G dans son format actuel</p> <p>Très faible pérennité des contributions des PTF</p> | <p>Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) au cours de la période transitoire de 3 à 4 ans</p> | Faible |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | <p>Disponibilité des financements pour tous les bailleurs jusqu'en fin 2023</p> <p>Poursuite du financement de l'UE/Enabel jusqu'en fin 2025 (PASS3)</p> | <p>Incertitude de renouvellement des accords de financement de la BM et de la KFW/Cordaid</p> <p>Approche non prévue dans les accords de financement des bailleurs actuels</p> <p>Existence de financements ciblés sur des interventions spécifiques du FBP (FBP communautaire)</p> | <p>Déconnexion entre FBP et gratuité</p> <p>Transfert des fonds de la gratuité dans une autre institution</p> <p>Insuffisance de ressources financière pour poursuivre le FBP-G dans son format actuel</p> <p>Très faible pérennité des contributions des PTF</p> | <p>Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) au cours de la période transitoire de 3 à 4 ans</p> | Très faible |

4.6.5. Faisabilité sociale

Tableau n°14: Analyse de la faisabilité sociale des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|---|--|--|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | <p>Paiements réguliers des parts des factures réservées aux PTF</p> <p>Disponibilité d'un minimum de ressources pour assurer l'offre de soins</p> <p>La majorité des bénéficiaires rencontrés sont plus favorables au maintien du FC virtuel</p> <p>Existence d'outils de gestion communs pour tous les bailleurs (manuel de procédures du FBP)</p> | Retards de paiement de la contrepartie de l'Etat par le Trésor Public | Insuffisance de trésorerie au Trésor Public | <p>Relever le niveau de sécurité de la ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat)</p> <p>Relance des négociations entre Gouvernement et l'UE</p> | Bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | Existence d'outils de gestion communs pour tous les bailleurs (manuel de procédures du FBP) | <p>Insuffisance de performances de l'unité de gestion du FC</p> <p>Insuffisance ou retards de paiement de certaines ressources ciblées (exemple fonds pour la location des véhicules pour les sorties de vérification)</p> | Insuffisance de trésorerie au Trésor Public | <p>Relever le niveau de sécurité de la ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat)</p> <p>Relance des négociations entre Gouvernement et l'UE</p> | Faible |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | <p>Existence d'outils de gestion communs pour tous les bailleurs (manuel de procédures du FBP)</p> <p>Amélioration de la possibilité de priorisation des actions les plus rentables</p> | Insuffisance de performances de l'unité de gestion du FC | <p>Perte du paiement régulier des parts des factures réservées aux PTF</p> <p>Insuffisance de trésorerie au Trésor Public</p> <p>Retrait de certains bailleurs du financement du FBP</p> | <p>Relever le niveau de sécurité de la ligne budgétaire assurant le paiement du FBP (budget de l'Etat)</p> <p>Relance des négociations entre Gouvernement et l'UE</p> | Très faible |

4.6.6. Faisabilité temporelle

Tableau n°15: Analyse de la faisabilité temporelle des trois types de Fonds Commun du FBP-G du Burundi proposés

| Type de fonds communs | Facteurs favorables ou opportunités | Facteurs défavorables (insuffisances ou menaces) | Risques | Mitigation des risque | Niveau de faisabilité |
|--|--|--|--|---|-----------------------|
| Fonds commun virtuel | Approche de mutualisation déjà en cours (sans document de formalisation) | Horizon très court des accords de financement des PTF (2023 pour BM et KFW et 2025 pour Enabel) | Retard de paiement de la contrepartie de l'Etat par le Trésor Public Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233) | Utiliser le FC virtuel au cours de la période transitoire Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) | Très bon |
| Fonds commun physique avec des ressources ciblées | L'accord de financement du PASS3 s'étendra jusqu'en fin 2025 | Le délai minimum de mise en place de ce FC dotée d'une caisse est au moins un an (délai nécessaire à l'adoption d'une nouvelle loi des finances et aux changements des accords de financement pour les ressources extérieures) | Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233) Absence d'autres bailleurs extérieurs (autre que UE/Enabel) après 2023 | Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) | Faible |
| Fonds commun physique avec des ressources fongibles | L'accord de financement du PASS3 s'étendra jusqu'en fin 2025 | Le délai minimum de mise en place de ce FC dotée d'une caisse est au moins un an (délai nécessaire à l'adoption d'une nouvelle loi des finances et aux changements des accords de financement pour les ressources extérieures) Date de lever des sanctions de l'UE inconnue (application des accords de Cotonou limitant les ressources de l'UE qu'aux formations sanitaires) | Le 11 mai 2023 est la date limite de mise en place des textes de l'AMU (harmonisant les régimes assurantiels) selon le code de protection sociale (art. 233) Absence d'autres bailleurs extérieurs (autre que UE/Enabel) après 2023 | Renforcer l'efficience dans l'utilisation des ressources du FBP-G (révision du costing, arrêt de l'achat des quantités, focus sur l'achat de la qualité) | Très faible |

4.7. Bénéfices du mécanisme de mutualisation des fonds FBP-G

La mutualisation des fonds quel que soit sa forme opérationnelle comporte des bénéfices indéniables à plusieurs niveaux comme suit:

Au niveau des bailleurs, la mutualisation comporte les bénéfices suivants:

- l'union des efforts de financement pour faire face à des problèmes de financement qu'un seul bailleur ne pourrait résoudre (l'union fait la force);
- le **renforcement de la collaboration** entre bailleurs de fonds: la mise en commun des ressources va de pair avec le renforcement de la concertation de la coordination afin d'assurer une **allocation efficiente** des ressources pour couvrir les attentes communes prioritaires et consensuelles;
- Renforcement de l'**alignement des PTF** aux politiques et stratégies nationales.

Au niveau de l'Etat, en plus des avantages des bailleurs de fonds, il y a les bénéfices spécifiques ci-après:

- **Prévisibilité** des financements afin de garantir une planification réaliste et efficace des interventions de santé;
- Renforcement de la qualité de la planification (un **seul plan/programme de santé** avec des objectifs et des résultats communs) ;
- Amélioration de l'**équité** dans la répartition géographique des interventions de santé (en diminuant voir supprimant la balkanisation du territoire par les PTF);
- Amélioration de la **visibilité et de la traçabilité** des financements des PTF;
- **Harmonisation et standardisation des procédures** de gestion, de suivi et de l'évaluation des interventions de santé par les structures Etatiques et des PTF (**procédures communes**) ;
- Renforcement du **leadership du Gouvernement** pour coordonner les PTF et conduire le programme commun.

Au niveau des bénéficiaires (structures bénéficiaires des financements et populations couvertes)

- Amélioration du niveau de disponibilité des ressources ;
- Amélioration du taux d'absorption : renforcement de la célérité dans l'utilisation des ressources (**harmonisation des procédures** de gestion ; la diversité des procédures comporte des risques d'incompréhension et d'erreurs de gestion) ;
- Amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources (évite les doublons dans le financement) ;
- Amélioration de la recevabilité et de la célérité des audits et contrôles (l'utilisation des procédures communes facilite la compréhension des acteurs et rend moins stressant les audits/contrôle et diminue le temps à consacrer aux audits/contrôle) ;
- Diminution de la multiplicité des audits/contrôles et des temps perdus par les prestataires
- Disponibilité et continuité accrues des soins et services de santé ;
- Amélioration de l'équité d'accès aux services de santé (grâce à une meilleure répartition des interventions et à l'amélioration de la disponibilité et la continuité).

V. ANALYSE ET CONCLUSIONS

5.1. Expériences nationales et internationales de mutualisation des ressources

5.1.1. Expériences nationales de mutualisation des ressources

Un fonds commun sectoriel est un instrument financier, technique et politique destiné à faciliter la mise en œuvre d'une politique sectorielle³¹. Au Burundi, des fonds commun ont été créés et les dernières expériences sont celles du fonds commun destiné à la subvention des fertilisants et celle du fond commun du secteur de l'éducation.

Fonds commun pour les fertilisants et amendements (FCFA)

Créé en 2013³², le Fonds commun pour les fertilisants et amendements (FCFA) est un fonds commun qui reçoit les contributions des PTFs (royaume des Pays-Bas, GIZ, UE à travers les interventions du FIDA et CTB) et du Gouvernement destinées à la mise en œuvre du programme national de subvention des engrais au Burundi qui s'inscrit dans la logique de moderniser et développer le secteur agricole.

C'est un fonds physique avec la création d'un « compte pivot » à la Banque de la République du Burundi (BRB) qui est alimenté totalement six mois avant la saison visée. Les fonds sont ensuite transférés vers un compte opérationnel, sous-compte du compte général du trésor de l'Etat. Le ministère en charge des finances est l'ordonnateur principal responsable de la gestion financière de ce dernier.

Une unité de gestion du Projet (UGPA) sous la tutelle du MINAGRIE a été créée au sein du MINAGRIE, précisément sous celle de la Direction de la Fertilisation des Sols. Cette unité est composée de techniciens qui assurent la gestion du projet de subvention des engrais.

L'UGPA rapporte au Comité Technique des Fertilisants et Amendements (CTFA) qui est un comité composé des représentants du Gouvernement, des représentants des PTFs et des représentants de la société civile. A son tour, tiens informé le Comité National des Fertilisants et Amendements (CNFA), qui est un organe consultatif public-privé présidé par le MINAGRIE.

Fond commun de l'éducation

En 2005, après la déclaration d'un programme Éducation pour tous, un dialogue entre le Gouvernement du Burundi et ses PTFs à l'élaboration d'un Plan sectoriel de Développement de l'Éducation et de la Formation (PSDEF). Pour la mise en œuvre de ce plan sectoriel, l'un des mécanismes de financement adoptés a été la création du Fonds Commun de l'Éducation qui est devenu opérationnel en 2008.

Le Fonds commun de l'éducation était soutenu par les PTFs (Belgique, France, Luxembourg et Royaume-Uni) et le Gouvernement du Burundi. Il assurait la prévisibilité des contributions des différentes parties prenantes impliquées dans le financement de l'éducation au Burundi.

Le fonds commun éducation (FCE) était piloté par un Comité du fonds commun, dont la composition comprend des représentants des ministères sectoriels et des représentants des PTF qui l'alimentaient.

³¹ Agence luxembourgeoise pour la coopération au développement, *Fonds commun/sectoriel : Montage d'un fonds sectoriel, analyses préliminaires conseillées et conditions préalables requises*, p.2

³² Décret N° 100-119 du 6 Mai 2013

Aucune unité externe de gestion du FCE n'avait pas été créée. Il était géré presque de la même façon que l'appui budgétaire sectoriel. Un Budget d'Affectation Spéciale (BAS) au FCE était programmé dans la loi des Finances après concertation avec les PTFs pour savoir leurs volumes des financements.

Le ministère en charge des finances était responsable de l'exécution financière du FCE dont il était l'ordonnateur principal. Il était également responsable de la comptabilité du Budget. Un Comptable Public était désigné « Payeur des dépenses du FCE » par Le Ministère des Finances et il était domicilié au Ministère des Finances.

Les Ministères en charge de l'éducation et de la formation quant à eux, avaient le rôle d'ordonnateur secondaire délégué. Ils tenaient une comptabilité analytique et budgétaire du BAS, et prenaient en charge la phase administrative de la dépense et rendaient compte de la bonne utilisation des Fonds du FCE.

Quant aux PTFs, ils avaient délégué la CTB pour la vérification des pièces justificatives, l'approbation des procédures de passation des marchés publics et la délivrance des « **Avis de Non Objection** » à tout décaissement.

5.1.2. Expériences internationales de mutualisation des ressources

Plusieurs expériences de fonds communs sont citées dans la littérature mais par manque de documents de base sur leur création, leur fonctionnement et les résultats de leur mise en œuvre seulement deux expériences sont décrites dans cette étude (Burkina Faso et Niger).

Fonds Commun du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) du Burkina Faso

Faisant suite au PDSN (Projet de Développement de la Santé et Nutrition) qui a commencé en 1994 avec la création des districts sanitaires. Il s'agit au début, d'un Projet d'Appui aux districts sanitaires et aux directions régionales de la Santé (PADS) adopté en novembre 2002 par le Gouvernement burkinabè avec l'appui de partenaires dont l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas, la Suède, l'Agence Française de Développement, le Fonds des Nations Unies pour la Population et la Banque mondiale. Le PADS projet a couvert la période 2002-2004.

Le PADS programme fut adopté en 2005 en remplacement du PADS projet. Sa première phase a couvert la période 2005-2008 et prenait en compte outre les cibles existantes du PADS projet, de nouvelles cibles telles que les directions centrales, les CHU/CHR, etc.

Il avait pour objet de contribuer au financement durable du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) par l'ensemble des intervenants du secteur santé à tous les niveaux tout en donnant la priorité au districts sanitaires en vue de leur opérationnalisation pour assurer la mise en œuvre effective des soins de santé primaires au profit des population surtout rurales.

Le Fonds Commun du PADS était doté d'un compte commun domicilié dans une banque commerciale afin de faciliter les transactions financières sans interférence avec les aléas de trésorerie du Trésor public. Il regroupait spécialement les fonds des donateurs internationaux (PTF) mais avec des conditions de contribution de l'Etat à l'exécution du PNDS. La gestion du Fonds était placée sous la responsabilité d'une Unité de Gestion du Programme (UGP) coiffé par un comité de pilotage.

Le FC du PADS assurait le financement de l'ensemble des activités éligibles des plans d'actions de toutes les structures du ministère de la santé aux niveaux central, intermédiaire et périphérique. Toutefois, des critères d'éligibilité des activités avaient été préalables définis dans les guides et

cadrages de la planification ainsi qu'une clé de répartition entre les différents niveaux et entre les typologies des hôpitaux et des structures en fonction de l'importance de leurs missions dans la contribution de la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Les critères d'éligibilité des activités étaient en lien avec les activités à haut impact sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le FC PADS se poursuit à nos jours (décembre 2021), toutefois, son niveau de financement a beaucoup baissé avec le retrait des Pays Bas (leader des donateurs) en 2010.

Dans sa stratégie de mobilisation des donateurs et au regard de la réticence de certains, le FC PADS a eu à gérer des fonds communs fongibles (panier commun) et des fonds ciblés en vue d'assurer le financement du PNDS.

Tableau n°16 : Liste des donateurs du PADS en fonction de la natures (destination) de leur fonds

| Panier commun | Fonds ciblés |
|----------------------|---------------------|
| Pays bas | Fonds Mondial |
| Suède | PAM |
| KFW | GAVI RSS |
| Banque Mondiale | Banque Mondiale |
| UNFPA | UNFPA |
| UNICEF | UNICEF |
| AFD | AFD |

Source : PADS/Service Suivi évaluation

Il convient de signaler enfin que le FC PADS a été la principale source de financement du FBR au Burkina Faso à travers l'appui financier de la Banque Mondiale.

Entre 2008 et 2012, FC PADS a mobilisé un montant total de 144 741 257 677 FCFA (soit 220 656 625 Euros) réparti comme suit au tableau ci-dessous.

Tableau n° 17 : Répartition des fonds communs et des fonds ciblés durant la période 2008-2012 (FCFA)

| | FONDS COMMUNS | % | FONDS CIBLES | % | TOTAUX |
|---------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|------------------------|
| 2008 | 19 261 482 762 | 93,7% | 1 286 727 686 | 6,3% | 20 548 210 448 |
| 2009 | 23 752 818 607 | 48,2% | 25 542 244 893 | 51,8% | 49 295 063 500 |
| 2010 | 9 503 876 822 | 26,2% | 26 766 948 545 | 73,8% | 36 270 825 367 |
| 2011 | 8 156 166 564 | 45,7% | 9 708 408 095 | 54,3% | 17 864 574 659 |
| 2012 | 7 563 354 955 | 36,4% | 13 199 228 748 | 63,6% | 20 762 583 703 |
| TOTAUX | 68 237 699 710 | 47,1% | 76 503 557 967 | 52,9% | 144 741 257 677 |

Source : Rapport d'activités 2008- 2012 du PADS

Fonds Commun d'appui au Programme du Développement Sanitaire (FC/PDS) au Niger

Au Niger, où le secteur de la santé souffre d'un sous-financement structurel, un fonds multi-bailleurs, le Fonds commun santé, a été créé en 2006 à l'initiative du ministère de la Santé publique, avec l'appui initial de l'Agence française de développement et de la Banque mondiale. Il regroupe aujourd'hui six bailleurs (l'AFD, l'UNICEF, l'AECID, la BANQUE MONDIALE, GAVI et l'UNFPA) et a mobilisé 91 millions d'euros entre 2015 et 2019.

Ce Fonds contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population, notamment des femmes et des enfants, et à maîtriser la croissance démographique. Ses objectifs spécifiques sont de contribuer à : (i) mettre en œuvre le Plan de développement sanitaire dans le cadre de l'approche sectorielle et (ii) améliorer les indicateurs de santé : baisser la mortalité infanto-juvénile, diminuer le taux de malnutrition, mieux utiliser les services, et permettre la hausse des indicateurs de la santé de la reproduction, notamment la prévalence contraceptive.

A cet effet, il assure le financement des interventions ci-après :

- Améliorer la santé maternelle et infantile, notamment la nutrition et le planning familial
- Améliorer la qualité des soins
- Appuyer l'élaboration du Plan de développement sanitaire 2016-2020
- Appuyer la planification stratégique et le suivi-évaluation des services du ministère de la santé
- Appuyer la réflexion en cours sur la mise en place de la couverture universelle de santé
- Appuyer une expertise en architecture / ingénierie du bâtiment.

Il s'agit d'une aide sectorielle extrabudgétaire avec un compte indépendant qui alimente une fois par trimestre les comptes des entités nationales et déconcentrées (régions et districts sanitaires). Le montant décaissé par le FC est déterminé lors des revues conjointes annuelles. En 2014 le montant décaissé pour le financement des PAA a représenté 4,81%. Il est attendu que le nombre des partenaires au développement qui acheminent leur aide à travers le FC et le volume du financement qui passe par ce dernier augmente. En plus, le FC devra évoluer à moyen ou long termes vers un appui budgétaire sectoriel conformément à la Déclaration de Paris.

5.2. Quel format FBP dans un contexte de CSU ?

Dans ce contexte national et international marqué par des engagements très forts des autorités Gouvernementales et des institutions internationales d'accélérer l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à travers l'opérationnalisation de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), le FBP dans sa forme originelle avec des structures d'achat des soins et services intégrés au ministère de la santé comporte quelques insuffisances telles que :

- le non-respect du principe de séparation des fonctions entre prestataires et acheteurs ;
- les risques de double achat des prestations avec les régimes assurantiels ;
- la faible incitation des ménages à contribuer au financement de la santé en fonction de ses revenus (le FBP étant un mécanisme de tiers payant sans aucune disposition de collecte des fonds auprès des ménages) ;
- l'insuffisance de synergie avec les régimes assurantiels dans la fonction de mise en commun des ressources (cette insuffisance voire cette absence crée parfois des convoitises des promoteurs des régimes assurantiels à s'accaparer des financements du FBP en s'appuyant sur les principes de séparation des fonction et la nécessité de mise en commun

des ressources à des fins d'utilisation efficiente).

Au regard de ces insuffisances et de la nécessité de disposer de stratégies pérennes de financement de la santé surtout dans le contexte des pays en développement avec des systèmes de santé très fragiles ; il convient de trouver des modèles ou un modèle de FBP transitoire adapté à chaque pays en fonction du niveau d'importance du FBP dans le financement des formations sanitaires.

Au Burundi, les formations sanitaires sont actuellement financées à 70% - 80% par les subsides du FBP-G. La mise en place des régimes assurantiels est progressive et risque de ne pas atteindre un niveau de couverture optimale (au moins 80%) de la population dans les 5 prochaines années en dépit de la volonté du Gouvernement. En effet, l'expérience de plusieurs pays en Afrique atteste cette lenteur qui s'explique surtout par : (i) l'importance et la complexité des mutations institutionnelles à opérer pour assurer la mise en place et le bon fonctionnement d'une assurance maladie obligatoire, la lenteur dans le changement de comportement des populations à **adhérer à un régime assurantiel en fonction de son revenu** ; l'importance du secteur informel en Afrique et de la proportion des indigents.

Dans un tel contexte, force est de reconnaître que l'appui budgétaire/budget programme ou les approches de financement des prestataires par des interventions directes structurées en projets ou programmes ou en financement basé sur la performance seront toujours nécessaires pendant une période transitoire variable en fonction du niveau de performance de chaque pays à rendre fonctionnel un mécanisme coordonné, efficace et viable d'assurance maladie obligatoire. Dans le contexte du Burundi, il est fort probable que cette période transitoire atteigne au moins 5 ans.

Cette période transitoire nécessite la poursuite du FBP dans une nouvelle forme qui soit complémentaire et synergique avec les régimes assurantiels. L'impérieuse nécessité de trouver un format de FBP compatible, complémentaire et synergique avec les efforts de promotions des régimes assurantiels se justifie par nos constats ci-après : (i) l'importance des subsides dans le financement des formations sanitaires et le risque de les en priver brusquement si l'arrêt du FBP est brutal sans une autre alternative fiable, (ii) le processus de transfert de la gestion de la CAM au ministère en charge de la solidarité et (iii) la tendance générale au respect du principe de séparation avec une grande probabilité de transfert des fonds de la gratuité vers le ministère de la solidarité afin de renforcer le fonds de prise en charge des indigents (un tel transfert se justifie par la recherche de l'harmonisation et de l'efficacité dans les efforts du trésor public en matière de financement de la santé).

Ainsi, le découplage du FBP et de la gratuité semble imminent et inévitable si le FBP doit se poursuivre au Burundi. La poursuite de l'achat des quantités dans le cadre du FBP posera également le non-respect du principe de séparation des fonctions mais surtout la poursuite des doubles achats avec les régimes assurantiels. Toutefois, la nécessité de préserver les acquis du FBP s'impose en définissant un format FBP transitoire compatible et synergique avec les régimes assurantiels. Ce nouveau format FBP transitoire au Burundi pourrait s'articuler autour des points suivants :

- changer la tutelle administrative de la CT-FBP et surtout des CPVV en les mettant sous la tutelle des structures du ministère de la solidarité les plus appropriées (similitude des missions et proximité géographique pour les CPVV) afin de garantir la séparation des fonctions dans l'achat des prestations. Cette mutation institutionnelle serait en cohérence avec le transfert de la CAM au ministère de la solidarité et permettrait de capitaliser les acquis du FBP en utilisant par exemple les CPVV dans les différents contrôles surtout

- médicaux pour les régimes assurantiels ;
- opérer des changements profonds dans le choix des indicateurs quantités FBP et leur prix d'achat (diminution du nombre, baisse des prix d'achat, etc.) pour à terme se focaliser sur l'achat de la qualité. Par exemple introduire à titre pilote dans un an, l'achat de la qualité seulement dans les hôpitaux. La suppression de l'achat des quantités dans les hôpitaux se justifie par leur nombre réduit, l'inversion des proportions de financement FBP entre hôpitaux et centres de santé. L'essai dans les hôpitaux pourrait être couplé à une augmentation progressive du bonus qualité au profit d'une baisse progressive de l'achat des quantités pour se focaliser dans deux à trois ans qu'à l'achat de la qualité tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé. **Plusieurs scénarii sont possibles mais le plus facile serait un basculement unilatéral sur l'achat de la qualité en supprimant l'achat des quantités tant dans les hôpitaux que dans les centres de santé. Cette mutation radicale permettrait de garantir de façon optimale les acquis du FBP tout étant complémentaire et synergique avec les régimes assurantiels ;**
 - élaborer un costing FBP basé uniquement sur l'achat de la qualité des soins et services de santé ;
 - arrêter le FBP communautaire dans sa forme et contenu actuel avec les GASC et l'orienter sur les structures en charge de la promotion des régimes assurantiels (y compris les GASC) en achetant les efforts de promotion des régimes assurantiels ;
 - rendre officiel (formel) le fonds commun virtuel.

5.3. Engagement politique et capacité du trésor public à assurer ses engagements financiers

Dans le cadre de l'amélioration de l'accès des populations aux services de santé notamment les plus démunies, les différents Gouvernements du Burundi ont pris diverses mesures successives ayant des incidences financières importantes à supportées par le Trésor Public. Il s'agit entre autres :

- la gratuité ciblée en cours depuis 2010 ;
- la prise en charge des soins des indigents ;
- la prise en charge des soins des forces de défense et de sécurité ;
- la prise en charge des personnes âgées ;
- l'instauration de la CAM ;
- l'instauration de la mutuelle de la fonction publique (MFP).
- la prise en charge des retraités de l'Etat.

L'évolution des budgets alloués à ces mesures et celle des dépenses réalisées ainsi les montants des factures des formations sanitaires impayées au cours des trois dernières années illustrent très bien les difficultés du trésor public à faire face aux charges induites par l'application de ces mesures.

Au regard de ces constats il paraît judicieux de mener une étude sur l'ajustement de ces engagements Gouvernementaux et de leurs coûts en fonction des capacités contributives du Trésor public. Il s'agira dans l'étude d'analyser également la pertinence de ces engagements au regard des nouvelles stratégies de financement de la santé au Burundi. Une telle étude permettra de focaliser les financements du trésor publics sur des interventions pertinentes, synergiques et à haut impact sur la santé des populations.

5.4. Engagement des PTF et prévisibilité des fonds extérieurs

Les accords de financement de la plupart des PTF intervenant dans le FBP-G prendront fin en 2023 sauf l'UE/Enabel avec le PASS3 en cours de signature. Cette situation constitue une grande incertitude pour les autorités nationales sur la poursuite du FBP-G.

Dans le contexte national du Burundi où une stratégie de financement est en cours d'élaboration, il est nécessaire de mener les actions ci-après en vue de mobiliser davantage de ressources au profit du FBP nouveau format en synergie avec les régimes assurantiels :

- définir urgemment les nouvelles orientations du FBP adapté à la promotion des régimes assurantiels (y compris le FBP demande focaliser surtout sur les performances des mutuelles communautaires) assorties d'une révision du document national de FBP ;
- veiller à l'intégration du FBP dans les interventions de la nouvelle stratégie nationale de financement de la santé au Burundi ;
- réaliser le nouveau costing du FBP adapté à la promotion des régimes assurantiels ;
- organiser des rencontres de concertation avec les PTF potentiels, intéressés par l'appui technique et financier du FBP nouvelle formule.

5.5. Harmonisation des procédures de gestion, de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle et leadership de l'Etat

L'harmonisation des procédures de gestion, de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle est un des aspects clés de bon fonctionnement et de pérennisation d'un fonds commun. C'est également un des objectifs visés par la création d'un fonds commun afin de faciliter l'exécution de ces domaines par les différents acteurs notamment les bénéficiaires des ressources du fonds commun.

La multiplicité des procédures de gestion, de suivi, d'évaluation, d'audit et de contrôle est sources d'incompréhension, de complexité et de lourdeur au niveau des gestionnaires des structures bénéficiaires des ressources des bailleurs. Elle multiplie également les risques et insuffisances suivants :

- faible taux d'absorption des ressources ;
- risque de doublons dans le financement ;
- incitation des gestionnaires vers les procédures les plus faciles et moins contraignantes et ou les plus avantageuse financièrement.

Le leadership est primordial dans la mise en place d'un fond commun, il doit être joué par les structures étatiques afin de faciliter l'alignement des PTF conformément à la déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide publique au développement. Toutefois, en cas de défaillance des structures étatiques, un des PTF ou un groupe de PTF peut en assurer ce rôle dès le démarrage tout en veillant à son transfert rapide vers le ou les structure(s) étatiques appropriée(s).

5.6. Conclusions

5.6.1. Modèle de mutualisation retenu par l'étude

La première hypothèse (H1) de notre étude relative au fonds commun virtuel est celle qui a le plus de chances d'être réalisée dans le contexte actuel du Burundi. La synthèse des analyses précédentes sur la base des critères de faisabilité retenus dans cette étude se présente comme suite au tableau n° 18.

Tableau n° 18 : synthèse des cotations sur la base des critères de faisabilité retenus

| Critères de faisabilité | Niveau de faisabilité | | |
|--|---------------------------|--|--|
| | H1 : Fonds commun virtuel | H2 : Fonds commun physique avec des ressources ciblées | H3 : Fonds commun physique avec des ressources fongibles |
| Faisabilité politique | Très bon | Bon | Très faible |
| Faisabilité juridique | Très bon | Faible | Très faible |
| Faisabilité technique | Très bon | Bon | Faible |
| Faisabilité économique | Bon | Faible | Très faible |
| Faisabilité sociale | Bon | Faible | Très faible |
| Faisabilité temporelle | Très bon | Faible | Très faible |
| Synthèse Cotation qualitative | Très bon | Faible | Très faible |
| Equivalence quantitative³³ | 90% | 40% | 20% |

Une quatrième hypothèse hors mandat de cette mission serait la mutualisation des fonds de tous les acteurs de la santé surtout les PTF pour financer la santé afin d’assurer une bonne prévisibilité des ressources, une efficacité dans l’utilisation des ressources et surtout une synergie d’intervention à travers la mise en place d’une caisse commune, une planification commune et un même mécanisme de suivi, d’évaluation, d’audit et de contrôle des bénéficiaires du financement. Des responsables rencontrés dans le cadre de cette étude ont évoqué cette possibilité qui serait salvatrice pour le ministère de la santé.

Toutefois, dans le contexte d’une évolution vers une assurance maladie obligatoire et dans le souci du respect de l’orthodoxie dans la gestion des fonds publics (domestiques ou extérieurs), il est souhaitable de domicilier un tel fonds au ministère des finances tout en veillant aux renforcements des capacités de l’unité de gestion qui sera chargée de sa gestion. Cette unité devrait également bénéficier d’une grande autonomie avec un personnel recruté sur la base de ses compétences avec des contrats d’objectifs et de résultats.

5.6.2. Conditions de succès du modèle de mutualisation retenu

La mutualisation des ressources nécessite un niveau de confiance élevé entre les bailleurs et une vision commune dans l’amélioration de la santé des populations du moins un minimum d’objectifs communs.

De cette condition générale et fondamentale, il se dégage les conditions spécifiques et opérationnelles ci-après :

- l’existence d’une intervention sanitaire ou d’un plan ou programme de santé approuvé par les bailleurs concernés : dans le contexte actuel au Burundi, le nouveau modèle du FBP doit être rapidement décrit et approuvé par tous ainsi que sa place dans la stratégie nationale de financement de la santé ;
- l’existence d’un leader pour initier le projet de mutualisation et mobiliser les autres bailleurs. Ce leadership revient de droit au Gouvernement et ses démembrements mais l’expérience montre parfois que c’est un PTF ou un groupe de PTF qui l’assure au début avant de le confier au Gouvernement : Dans le cadre de la mise en place du FC virtuel FBP, ce leadership doit être poursuivi par Enabel tout en veillant à son transfert rapide au

³³ Le tableau des équivalences des cotations qualitatives et quantitatives est en annexe 2.

MSPLS notamment la Direction Générale des Ressources (DGR) et la Direction Générale de la Planification (DGP) ;

- la mise en place d'un cadre de concertation fonctionnel entre les différents bailleurs : le CT élargie FBP doit servir de cadre et sa fonctionnalité et ses missions doivent être renforcées et élargies à la mise en place et au bon fonctionnement du FC virtuel FBP ;
- l'existence des documents officiels mettant en place le fonds commun (convention de partenariat, Décret, Ordonnance ou Arrêté, etc.). La pratique en cours de mutualisation des fonds doit être officialisée à travers l'élaboration et la signature d'une convention de partenariat entre les bailleurs de fonds concernés (un exemple de document de création d'un fonds commun physique est joint en annexe 3). Ce document doit préciser au moins :
 - o l'objet du Fonds Commun ;
 - o la nature et la spécificité du Fonds Commun (virtuel) ;
 - o les bailleurs concernés tout en incitant les autres bailleurs potentiels à adhérer au Fonds commun et en leur laissant la possibilité d'intégrer le fonds commun à tout moment ;
 - o les conditions d'intégration du fonds commun virtuel ;
 - o la description précise des rôles à jouer par chacune des parties clés (Structures Etatiques notamment la Banque du Trésor Public, la DGR/CT-FBP, CT élargie, PTF membres) ;
 - o les modalités d'approvisionnement, de décaissement, surtout les délais de décaissement, de transfert des fonds aux structures bénéficiaires ;
 - o les dispositions particulières de complémentarité et de suppléance en cas de défaillance d'un bailleur ;
 - o les modalités de gestion, de suivi, d'audits et de contrôle à travers des documents de procédures relatifs à chaque aspect.
- la réalisation régulière des bilans périodiques (au moins semestriels) assortis de documents approuvés par l'ensemble des parties prenantes. L'établissement de ces bilans devrait être le plus participatif possible afin de renforcer la transparence et l'adhésion des différents bailleurs ;
- le renforcement de la redevabilité tant auprès des bailleurs de fonds qu'aux bénéficiaires des prestations financées par le fonds commun

VI. RECOMMANDATIONS

Au MSPLS notamment les structures concernées (DGSLs, DGR, DGP et CT-FBP)

1. **Veiller à définir clairement la place et l'avenir du FBP-G dans la stratégie nationale de financement de la santé en cours d'élaboration (au regard des acquis du FBP à consolider)**, il s'agira de mettre en place une « Task Force » des acteurs clés du MSPLS et des PTF concernés par le financement de la santé en général et du FBP-G en particulier et d'assurer sa participation active et régulière aux différentes sessions d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé *délai : immédiat et continu jusqu'à l'adoption de la stratégie de financement de la santé ;*
2. **Organiser un atelier de définition des nouvelles orientations stratégiques du FBP avec tous les acteurs concernés dans le contexte d'évolution accélérée vers l'AMU avec l'appui de deux consultants (international et national)**. La mise en phase du FBP avec les régimes assurantiels devrait être le thème central tout en veillant : (i) à focaliser le FBP sur l'achat de la qualité, (ii) à introduire l'achat des performances des structures communautaires de promotion des régimes assurantiels et (iii) la séparation des fonctions en changeant la tutelle institutionnelle de la CT-FBP et des CPVV, etc. *délai : avant fin mai 2022 ;*
3. **Réviser les documents de base du FBP (manuel de procédures du FBP) sur la base des nouvelles orientations stratégiques avec l'appui de deux consultants (international et national)**, *délai : avant fin juin 2022 ;*
4. **Réaliser un nouveau costing du FBP (manuel de procédures du FBP révisé) sur la base des nouvelles orientations stratégiques pour les 5 prochaines années avec l'appui de deux consultants (international et national)**, *délai : avant fin juin 2022 ;*
5. **Mobiliser de nouveaux PTF pour le financement du FBP nouvelle formule adaptée au développement de l'AMU**. Il s'agira surtout d'élaborer un document synthétique sur le nouveau FBP avec les projections budgétaires, d'organiser des rencontres (personnalisées ou collectives) de plaidoyer auprès des différents bailleurs potentiels, de sensibiliser les élus et les supérieurs hiérarchiques sur l'importance du FBP, etc. *délai : avant fin décembre 2022 ;*
6. **Elaborer une convention de financement commun du FBP pour la création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP en collaboration avec les différents PTF**, *délai : avant fin avril 2022 ;*
7. **Organiser une rencontre de validation et de signature de la convention de financement commun du FBP (création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP) par les différents bailleurs**, *délai : avant fin mai 2022.*

Aux PTF notamment Enabel

8. **Participer activement au processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé tout en veillant à sensibiliser les acteurs sur l'importance du FBP dans le contexte du Burundi, les acquis du FBP et la nécessité de les capitaliser en vue de promouvoir l'AMU**, *délai : immédiat et continu jusqu'à l'adoption de la stratégie de financement de la santé ;*

- 9. Participer activement à l'élaboration de la convention de financement commun du FBP pour la création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP en appui technique aux structures Etatiques et en collaboration avec les autres PTF, délai : avant fin avril 2022 ;**
- 10. Recruter deux consultants (un international et un national) pour appuyer techniquement la CT-FBP-G dans l'élaboration du nouveau costing du FBP sur la base des nouvelles orientations retenues, délai : avant fin juin 2022**
- 11. Appuyer financièrement les différentes activités concourant à la définition d'un nouveau FBP et son opérationnalisation, délai : continu jusqu'à l'adoption du nouveau manuel de procédures FBP révisé ;**
- 12. Apporter un appui technique et financier à l'organisation d'une rencontre de validation et de signature de la convention de financement commun du FBP (création officielle du Fonds Commun Virtuel du FBP) par les différents bailleurs, délai : avant fin mai 2022.**

NB : *les délais proposés dans ces recommandations tiennent compte de la nécessité de valider très tôt les résultats de cette étude en vue de mettre en application en temps opportun les recommandation avant que le processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé ne soit trop avancé.*

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées lors de la phase terrain

| | Non et prénom | Institution/fonction | E-mail | Téléphone |
|----|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------|
| 1 | NTAHIMPERA Jean Charles | MSPLS/DGR | charles.ntah@yahoo.fr | 79313838 |
| 2 | Elvis GABIRO | MSPLS/Cellule juridique | gabirelvis@gmail.com | 79957444 |
| 3 | Dr Pierre MINANI | MSPLS/DGP | Pierreminani15@gmail.com | 79560103 |
| 4 | Dr Emmanuel NDAYIRAGIJE | MSPLS/DBA | emmandayiragije@yahoo.fr | 68244217 |
| 5 | Dr NTIBAZOMUMPA Jean Marie | MSPLS/CT-FBP | jmntiba@gmail.com | 71793294 |
| 6 | NIYUNGEKO Jacqueline | MSPLS/CT-FBP | niyungeko.jacqueline@gmail.com | 79976694 |
| 7 | Dr NKURUNZIZA Canut | MSPLS/CT-FBP | nkurunzizacanut@gmail.com | 79923670 |
| 8 | Dr NDINDURWAHA Thaddée | MSPLS/CT-FBP | nthaddée@gmail.com | 79796638 |
| 9 | Dr NDAYIHEREJE P Claver | MSPLS/IGS | ndayclaver2017@gmail.com | 79328373 |
| 10 | BASENYA Olivier | Banque mondiale | obasenya@worldbank.org | 79927543 |
| 11 | Laura BENETTI | Délégation Union Européenne/Burundi | laurabenetti@eves.europe.eu | 76352080 |
| 12 | GAHUNGU Jean Claude | CORDAID | jeanclaude.gahungu@cordaid.org | 79914719 |
| 13 | NZOBAMBONA Isidore | KfW | Isidore.nzobambona@KfW.de | 79120120 |
| 14 | Dr Etienne NKESHIMANA | CORDAID | Etienne.Nkeshimana@cordaid.org | 76263329 |
| 15 | Dr Yao Kouadio Theodore | OMS | yaot@who.int | 76005634 |
| 16 | Hon. SENDAZIRASA Annonciate | MFP | a.sendazirasa@yahoo.fr | 69544000 |
| 17 | NGENDABANYIKWA Félix | MSNASDPHG | felixngendabanyikwa@gmail.com | 79598583 |
| 18 | NDAYISHIMIYE Dominique | Ministère des Finances | ndaydominique@yahoo.com | 79975894 |
| 19 | NIMUBONA Arcade | SEP-CNPS | sep.arcade@gmail.com | 79467996 |
| 20 | Dr AKINDAVYI Cléophile | BPS Mairie Bujumbura | akindavyicleo@yahoo.fr | 79914183 |
| 21 | KANEZA Espérance | PAMUSAB | espe.kaneza@pamusab.org | 79903854 |
| 22 | NIYONSABA Médiatrice | CPVV Bujumbura Mairie | niyonsaba.mediatrice@yahoo.fr | 79580013 |
| 23 | NDIHOKUBWAYO Paula | CPVV GITEGA | ndihokubwayo.paula@yahoo.fr | 79918729 |
| 24 | Dr NSHIMIRIMANA Mwajuma | CPVV GITEGA | mwajuma.nshimirimana@cordaid.org | 79976478 |
| 25 | NTIRANYIBAGIRA Scholastique | CDS GIHETA | ntirschola@gmail.com | 79927830 |
| 26 | BAHUMBA Jean Berchimans | BDS GITEGA | j.bahumba2014@gmail.com | 79661154 |
| 27 | CISHAHAYO Parfait | HD KIBIMBA | cishahayoparfait83@gmail.com | 79052520 |
| 28 | SEKANYONI Aloys | CPVV KIRUNDO | aloysssekanyoni@gmail.com | 69655200 |
| 29 | Dr NDIHOKUBWAYO Serges | HD KIRUNDO | ndihoser82@yahoo.fr | 69534485 |
| 30 | NZOHABONAYO Emelyne | CDS KIRUNDO | nzohabona@gmail.com | 69847912 |
| 31 | Dr Ignace IYIRERA | BDS KIRUNDO | iiyirera@yahoo.fr | 79499758 |
| 32 | Dr Louis NZITUNGA | BPS KIRUNDO | uwitungal@gmail.com | 79901629 |
| 33 | Dr BITANEZA Armel | BDS Marie Nord | armelsonjr@yahoo.fr | 79592780 |
| 34 | Dr MUNEZERO Ange Marie Micheline | HD KAMENGE | angemichoucool19@gmail.com | 68000210 |

Annexe 2 : Equivalences entre les échelles d'évaluation/d'appréciation

Tableau des équivalences entre les échelles d'évaluation/d'appréciation

| Equivalences entre les échelles d'évaluation | | | | |
|--|---|--|--------------------|--|
| 100% | Très bonne (les éléments sont cohérents entre eux, les moyens sont nécessaires et suffisants, l'organisation proposée est rationnelle, les standards techniques sont de qualité) | Très satisfaisant (les objectifs principaux sont réalisés) | Elevé | Très satisfaisant (viabilité assurée au niveau de la capacité institutionnelle, du transfert des techniques, de la poursuite des activités) |
| 70% | Bonne (quelques incohérences ou imperfections mineures) | Satisfaisant (certains objectifs secondaires n'ont pas été réalisés ou bien les objectifs principaux sont réalisés de manière significative mais n'ont pas atteint le niveau attendu) | Substantiel | Satisfaisant (le projet présente une capacité à devenir viable, mais certains éléments de cette viabilité demandent encore à être consolidés) |
| 40% | Faible (plusieurs incohérences ou imperfections qui grèvent l'efficacité ou l'efficacé) | Peu satisfaisant (un nombre important d'objectifs n'ont pas été réalisés ou n'ont pas atteint le niveau souhaité) | Modeste | Fragile (le projet présente des incertitudes pour l'un au moins des aspects de la viabilité mais des perspectives de renforcement existent) |
| 20% | Très faible (des erreurs de conception telles que le succès du projet est fortement improbable) | Non satisfaisant (la plupart des obligations ne sont pas remplies) | Négligeable | Très fragile (un ou plusieurs des éléments de la viabilité manquent et aucune solution n'est envisageable à un horizon rapproché) |
| 0% | Conception, cohérence | Préparation, exécution, efficacité, efficacité | Impact | Viabilité |

Source : rapport d'évaluation du PADS, Burkina Faso, 2007

PROTOCOLE DE FINANCEMENT COMMUN

entre le Ministère des Finances et du Budget du Burkina Faso, et le Groupe de Donateurs

concernant le

Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS)
2005-2008

Attendu que le Gouvernement du Burkina Faso, représenté par le Ministère des Finances et du Budget, désigné ci-après « le Ministère » a, sur requête du Ministère de la Santé, demandé l'aide du Groupe de Donateurs (désignés ci-après « les Donateurs ») au présent Protocole de Financement Commun (dénommé ci-après « PFC ») pour contribuer à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 (PNDS) à travers le financement du projet « Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) 2005-2008 » (ci-après désigné « PADS 2005-2008 »). Le Ministère et les Donateurs, ensemble, sont appelés ci-après les « Signataires » et sont listés en Annexe 1.

Attendu que le Ministère s'est engagé à fournir le financement pour la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 à un niveau qui sera indiqué dans le Budget National de l'Etat tel qu'approuvé par le Parlement sur une base annuelle. Les Donateurs se sont engagés à contribuer à la mise en œuvre du PNDS 2001-2010 à travers le programme désigné PADS 2005-2008 par un appui financier.

Attendu que le Ministère de la Santé, en accord avec le Ministère des Finances et du Budget a mis en place une Unité de Gestion des fonds PADS avec des procédures de gestion décentralisées basées sur la performance.

Attendu que l'Unité de Gestion du PADS et les structures bénéficiaires des fonds disposent chacun d'un compte bancaire ouvert dans une banque commerciale destiné uniquement à recevoir les fonds et à effectuer les dépenses entrant dans le cadre du PADS.

Attendu que la contribution financière des Donateurs sera déterminée dans le cadre des accords bilatéraux conclus entre le Ministère et les Donateurs.

Attendu que les Donateurs attachent une grande importance aux principes d'harmonisation, tels que ceux-ci se reflètent dans le présent PFC et s'efforcent de s'aligner le plus possible sur les systèmes budgétaires, comptables et législatifs du Ministère de manière à améliorer l'efficacité de la mise en œuvre, à réduire la charge administrative du Ministère et à réduire les coûts d'opération.

Attendu que le Ministère et les Donateurs se sont entendus sur les procédures communes en matière de consultation et de prise de décision, de mécanisme de décaissement, de suivi et de présentation de rapports, d'examen et d'évaluation, de vérification, d'audit, de gestion financière, d'échange d'information et de coopération entre les Signataires, telles que celles-ci se reflètent dans le présent PFC.

Attendu que le respect des droits de la personne, des principes démocratiques, de la primauté du droit et de la bonne gouvernance, qui régissent les politiques nationales et internationales des Signataires, sont les principes fondamentaux sur lesquels repose la coopération entre les Signataires et constituent les éléments essentiels du présent PFC.

Pour ces motifs, les Signataires conviennent de ce qui suit :

§ 1 OBJECTIFS DU PROGRAMME ET PORTÉE DU PFC

1. L'objectif global du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010 en date de juillet 2001, est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité de la population. Le PNDS est directement en ligne avec le « Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté » (CSLP) et le « Cadre Stratégique de lutte contre le SIDA » (CSLS). Ces deux documents représentent le cadre national de la politique qui décrivent la stratégie nationale et le plan opérationnel pour la réduction de la pauvreté, y compris les objectifs de la coopération en matière de développement national et la stratégie nationale de lutte contre le SIDA. Les objectifs du PNDS souscrivent aux Objectifs de Développement du Millénaire et à ceux du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), pour ce qui concerne la santé.
2. Le PNDS 2001-2010 ainsi que le PADS (2005-2008) seront mis à jour par le Ministère en tenant compte entre autres des résultats des revues, des développements nationaux et des résultats des consultations, dans le cadre du Comité de suivi du PNDS (l'instance formelle du Gouvernement incluant la représentation des autres ministères, de la société civile et des autres partenaires du secteur de la santé) c.f. « Arrêté conjoint n° 2003/104/MS/MFB portant organisation, attributions et fonctionnement du Comité de suivi du PNDS » en Annexe 2.

3. Le présent PFC énonce les modalités et procédures communes convenues aux fins de l'aide financière apportée au PADS 2005-2008 et sert de cadre de coordination aux fins de la consultation auprès du Ministère, des revues conjointes de performance, des procédures communes de décaissement, des rapports et des audits.
4. Les Donateurs établiront des accords bilatéraux qui sont compatibles avec l'esprit et les dispositions du présent PFC, et ils s'abstiendront, dans la mesure du possible, d'établir des conditions dans les accords bilatéraux qui sont incompatibles avec l'esprit ou les dispositions du présent PFC ou s'écartent de ceux-ci. En cas d'incompatibilité ou d'écart entre les modalités du présent PFC et les accords bilatéraux, les dispositions des accords bilatéraux ont primauté. Si des dispositions spécifiques d'un accord s'écartent du PFC, le Donateur concerné informera les autres Donateurs en remettant une copie de celui-ci à chacun des autres Donateurs et en précisant les dispositions concernées.
5. Les Donateurs baseront leur aide réelle sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du PADS 2005-2008. Les progrès seront mesurés au moyen des indicateurs de performance communs établis par le Comité de Suivi du PNDS et d'une évaluation générale de la performance du PADS.

§ 2 RESPONSABILITÉS

6. Le Ministère est responsable et doit rendre compte de la mise en œuvre du PADS 2005-2008 et de la gestion des contributions financières des Donateurs. Le Ministère tiendra des registres comptables de l'aide fournie conformément aux normes comptables internationales. Le Ministère reconnaît que l'aide des Donateurs ne sera utilisée que pour payer les dépenses du PADS 2005-2008. Les Donateurs n'assument aucune responsabilité ou obligation envers les tiers en ce qui concerne la mise en œuvre du PADS 2005-2008.
7. Les Signataires collaboreront entre eux et s'informeront complètement en temps opportun sur toute question concernant la mise en œuvre du PADS 2005-2008 et du présent PFC. Les Signataires, y compris le Ministère, se partageront tous les renseignements concernant l'apport d'aide, les rapports techniques et toute autre documentation se rapportant à la mise en œuvre du PADS 2005-2008 qui sont pertinents à l'aide.
8. Un des Donateurs sera désigné comme Chef de File des Donateurs. Les Donateurs peuvent s'entendre pour assumer les fonctions de Chef de File à tour de rôle. Le Chef de File est indiqué en Annexe 3, où sont également précisés son rôle, ses principales tâches et responsabilités vis-à-vis des autres membres du Groupe de Donateurs.

9. Le Ministère informera immédiatement tous les Donateurs de toute circonstance qui peut nuire ou menace de nuire à la mise en œuvre réussie du PADS 2005-2008 dans le but de régler ladite question, et demandera la tenue d'une réunion afin de consulter les Donateurs sur les mesures correctives à prendre.

§ 3 CONTRIBUTIONS

10. Les contributions des Donateurs seront déposées par le Chef de File des Donateurs sur un compte bancaire commercial ouvert spécifiquement pour le PADS 2005-2008, comme indiqué par le Ministère, n° 113 442 001 01-82 de la Société Générale des Banques au Burkina (SGBB) au nom de « Prog. A.D.S ». Le Ministère informera immédiatement le Chef de File des Donateurs et par écrit après la réception des fonds.
11. Si un donateur souhaite verser directement sa contribution sur le compte bancaire ouvert par l'UGP au nom du PADS 2005-2008 l'accord bilatéral le précisera et une copie de cet accord sera transmise au Groupe des donateurs qui accordera une dérogation.
12. Les Donateurs confirmeront le montant précis de leurs contributions et la durée de financement dans le cadre des accords bilatéraux entre le Ministère et chacun des Donateurs.

§ 4 CONSULTATIONS, PRISE DE DÉCISION

13. La consultation régulière entre les Signataires est essentielle au maintien de l'engagement continu des Donateurs et à la mise en œuvre efficace du PADS 2005-2008.
14. Les Signataires se rencontreront au moins tous les six mois dans le cadre du Comité Directeur du PADS pour examiner la mise en œuvre du PADS 2005-2008. Les membres du Groupe des Donateurs ont le statut d'observateurs dans le Comité. Le Chef de File représente le Groupe de Donateurs conformément à l'Article 8 concernant la nomination d'un Chef de File des Donateurs ainsi que l'organisation au sein du Groupe des Donateurs. Les rôles et le fonctionnement du « Comité Directeur du PADS » sont précisés dans l'Arrêté n° 2004/271/MS/SG portant création du Comité Directeur du PADS ; Annexe 4. Les réunions seront convoquées et présidées par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Les rapports requis pour ces réunions sont, entre autres, les plans et les budgets, les rapports d'activités et financiers et les rapports d'audit comme indiqué dans l'Arrêté ci-dessus mentionné.

15. Les résultats des réunions seront consignés dans des procès-verbaux. Les procès-verbaux seront rédigés par le Ministère de la Santé, et un projet de procès-verbal sera envoyé à tous les Donateurs afin d'obtenir leur approbation et observations, dans un délai de trois semaines suivant la réunion. Les Donateurs informeront le Ministère de la Santé de leur approbation et observations, de préférence à travers leur Chef de File, dans un délai de sept jours suivant la réception du projet de procès-verbal.
16. Des réunions aux fins de consultations additionnelles peuvent être demandées par le Ministère ou par un Donateur sur tout sujet pertinent se rapportant à la mise en œuvre du PADS 2005-2008.

§ 5 STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

17. Alors que la prise de décision concernant la mise en œuvre du PADS 2005-2008 appartient au Comité Directeur, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé comme indiqué au § 4, la « Direction des Études et de la Planification » (DEP) est chargée de la mise en œuvre au jour le jour du programme. L'Unité de Gestion du Programme est responsable de l'administration et des affaires financières concernant le programme, sous la direction de la DEP. Elle est placée sous la tutelle technique du Ministère de la Santé et financière du Ministère des Finances et du Budget.

§ 6 DÉCAISSEMENTS

18. Sauf dérogation (§3.11) les contributions des Donateurs seront transférées par le Chef de File au Ministère de la Santé par versements après réception et approbation par le Chef de File des requêtes écrites de paiement du Ministère ainsi que des rapports financiers et d'avancement. Les versements seront effectués deux fois par an, en décembre et en juin, et tiendront compte des progrès réels accomplis et des réelles liquidités nécessaires pour la période suivante.
19. Chaque Donateur peut établir sa contribution financière finale et exacte au PADS 2005-2008 sur réception et approbation du rapport final et des comptes financiers du PADS 2005-2008. Les fonds qui ont été mis à la disposition du PADS 2005-2008 et qui n'auront pas été utilisés après l'achèvement du programme, seront retournés aux Donateurs selon la proportion de leurs contributions respectives.
20. Si le Ministère de la Santé n'exécute qu'une partie du PADS 2005-2008, les Donateurs peuvent ajuster les versements non effectués qui seront versés au Ministère de la Santé selon la proportion de leurs contributions respectives ou peuvent réserver la partie restante de la contribution à des fins que conviendront les Signataires.

§ 7 APPROVISIONNEMENT

21. Le Ministère de la Santé effectuera tous les approvisionnements en accord avec le « Manuel de procédures de gestion décentralisée des fonds PADS » dont les procédures sont conformes aux règles, directives et procédures du Gouvernement. Tout changement à ces procédures générales résultant des réformes des procédures d'approvisionnement décidées dans le cadre de la mise en œuvre du CSLP sera intégré au manuel de procédures du PADS. Le « Manuel de procédures de gestion décentralisée des fonds PADS » révisé sera approuvé par les Signataires du présent Protocole de Financement Commun avant sa mise en vigueur effective.

§ 8 RAPPORTS

22. Le Ministère de la Santé soumettra un plan et un budget annuel au Chef de File des Donateurs avant la fin du mois de mars de chaque année. Ce plan résumera les plans annuels de toutes les structures impliquées dans le PADS 2005-2008.
23. Le Ministère de la Santé soumettra au Chef de File un rapport semestriel écrit, basé sur les plans et budgets annuels, avant la fin du 4^{ème} mois du semestre suivant la fin de la période concernée. Le rapport sera rédigé en français, et dans le format mutuellement approuvé pour le PADS 2003-2004. Chaque rapport couvrira la période de janvier à juin et de juillet à décembre.

Le rapport devra comprendre une revue générale des activités du PADS 2005-2008, des résultats réels obtenus comparés aux résultats attendus, basés sur le calcul des indicateurs, un état financier indiquant l'allocation et l'utilisation des fonds, les problèmes rencontrés et/ou anticipés et toute autre information pertinente pour la mise en œuvre du PADS 2005-2008.

Les rapports financiers devront établir un comparatif entre les coûts des activités réelles pour la période courante visée par le rapport et le budget pour la même période en utilisant la même devise. Les rapports financiers devront être établis dans une forme suffisamment détaillée pour permettre de faire une comparaison entre le budget et le progrès réel. De plus, le rapport donnera un aperçu de la totalité des fonds reçus de chacune des sources et les dépenses totales.

24. Le Ministère de la Santé soumettra un rapport final avant la fin du 5^{ème} mois après la fin du PADS 2005-2008. Ce rapport aura les mêmes caractéristiques que les rapports semestriels.

§ 10 EXAMEN ET ÉVALUATION

25. Le processus d'examen de l'aide apportée par les Donateurs au PADS 2005-2008 sera commun à tous les Donateurs et sera aligné sur le processus d'examen de la mise en œuvre du PNDS. Le Ministère de la Santé et les Donateurs maintiendront un dialogue continu en ce qui concerne l'aide et la mise en œuvre du PADS 2005-2008.

Des revues conjointes du secteur santé seront menées par le Ministère de la Santé avec les partenaires du secteur. Les termes de référence de ces revues seront proposés par le Ministère de la Santé et arrêtés par le Comité de Suivi du PNDS.

26. Les Donateurs s'abstiendront dans la mesure du possible de mener des évaluations unilatérales du PADS 2005-2008. Toutefois, deux évaluations externes du PADS sont programmées par le Ministère de la Santé, une évaluation à mi-parcours en 2006 et une évaluation finale en 2008. Les termes de référence seront arrêtés par le Comité Directeur du PADS (§ 4 article 13). Ces évaluations seront alignées autant que possible sur les revues conjointes du Secteur du Ministère de la Santé. Les coûts des évaluations externes seront imputés sur le budget du programme.

§ 11 AUDITS

27. Des audits financiers annuels externes seront effectués sur les comptes des institutions/structures sanitaires bénéficiaires du PADS 2005-2008 : les districts sanitaires, directions régionales de la santé, ainsi que les hôpitaux centraux et régionaux. L'objectif principal de ces audits globaux est le renforcement de la capacité de contrôle interne du Ministère de la Santé.

Les comptes de l'Unité de Gestion du PADS feront l'objet d'un audit séparé qui aura lieu après les audits des bénéficiaires.

28. Le Ministère de la Santé sera responsable de recruter par appel d'offres un cabinet d'audit ou des auditeurs indépendants. Les audits devront être conformes aux standards internationaux applicables aux audits. Les termes de référence et la sélection des auditeurs seront préparés par le Ministère de la Santé en consultation avec le Chef de File des Donateurs, qui recueillera l'avis des autres donateurs. Les coûts des audits annuels seront imputés sur le budget du programme.

Le Ministère de la Santé fournira au Chef de File des Donateurs les copies des rapports d'audit de l'Unité de Gestion du PADS préparés par le cabinet d'audit externe avant la fin du 6^{ème} mois suivant la fin de l'année concernée. Ce rapport d'audit contiendra également un résumé des résultats des audits des institutions/structures bénéficiaires (cf. § 11 article 27). Sur demande le Ministère de la Santé fournira au Chef de File des Donateurs des copies des rapports des audits sur les comptes des institutions bénéficiaires du PADS 2005 – 2008.

§ 12 NON-CONFORMITÉ, FORCE MAJEURE

29. Dans le cas où il y aurait non-conformité grave aux modalités du présent PFC et/ou violation des principes fondamentaux énoncés dans le présent PFC de la part du Ministère, les Donateurs peuvent suspendre tout autre décaissement aux fins du PADS 2005-2008 et récupérer tout ou une partie des fonds déjà versés.
30. Si un Donateur a l'intention de suspendre tout nouveau décaissement ou de cesser d'apporter son aide, le Donateur devra convoquer une réunion avec les autres Signataires afin d'examiner la possibilité d'établir une position commune sur les mesures correctives ou autres à prendre, ou bien d'informer les autres Signataires de son intention en ce qui concerne la continuation ou la discontinuation de l'aide.
31. Les Donateurs peuvent suspendre ou réduire tout nouveau décaissement si des circonstances extraordinaires hors du contrôle du Ministère surviennent et empêchent la mise en œuvre efficace du PADS 2005-2008. Si les Donateurs envisagent de suspendre tout nouveau décaissement, ils devront consulter le Ministère assez longtemps à l'avance. La suspension sera levée dès que ces circonstances auront cessé d'exister ou dès que des mesures appropriées auront été mises en œuvre par le Ministère.

§ 13 CORRUPTION

32. Le Ministère exigera que le personnel et les consultants impliqués dans la gestion des projets ou programmes financés par les Donateurs s'abstiennent d'offrir à des tiers tout cadeau, rémunération, indemnité ou avantage de quelque nature que ce soit ou de solliciter, d'accepter ou de se faire promettre tout cadeau, rémunération, indemnité ou avantage de quelque nature que ce soit, pour eux-mêmes ou pour toute autre partie, de sorte que cette conduite pourrait être interprétée comme étant une pratique illégale ou une pratique de corruption.
33. Le Ministère informera promptement les Donateurs de cas de corruption visés au présent paragraphe et s'assurera que toute personne faisant un mauvais usage des fonds dans le cadre du présent Protocole soit rigoureusement sanctionnée par les lois en vigueur du Burkina Faso.

§ 14 MODIFICATION, ADHÉSION DE DONATEUR ET RETRAIT

34. Toute modification apportée aux modalités et aux dispositions du présent PFC ne sera approuvée que si tous les Signataires y souscrivent par écrit.
35. Les Signataires sont intéressés à ce que d'autres donateurs, qui souhaitent apporter leur aide au PADS 2005-2008, participent au présent PFC.
36. Sur demande écrite d'un nouveau Donateur et moyennant son acceptation écrite des modalités du présent PFC, le Ministère peut autoriser par écrit, sous forme d'annexe au présent PFC, le Donateur concerné à devenir Signataire. Le Ministère consultera promptement au préalable les autres et leur remettra une copie de la lettre d'acceptation.
37. Chaque Donateur peut retirer ou cesser d'apporter son aide aux fins du PADS 2005-2008 en donnant aux autres Signataires un préavis écrit de trois mois. Si un Donateur a l'intention de retirer ou de cesser d'apporter son aide, ce Donateur convoquera une réunion afin d'informer les autres Signataires de sa décision.

§ 15 RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

38. Si un différend survient entre les Signataires en ce qui concerne l'interprétation, l'application ou la mise en œuvre du présent PFC, les Signataires se consulteront afin de parvenir à conclure un règlement à l'amiable.

§ 16 ENTRÉE EN VIGUEUR

39. Le présent PFC prend effet pour un Donateur donné à la date de signature par le Ministère et le Donateur concerné.

Pour le Burkina Faso, représenté par le par le Ministère des Finances et du Budget

Ouagadougou, le 15 juillet 2005

Lieu et date