

REPUBLIQUE DE GUINEE



MINISTRE DE LA SANTE

+++++++

ETATS GENERAUX DE LA SANTE 2021

**GROUPE THEMATIQUE
FINANCEMENT DE LA SANTE**

Août 2021

Introduction

Le financement du système de santé constitue un des principaux déterminants de la performance des services de santé. L'analyse classique du financement de la santé consiste à examiner la cohérence entre les capacités de mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et l'achat stratégique des prestations, afin de jeter les bases d'une politique fondée sur les principes d'équité, de solidarité et d'efficacité qui sont également les fondements d'une stratégie de lutte contre la pauvreté.

Pour aborder les questions de financement, il faut rappeler que le gouvernement Guinéen s'est engagé avec ses pairs à la couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030. C'est dans cette perspective que des réformes doivent être entreprises pour accroître les contributions financières de l'Etat, l'engagement et le leadership du gouvernement afin d'assurer à l'ensemble des populations, notamment les plus vulnérables, des services de santé de qualité géographiquement et financièrement accessibles et culturellement acceptables.

Question clé : *Le système de financement actuel du secteur de la santé permet-il d'améliorer l'accès aux soins ? Sinon, comment y parvenir et garantir la politique d'équité du Gouvernement ?*

Pour répondre à cette question, il sera examiné le niveau de dépense actuelle de santé, l'évolution des prévisions et le niveau d'exécution des budgets de l'Etat, les contributions des partenaires techniques et financiers, des entreprises et des paiements directs des usagers.

Les étapes consisteront à faire une description de la situation et à l'identification des problèmes et de leurs causes, assortie des approches de solutions.

I. Description de la situation du financement de la santé

Les fonds du système de soins guinéen proviennent de plusieurs sources qui comprennent l'Etat, les collectivités locales, les partenaires techniques et financiers, les donateurs, les ménages, les investisseurs privés et les ONG. Ces fonds sont mobilisés et mis en commun au niveau de plusieurs acteurs qui procèdent à l'organisation des achats des prestations pour la satisfaction des besoins de différentes cibles de la population.

1.1. Mobilisation des ressources

– Evolution du PIB par rapport à la création des richesses

La part de la richesse nationale affectée à la santé est mesurée par la part du PIB dans la dépense totale de santé. Selon les résultats des comptes nationaux de santé de 2020, la part du PIB dans la DTS est passé de 6,34 % en 2015 à 4,27 % en 2019.

Avec un tel résultat, la Guinée continue d'être l'un des pays de la sous-région qui mobilise le moins de sa capacité économique nationale en faveur de la santé.

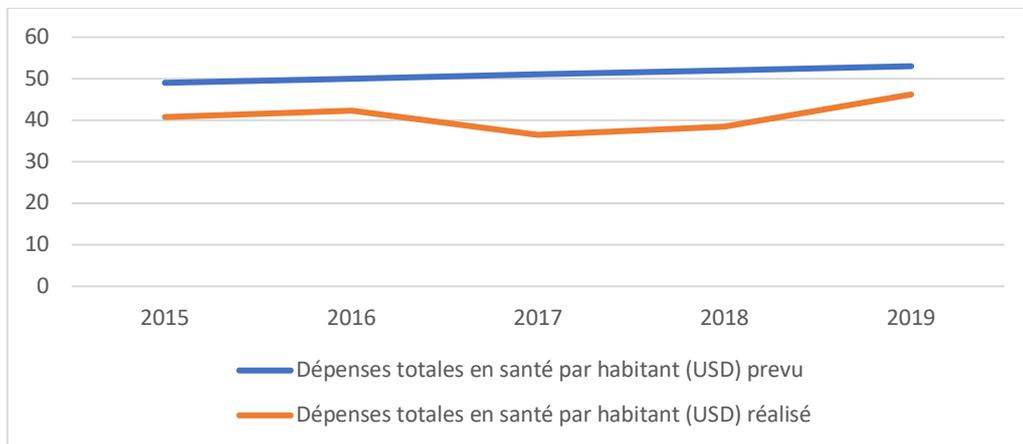
En Guinée, la répartition de la DTS par source montre que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé par le paiement direct, avec 56,6% des dépenses, suivi de l'Administration publique avec 24,6% des dépenses de santé.

Le reste du monde est la troisième source de financement de la santé avec 15,0% des dépenses de santé. Et les 3,8 % par les entreprises et les Institutions sans but lucratifs aux services des ménages (ISBLLSM).

– **Dépenses totales de santé par habitant et par an**

La Dépense Totale de Santé par an et par habitant (DTS) est égale à la dépense courante de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et privée, les dépenses liées au handicap et à laquelle on retranche les indemnités journalières, les dépenses de recherche, dépenses d'enseignement, les dépenses de prévention collective alimentaire et le tout divisé par la population totale au cours d'une année.

En Guinée, selon les comptes nationaux de santé 2015 à 2019, la dépense totale en santé (DTS) par habitant et par an est estimée à 432 000 GNF en 2019, soit 44 USD¹. Elle correspond à 4,27% du PIB.



Graphique 1 : Evolution de la Dépense totale en santé par habitant et par an de 2015 à 2019

Ce graphique *montre* que la Guinée est en voie d'atteindre la cible visée de 54 USD en 2020 par habitant et par an. Si cette tendance se maintient il y a des chances d'atteindre 58 USD par habitant à l'horizon 2024.

Cette performance s'explique par les efforts conjugués des principaux pourvoyeurs de fonds du système de Santé notamment l'Etat, les Bailleurs de fonds extérieurs et les Ménages à travers le paiement direct des soins.

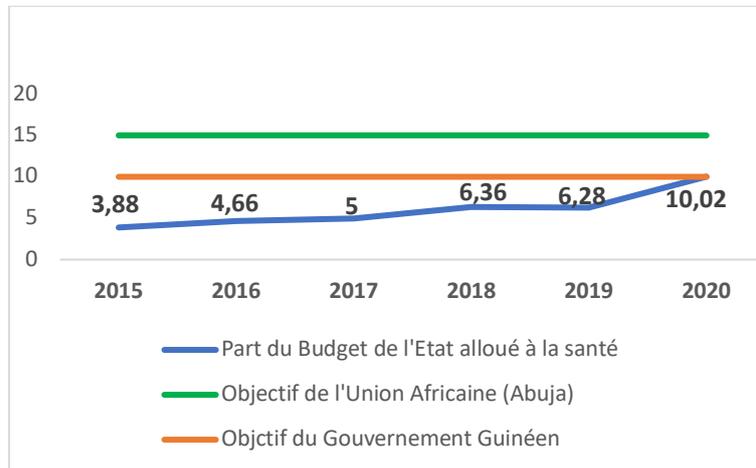
1.1.1 Etat

En 2019, sa contribution à travers les impôts représente 2,91% du PIB (GUINEE, CNS 2020). Et le budget de l'Etat alloué à la santé est structuré en quatre titres : traitements et salaires du personnel, achat des biens et services, subventions et transferts courants et investissements.

¹ République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2017, 2018, 2019

➤ Evolution du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat

L'expérience des six années 2015 à 2020 montre que la part du budget de l'Etat alloué à la santé a augmenté, passant de 3,88% en 2015 à 10,02% en 2020 (Chaine de dépenses, Ministère du Budget). D'autres dépenses de santé telles que celles des services de santé des armées, la santé scolaire et universitaire, les affaires sociales ... ne sont pas connues du département de la santé.



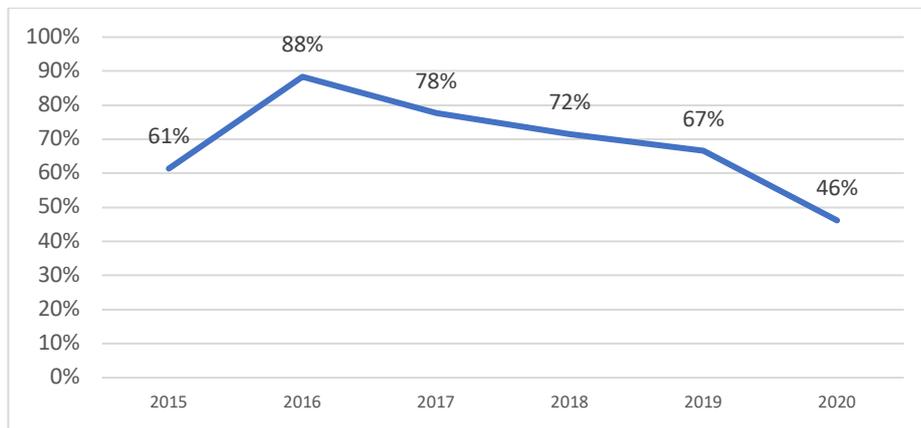
Graphique 2 : Evolution de la part du budget de l'Etat allouée au Ministère de la Santé

➤ Evolution du décaissement par rapport au budget alloué à la santé de 2015-2020

Tableau 1 : Evolution des allocations de crédits et décaissements pour le Ministère de la Santé de 2015 à 2020

Années	Prévisions de Crédit	Montant payé	Taux de décaissement
2015	484 604 788 115	297 714 352 969	61%
2016	628 169 414 192	555 057 052 974	88%
2017	761 146 132 187	591 984 452 810	78%
2018	1 060 566 325 491	759 100 114 154	72%
2019	1 444 073 521 056	963 520 497 028	67%
2020	2 605 035 133 767	1 202 956 140 741	46%

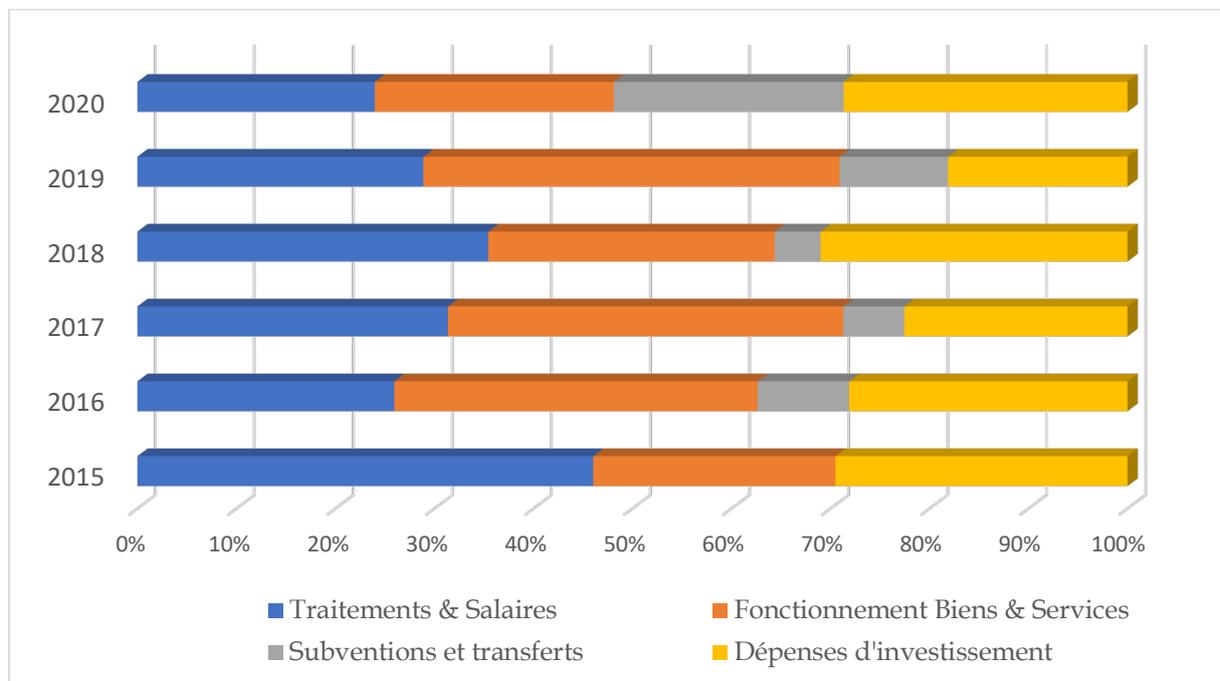
Source : Chaine des dépenses



Graphique 3 : Evolution des taux de décaissement de 2015 à 2020.

Répartition du budget de l'Etat pour la santé par titre, en prévision et en exécution

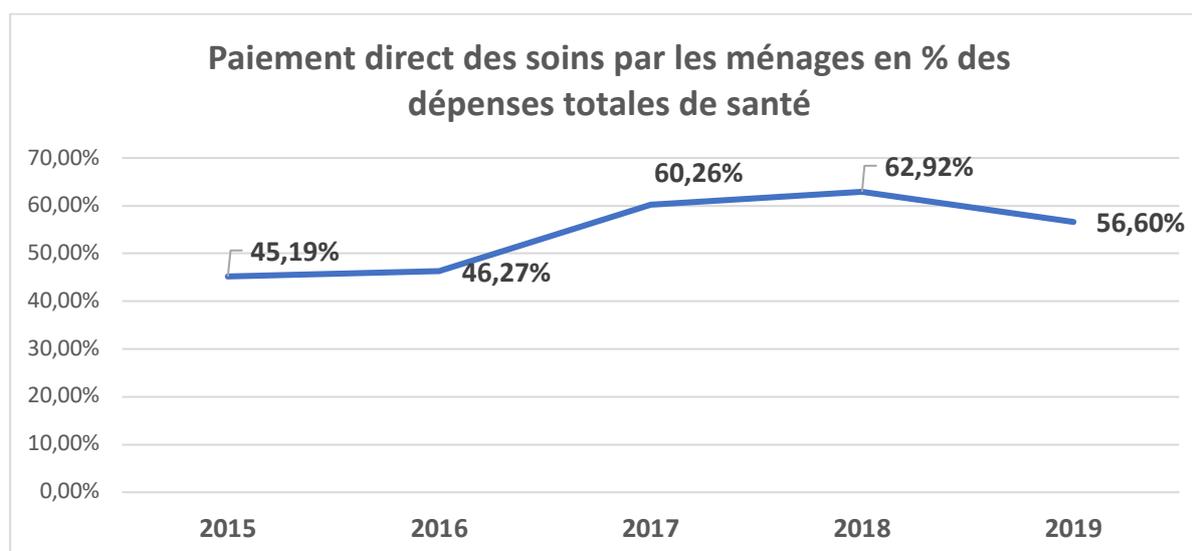
La structure du budget de l'état par catégories des dépenses allouée à la santé et illustrée par les données relatives de 2015 à 2020 se présente ci-après :



Graphique 4 : Répartition du budget de 2015 à 2020 du Ministère de la Santé par titre en termes d'allocation et d'exécution.

Ce graphique montre que durant la période 2015 à 2020, le fonctionnement absorbe en moyenne 74% du budget santé décaissé et contre 26% pour l'investissement.

1.1.2. La contribution au financement de la santé par les ménages sous forme de paiement direct de soins



Graphique 5 : Paiement direct des soins par les ménages en % des dépenses totales de santé

De 2015 à 2019, les ménages représentent la principale source de financement du secteur de la santé en Guinée avec des apports variant de 45,19% en 2015 à 56,6% en 2019. Ce niveau de contribution des ménages dans la DTS reste encore très élevé, nettement au-dessus de l'objectif du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2015-2024 qui est de 43,5% pour 2019. Cette forte dépendance du financement du système de santé au paiement direct des soins par les ménages, s'explique par la quasi absence de mécanismes assurantiels, la surfacturation des soins et le niveau encore insuffisant du financement public au regard des objectifs d'Abuja qui est de 15% du budget de l'Etat alloué à la santé.

Les populations prennent en charge une partie des infrastructures sanitaires et, à travers le système de recouvrement des coûts, une partie des coûts de fonctionnement des établissements de soins, notamment le rachat des produits pharmaceutiques, la motivation du personnel, les dépenses d'entretien et de maintenance et les outils de gestion. A cela s'ajoutent les dépenses, inconnues mais importantes, des ménages dans les structures privées pour soins, examens complémentaires et achat de médicaments.

1.1.3. Les collectivités locales

La responsabilisation des communautés dans le développement de leurs localités, en général, et des services de santé de proximité, en particulier, a été une option des gouvernements successifs avec notamment le lancement du PEV/SSP/ME en 1988. Cependant, les collectivités locales n'ont pas un niveau de participation significatif au financement de la santé. Elles ont une part de financement relativement faible qui, généralement, se limite à la prise en charge des salaires d'une partie du personnel contractuel, même si on relève un engagement bénéfique pour le secteur, en termes de réalisation (centres de santé, postes de santé et points d'eau), soit à partir de leurs ressources propres soit en exploitant la filière de la coopération décentralisée et les associations des ressortissants.

Le Ministère de la Santé pourrait profiter des opportunités qu'offrent le code révisé des collectivités, la politique de décentralisation, le plan de Décentralisation et de déconcentration (DD) et le financement des communes à travers l'Agence nationale de Financement des Collectivités (ANAFIC).

1.1.4. Le privé

Il faut distinguer à ce niveau, différents composants qui concourent tous au financement de la santé :

- **Les entreprises** : Les fonds d'investissement privés dans le développement de l'offre de soin constituent un complément, à ne pas négliger dans la satisfaction de la demande solvable. Ces fonds restent encore timides quoiqu'ils se développent. Le Ministère de la santé manque d'information concernant ce secteur. Seuls les comptes de la santé permettent d'estimer leur contribution. Compte tenu de l'importance grandissante de l'industrie minière dans le pays, il est urgent que le Ministère de la Santé soit informé sur le niveau et les prévisions d'investissement de ce secteur dans le domaine de la santé.
- **Les dons et legs** : Le privé au titre des dons et legs finance des actions de santé timidement. Dans ce domaine, le Ministère de la santé et ses partenaires sectoriels ne profitent pas assez des opportunités de plus en plus disponibles avec le développement des investissements privés comme les secteurs miniers et de la téléphonie...

1.1.5. Les partenaires techniques et financiers

Les PTF, avec 15,0 % de contribution dans les dépenses de santé en 2019, constituent une source importante du financement de la santé. Ils financent l'assistance technique, les infrastructures, les équipements, les médicaments et les fonds d'indigence.

1.2. La Mise en commun des ressources

Les contributions des diverses sources de financement sont mises en commun et organisées à travers divers guichets : le Ministère de la santé, la CNSS, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, l'INAMO, les assurances privées, les mutuelles, les assurances non contributives et les caisses de recouvrement de coût.

a) Le guichet du Ministère de la santé

- **Préparation du budget** : Les ressources proviennent essentiellement du Ministère de l'Economie et des Finances à travers le budget de l'Etat. Au début de chaque année budgétaire, les indicateurs macroéconomiques sont évalués pour montrer les possibilités de mobilisation des ressources publiques par le Ministère en charge des finances. Elles sont réparties aux différents secteurs de développement socioéconomique du pays en fonction des priorités gouvernementales. Pour la préparation du budget, le Ministère de la Santé se réfère au cadrage budgétaire envoyé par le ministère en charge des finances. Ce cadrage donne des orientations sur la répartition des prévisions suivant les titres budgétaires. La DAF, en collaboration avec le BSD, analyse ce cadrage pour se rassurer que ce dernier corrobore avec les priorités du Ministère de la Santé. Par la suite, un feedback est fait au Ministère en charge des

- finances. Il faudra cependant noter que les analyses faites par le MS ne se réfèrent pas souvent aux besoins spécifiques des structures déconcentrées du Ministère de la Santé.
- **Exécution du budget** : Après notification, les crédits sont logés au niveau de la chaîne des dépenses. A ce niveau, le comité d'engagement des dépenses, élabore les plans d'engagement trimestriels pour les titres 3, 4 et 5. Par la suite, le comité interne d'engagement élabore et transmet les priorités trimestrielles à la DAF du MS, qui, à son tour, procède à l'engagement des dépenses. Le BSD et la DAF devraient étroitement collaborer dans l'exécution budgétaire, mais le constat actuel montre que cette collaboration reste faible.
 - **Contrôle de l'exécution budgétaire** : Le contrôleur financier, représentant du Ministère des finances, valide et engage l'Etat dans l'engagement des dépenses. Il vérifie l'éligibilité et la conformité de la dépense (contrôle à priori). A la fin de chaque année, les inspecteurs des finances du Ministère en charge des finances, procèdent à un contrôle des dépenses exécutées (contrôle à posteriori). Il y a aussi des inspecteurs d'Etat (présidence) qui font le même travail que ceux du Ministère en charge des finances.

b) Le guichet collectivités locales (mairies)

Ce guichet est caractérisé par une faible contribution au financement des services de santé et une faible capacité fiscale. La responsabilisation plus accrue des collectivités par le code révisé des collectivités et la politique nationale de la santé communautaire appuyée par l'initiative de financement des programmes de développement local à travers l'ANAFIC ouvre des perspectives de renforcement du rôle et des capacités de ces entités dans le financement de la santé.

c) Les guichets assurantiels

En plus du financement public, il existe des caisses assurantielles volontaires ou obligatoires dont l'importance et la contribution reste assez disparate d'une institution à une autre en termes de taux de pénétration, de capacité de prise en charge et couverture territoriale. Les plus importantes sont :

- La Caisse nationale de Sécurité sociale (CNSS), sous la tutelle du Ministère en charge du travail, couvre essentiellement le secteur privé formel ;
- La Caisse nationale de Prévoyance sociale, sous la tutelle du Ministère en charge de la fonction publique, couvre les fonctionnaires retraités ;
- L'Institut national d'Assurance-maladie obligatoire (INAMO), sous la tutelle du Ministère en charge de la Fonction publique, couvre les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les Assurances privées couvrent le secteur privé et les « riches » ;
- Les mutuelles, sous la tutelle du Ministère en charge des affaires sociales, couvrent essentiellement le secteur informel.

Ces guichets couvrent 2%² des dépenses de santé, ce qui est le reflet de leur faible taux de pénétration.

² République de Guinée, Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Comptes nationaux de la sante, années 2017, 2018, 2019

Il faut noter que, pour ces guichets, il existe très peu d'informations concernant la constitution des fonds, leur gestion et les modalités d'achat des prestations avec les structures de production de soins.

d) Guichet recouvrement de coûts

Il résulte de la réforme introduite par l'initiative de Bamako. Chaque structure publique de production de soins est autorisée à vendre des prestations pour générer des fonds qui seront réutilisés pour assurer le fonctionnement de la structure.

Ces mécanismes de financement (à l'exception du recouvrement des coûts tel que pratiqué présentement) devraient assurer la protection de la population contre les dépenses catastrophiques ou appauvrissantes dues à la consommation des prestations de santé. Ainsi, les barrières financières à l'accès à ces prestations seraient levées. Le dispositif améliorerait la qualité des services et leur utilisation³, et contribuerait à atteindre la couverture sanitaire universelle.

Toutefois, tous ces mécanismes, comme on le voit, sous la tutelle de divers secteurs du développement, sont segmentaires et pas coordonnés. Or, la CSU demande des efforts concertés pour réduire les disparités d'accès par l'élimination des obstacles, notamment financiers, auxquels sont confrontées les communautés⁴. Il en résulte leur faible efficacité actuelle pour la protection des populations contre les effets déplorables des dépenses de santé.

Par ailleurs, l'évaluation de la couverture sanitaire universelle en Guinée en 2017 avait signalé que « le manque d'engouement pour le mouvement d'assurance santé, notamment mutualiste, souligne la nécessité que les autorités apportent un soutien fort pour sa promotion tant en milieu urbain qu'en milieu rural »⁵.

Cette situation nuit à l'accès aux services de santé, contribuant probablement à expliquer la faible proportion de la population (26%) qui utilise les services de santé^{6,7,8}. En effet, ce niveau de fréquentation n'est pas en cohérence avec le profil épidémiologique du pays.

1.3. Achat des prestations

L'achat des prestations de soins constitue une fonction essentielle dans le financement des services de santé.

Les différentes institutions et entités contributives au financement de la santé décident par anticipation des programmes et services qu'elles financent au profit de besoins spécifiques pour les populations déterminées. Ces financements arrivent à travers :

³ BSC Uzochukwu, MD Ughasoro, E Etiaba, C Okwuosa, E Enzuladu, OE Onwujekwe, Financement des soins de santé au Nigéria: implications pour la couverture sanitaire universelle, Article de révision. 2015: 18(4): 437-444

⁴ T. S. O'Connell, K. J. A. Bedford, M. Thiede et D. McIntyre. Synthèse des preuves qualitatives et quantitatives sur les obstacles à l'accès non financier : implications pour l'évaluation au niveau du district. Journal international pour l'équité en santé. Le journal officiel de la Société internationale pour l'équité en santé. 2015 : 14 : 54 in <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0181-z>

⁵ M. L. Dramé, Evaluation de la situation du système de santé vers la couverture santé universelle – Guinée, 2017.

⁶ Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Annuaire des statistiques sanitaires, 2015.

⁷ Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Annuaire des statistiques sanitaires, 2016.

⁸ Ministère de la Santé, Bureau de Stratégie et de Développement, Annuaire des statistiques sanitaires, 2017.

- Les subventions aux structures de production de soins accordées par l'Etat et ses partenaires ;
- Le remboursement des prestations par les mécanismes assurantiels ;
- Le paiement direct des usagers.

a) L'achat des prestations de santé par la subvention de l'Etat et de ses partenaires

C'est un budget moyen qui consiste à payer les salaires du personnel, à acheter les intrants de prestations de soins, les infrastructures et les équipements. Les mécanismes se font à travers un budget qui est structuré en quatre titres : les dépenses de personnel, l'achat des biens et services, les subventions d'équilibre et l'investissement déjà évoqués plus haut. Ceci correspond aux facteurs de production de soins et réduit le coût supporté par le bénéficiaire.

Actuellement, l'Etat, à travers ses partenaires, fournit une subvention pour acquérir des kits pour des interventions à haut impact ciblant la mère et l'enfant.

Sont également subventionnés les maladies sous contrôle ou à élimination (tétanos néonatal, tuberculose, rougeole, paludisme ...) et la population bénéficie gratuitement des interventions ciblant ces problèmes dans les formations sanitaires publiques.

b) L'achat des infrastructures et équipement par le financement extérieur

Le financement extérieur allège les coûts des prestations et renforce leur qualité à travers divers guichets et modalités généralement sous forme de projet ou programme.

c) L'achat de prestations par le paiement direct des ménages

Il se fait dans les structures de soins sous forme d'achat passif. Les modalités utilisées reposent principalement sur le paiement direct des soins sur la base d'une facturation basée sur l'épisode de maladie au 1^{er} échelon (PS, CS CSA) et l'application d'un tarif éclaté dans les structures hospitalières publiques et privées. Bien que les tarifs soient définis ou homologués par le Ministère de la santé, leur application laisse à désirer surtout à Conakry où le marché des services de santé est bien établi aussi bien le secteur public que dans le secteur privé.

d) L'achat de prestations à travers les mécanismes assurantiels

Le consommateur paie la valeur d'un ticket modérateur négocié avec l'assureur et le reste est réglé par l'agence d'assurance.

1.4. La régulation dans le financement

La régulation dans le financement est abordée dans les éléments ci-après : la coordination et l'intégration des guichets, l'harmonisation des procédures et des outils de mobilisation, de mise en commun et d'achat des prestations, la tarification des prestations dans les secteurs public et privé et l'audit et la redevabilité.

1.4.1. La coordination et l'intégration des guichets

Les différents guichets sont faiblement coordonnés. Les mécanismes qu'ils utilisent favorisent la fragmentation et le doublon dans le financement des prestations. Cela arrive parce que le leadership du ministère de la santé et du ministère des finances est faible. L'adhésion des partenaires au compact national n'est pas effective. Il y a aussi la faible capacité de gestion financière des structures à tous les niveaux de la pyramide. A cela s'ajoute la faible promotion du système d'assurance maladie. Les textes de loi relatifs au financement sont faiblement appliqués.

1.4.2. L'harmonisation des procédures et des outils de mobilisation, de mise en commun et d'achat des prestations

A date, il n'existe pas de procédures harmonisées. C'est pourquoi l'Etat finance les structures de production de soins et le système d'assurance des prestataires individuels dans les structures de soins publics et privés au lieu des institutions de soins elles-mêmes.

1.4.3. La tarification des prestations dans les secteurs publics et privé

Dans le secteur public les tarifs sont le reflet de la volonté de l'Etat de favoriser l'accès aux soins, indépendamment de leurs coûts de production. Ils ne sont pas indexés sur les coûts de production des prestations. Mais ce dispositif n'est pas fonctionnel à cause des facteurs suivants :

- Les tarifs sont obsolètes et peu respectés ;
- Les subventions d'équilibre aux structures sont insuffisantes et irrégulières ;
- Les crédits de fonctionnement pour les DRS et DPS sont faibles et irrégulières ;
- Les centres et postes de santé ne bénéficient pas de crédits de fonctionnement ;
- Les mécanismes de contrôle de l'application des tarifs officiels manquent ;
- La marchandisation des soins se développe.

1.4.4. L'audit et la redevabilité

Le système d'allocation et de gestion du financement ne favorise pas la transparence et la visibilité des résultats. Cette situation s'explique par les facteurs suivants :

- Les modes d'allocation des ressources axés sur les budgets-moyens non liés à des objectifs de résultats ;
- L'absence de système comptable garantissant la traçabilité des ressources financières et matérielles ;
- L'absence de système de rapports standardisé ;
- L'absence de cadres de compte-rendu à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- L'absence d'audits internes et externes.

II. Identification des problèmes et de leurs causes

<p><i>Rappel de la question clé : Le système de financement actuel du secteur de la santé permet-il d'améliorer l'accès aux soins ? Sinon, comment y parvenir et garantir la politique d'équité du Gouvernement ?</i></p>

Les préoccupations soulevées à travers cette question sont traitées dans ce qui suit.

Les causes directes sont :

- ✓ La faiblesse des dépenses de santé par habitant ;
- ✓ Le mode de paiement direct des soins par les usagers ;
- ✓ La non-coordination et non-intégration des différents guichets du financement ;
- ✓ La multiplicité des points de perception, expression de la marchandisation des soins ;
- ✓ Le non-respect des tarifs ;
- ✓ L'inefficience dans l'utilisation des ressources mobilisées ;
- ✓ L'absence de transparence et de redevabilité.

De ces causes directes, les causes sous-jacentes sont les suivantes :

- ✓ Faiblesse des dépenses de santé par habitant :
 - Faiblesse du financement public de la santé par le budget de l'Etat ;
 - Faible mutualisation des risques maladies à travers le développement des assurances (obligatoire, mutuelle, privée ...) ;
 - Faiblesse de leadership de l'Etat dans la mobilisation des ressources.
- ✓ Le mode de paiement direct des soins par les usagers favorise les exclusions et les dépenses catastrophiques :
 - Faible pénétration des dispositifs assurantiels.
- ✓ La non-coordination et non-intégration des différents guichets du financement :
 - Faiblesse du leadership de l'Etat ;
 - Faiblesse du système d'information faute d'études et d'enquêtes ;
 - Absence de cadre formalisé de concertation des acteurs de financement.
- ✓ Le non-respect des tarifs :
 - Système de tarification éclatée ;
 - Installation de la marchandisation des soins dans les structures publiques ;
 - Absence de système de contrôle efficace ;
 - Manque de rigueur dans la gestion des structures ;
 - Absence de contrôle des tarifs ;
 - Non mise à jour des tarifs depuis 2009.
- ✓ L'inefficience dans l'utilisation des ressources mobilisées :
 - Faiblesse de capacité de gestion financière et matérielle ;
 - Pratique de dotation des structures sanitaires en intrants dont les médicaments ;
 - Faiblesse du système de contrôle.
- ✓ L'absence de transparence et de redevabilité :
 - Faiblesse du système comptable garantissant la traçabilité des ressources financières ;
 - Absence de système de rapports standardisés ;
 - Absence de cadres de compte-rendu approprié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Absence d'audit et de contrôle.

III. Approches de solutions

Les approches de solution issues de cette analyse sont :

- ✓ Rehausser les dépenses de santé par habitant à travers les mesures suivantes :
 - Améliorer le financement public de la santé par le budget de l'État ;
 - Promouvoir la mutualisation des risques maladies à travers le développement des assurances (obligatoire, mutuelle, privée ...) ;
 - Renforcer le leadership de l'État dans la mobilisation des ressources.
- ✓ Réduire le paiement direct des soins par les usagers et protéger les populations contre les dépenses catastrophiques :
 - Renforcer le taux de pénétration des dispositifs assurantiels.
- ✓ Assurer la coordination et l'intégration des différents guichets du financement :
 - Renforcer le leadership de l'État ;
 - Améliorer le système d'information par des études et des enquêtes ;
 - Mettre en place une plateforme de concertation des acteurs de financement.
- ✓ Mettre en place un mécanisme de contrôle du respect des tarifs :
 - Instaurer un système de tarification basée sur les forfaits ;
 - Mettre en place un système de contrôle efficace ;
 - Mettre de la rigueur dans la gestion des structures ;
 - Mettre en place un système de contrôle des tarifs ;
 - Actualiser régulièrement les tarifs.
- ✓ Rendre efficiente l'utilisation des ressources mobilisées :
 - Renforcer les capacités de gestion financière et matérielle ;
 - Eliminer les dotations des structures sanitaires en intrants dont les médicaments et les remplacer par de financement basé sur des résultats ;
 - Renforcer le système de contrôle.
- ✓ Renforcer la transparence et la redevabilité :
 - Mettre en place un système comptable garantissant la traçabilité des ressources financières ;
 - Mettre en place un système de rapports standardisés ;
 - Instaurer un cadre de compte-rendu approprié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
 - Mettre en place un système d'audit et de contrôle.