

Ministère de la santé



Burkina Faso
Unité - Progrès - Justice

**STRATEGIE NATIONALE
DE FINANCEMENT DE LA SANTE
POUR LA COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE
2018 - 2030**



Fond mondial



UNION EUROPÉENNE



Organisation
mondiale de la santé



Banque Mondiale

Octobre 2018

Table des matières

Liste des sigles et abréviations	4
PREFACE	7
REMERCIEMENTS	8
PROCESSUS D'ELABORATION	9
RESUME	10
INTRODUCTION	14
I. CONTEXTE.....	15
1.1- Données générales du Burkina Faso	15
1.2- Organisation du système de santé	16
1.3- Collaboration intersectorielle en matière de santé	18
1.4- Données sanitaires	18
II- ANALYSE SITUATIONNELLE	20
2.1- Principaux défis du système de santé au Burkina Faso	20
2.2- Analyse du système de financement de la santé pour la CSU	22
2.2.1- Mobilisation des ressources financières	23
2.2.2- Mutualisation des ressources	27
2.2.3. Achat des soins et services	31
2.2.4- Gouvernance du système de financement pour la CSU.....	35
III- CADRE DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT.....	41
3.1- Vision	41
3.2- Valeurs et principes	41
3.2.1- Valeurs.....	41
3.2.2- Principes directeurs.....	41
3.3- Axes stratégiques et résultats attendus.....	41
3.4- Mesures de la stratégie	42
3.4.1- Axe 1 : Accroissement de la mobilisation des ressources financières	42
3.4.2 Axe 2 : renforcement de la mise en commun des ressources	44
3.4.3- Axe 3 : Développement des mécanismes d'achat stratégique des prestations et des services	45
3.4.4 Axe 4 : Renforcement de la gouvernance du financement de la santé pour la CSU.....	48
IV- MISE EN OEUVRE DE LA SNFS	50
4.1- Conditions de succès	50
4.2- Analyse des risques	50

4.3-	Phase de mise en œuvre	51
4.4-	Rôle des acteurs	51
4.5-	Les organes de coordination	53
V-	SUIVI ET EVALUATION DE LA SNFS -CSU	53
5.1-	Suivi	53
5.2-	Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie	54
VI.	FINANCEMENT DE LA STRATEGIE.....	54
	CONCLUSION	54
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
	ANNEXES.....	57

Liste des sigles et abréviations

ACH	: Adjoint des cadres hospitaliers
AMU	: Assurance maladie universelle
AQS	: Assurance qualité des soins
ARV	: Anti-retro-viraux
ASBC	: Agent de santé à base communautaire
BE	: Budget de l'Etat
BM	: Banque mondiale
CAMA	: Caisse d'assurance maladie de l'armée
CAMEG	: Centrale d'achat de médicaments essentiels génériques
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CID	: Circuit intégré de la dépense
CIM	: Codification internationale des maladies
CM	: Centre médical
CMA	: Centre médical avec antenne chirurgicale
CNAMU	: Caisse nationale d'assurance maladie universelle
COGES	: Comité de gestion
CPN	: Consultation prénatale
CS	: Comptes de santé
CSPS	: Centre de santé et de promotion sociale
CSU	: Couverture sanitaire universelle
CTFS	: Commission thématique financement de la santé
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DALY	: Disability adjusted life years (Espérance de vie corrigée de l'incapacité)
DGB	: Direction générale du budget
DGESS	: Direction générale des études et des statistiques sectorielles
DGPML	: Direction générale de la pharmacie, du médicament et des laboratoires
DNS	: Dépense nationale de santé
DRS	: Direction régionale de la santé
DRD	: Dépôt répartiteur de district
DS	: District sanitaire
ECD	: Equipe cadre de district
EMC-MDS	: Enquête multi centrique
EN-PSQD	: Enquête nationale sur la perception de soins de qualité des prestations

ENDOS	: Entrepôt de données sanitaires
EPE	: Etablissement public de l'Etat
EPPS	: Etablissement public de prévoyance sociale
EPS	: Etablissement public de santé
FBR	: Financement basé sur le résultat
FCFA	: Franc de la Communauté financière africaine
FS	: Formation sanitaire
GAVI	: Global alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	: Global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme)
HIMO	: Haute intensité de main d'œuvre
IAP	: Instrument automatisé de prévision
IDH	: Indice de développement humain
INSD	: Institut national de la statistique et de la démographie
ISF	: Indice synthétique de fécondité
ISO	: Organisation internationale de normalisation
MATDSI	: Ministère de l'administration du territoire, de la décentralisation et de la sécurité intérieure
MINEFID	: Ministère de l'économie, des finances et du développement
MEG	: Médicament essentiel générique
MS	: Ministère de la santé
ODD	: Objectifs de développement durable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
OSC	: Organisation de la société civile
CFA	: Franc de la Communauté financière africaine
PADS	: Programme d'appui au développement sanitaire
PCIME	: Prise en charge intégré des maladies de l'enfant
PNDES	: Plan national de développement économique et social
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNS	: Politique nationale de santé
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
PPP	: Partenariat public privé
PTF	: Partenaires techniques et financiers
RAMU	: Régime d'assurance maladie universelle
RGPH	: Recensement général de la population et de l'habitat
SARA	: Service Availability and Readiness Assessment (Enquête sur la disponibilité des services et capacité opérationnelle)

SCADD	: Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SIG	: Système informatisé de gestion
SMI	: Santé maternelle et infantile
SNFS	: Stratégie nationale de financement de la santé
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
ST-RAMU	: Secrétariat technique du régime d'assurance maladie universelle
TVA	: Taxe sur la valeur ajoutée
UE	: Union Européenne
UGF	: Unité de gestion de projet
USD	: United states dollar (Dollar américain)
UNICEF	: United nations children's fund

PREFACE

Au Burkina Faso, les données des comptes de santé 2016 relatifs aux dépenses de santé des ménages montrent une part importante (31,4%) des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé. Ces données sont largement au-dessus du taux (20%) au-delà duquel selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'incidence des dépenses catastrophiques est importante pour la population.

C'est pourquoi, en vue d'améliorer les conditions socio-sanitaires de ses populations, le Burkina Faso s'est fixé comme priorité de lever les barrières de l'accessibilité aux soins de santé de qualité. Cette vision a été déclinée dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) 2016-2020 adopté en août 2016.

Dans cet optique, un des effets attendus du Plan national de développement sanitaire (PNDS) et du PNDES est de garantir à tous, l'accès aux services de santé de qualité. Pour contribuer à la réalisation de ces effets, le gouvernement s'est engagé dans l'élaboration d'une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) pour la couverture santé universelle qui couvre la période de 2018 à 2030.

Aussi, ce document de stratégie se veut être un outil de référence pour le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers permettant de coordonner les différentes interventions dans le domaine du financement de la santé. Sa mise en œuvre permettra à l'Etat d'assurer la disponibilité des moyens et d'optimiser l'utilisation des ressources financières.

Elle se fonde sur les valeurs sociales propres au Burkina Faso, prend en considération toutes les initiatives publiques, privées, collectives et individuelles afin de rendre accessible à toutes les catégories de la population, les soins de santé de qualité.

Le processus d'élaboration de ce document a été inclusif et participatif et sa mise en œuvre nécessite encore plus de synergie d'actions des parties prenantes.

C'est pourquoi, j'invite tous les acteurs concernés à s'en approprier et à en faire une référence dans le cadre de toutes leurs interventions de financement de la santé.

Le Ministre de la Santé

REMERCIEMENTS

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est devenue une priorité au Burkina Faso. Pour y parvenir, le Ministère de la Santé a élaboré une Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS) à travers un processus participatif et inclusif basé sur une approche multisectorielle

Le Ministère de la santé voudrait à travers ces lignes adresser ses remerciements à toutes les institutions, aux personnes physiques et morales qui ont contribué à l'élaboration de cette stratégie. Il salue la grande disponibilité dont elles ont fait preuve aussi bien dans la mise à disposition des documents, des travaux individuels que lors des ateliers de production et d'amendements.

Les remerciements s'adressent particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à l'Union Européenne (UE), à la Banque Mondiale (BM), au Fonds Mondial (FM), au Secrétariat Technique de l'Assurance Maladie Universelle (ST-RAMU), au Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement (MINEFID), aux personnes ressources, aux membres du comité de rédaction et de relecture, aux membres des commissions thématiques et aux membres du comité de pilotage de l'élaboration de cette stratégie.

Toutes les contributions ont permis d'enrichir les réflexions et les analyses afin de mener à bien l'élaboration de la dite stratégie.

PROCESSUS D'ELABORATION

La stratégie nationale de financement de la santé a été élaborée par une équipe technique pluridisciplinaire composée de représentants du Ministère de la santé, du Ministère de l'Economie, des Finances et du Développement, du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale et des partenaires techniques et financiers. Cette équipe a bénéficié tout au long du processus de l'appui de personnes ressources.

L'équipe a procédé à une revue de la littérature disponible sur le financement de la santé¹, et a exploité les documents nationaux tels que le Plan national de développement économique et social (PNDES), la Politique nationale de santé (PNS), la Politique de financement de la santé de 2007, les différents plans stratégiques disponibles et le rapport OMS 2010 sur le financement de la Santé.

La méthodologie adoptée a été celle de la tenue d'ateliers de production dont les résultats ont fait l'objet de comptes rendus à la commission thématique « financement de la santé », à la présentation en réunion de cabinet du Ministère de la Santé et à la validation par le comité de pilotage. L'actualisation/relecture du document et l'élaboration d'un plan d'action opérationnel ont été réalisées par une équipe composée de personnes ressources mise en place à cet effet. Ces deux (2) documents ont été adoptés par le comité de pilotage de la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé.

¹ Référence bibliographique

RESUME

Le gouvernement du Burkina Faso a fait du financement de la santé une orientation stratégique du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020.

En effet, au Burkina Faso, les dépenses de santé restent faibles (47 USD/h/an en 2016 pour un besoin estimé à 112 USD/h/an²). Aussi, ce financement est encore largement assuré par les ménages (31,4 % en 2016 alors que l'on vise un plafond de 20%)³. Ce qui dénote une inaccessibilité des populations aux services de santé, une inéquité dans leur utilisation et révèle que de nombreux ménages font face à des dépenses catastrophiques en santé.

C'est pourquoi le pays a fait résolument le choix de promouvoir la couverture sanitaire universelle dont l'objectif est de garantir à la population un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité sans barrière géographique, financière ou socioculturelle sur la base d'une complémentarité des sous-secteurs sanitaires public, privé et communautaire. Cette volonté a été réaffirmée dans le Plan National de Développement Economique et Social (PNDES) adopté en août 2016.

Dans ce cadre, une stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU a été élaborée et est structurée en cinq points : (i) le contexte global (ii) l'analyse situationnelle, (iii) le cadre de la stratégie de financement de la santé, (iv) la mise en œuvre et (v) le suivi et l'évaluation de la SNFS.

La vision de la Stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU (SNFS-CSU) à l'horizon 2030 est: «Faire du Burkina Faso, une Nation où toute la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale ».

Cette stratégie de FS-CSU repose sur des valeurs que sont : (i) le droit à la santé pour tous, (ii) la responsabilité et le leadership, (iii) l'équité, la justice sociale, l'éthique et la bonne gouvernance, (iv) l'efficacité et l'efficience, (v) la solidarité, le partage du risque et la non exclusion.

La stratégie comporte quatre axes stratégiques qui sont : l'accroissement de la mobilisation des ressources financières, le renforcement de la mise en commun des ressources, le développement des mécanismes d'achat stratégique des prestations et services et enfin le renforcement de la gouvernance dans le financement de la santé pour la CSU.

² K. Stenberg, 2017

³ Comptes de Santé

Ce document de stratégie est un référentiel qui met en cohérence toutes les sources et mécanismes de financement de la santé pour plus d'efficacité et d'équité dans la gestion des ressources.

Sur la base du diagnostic de la situation du système de financement de la santé pour la CSU, onze (11) défis à relever pour assurer les progrès du pays vers la couverture sanitaire universelle ont été identifiés. Ces défis ont été classés dans quatre (04) axes stratégiques.

Au regard de ces défis, 11 mesures et 25 produits ont été identifiés en suivant le processus de la planification axée sur les résultats. Cent six (106) activités détaillées à mener pour atteindre ces produits/résultats sont développés dans le plan d'action opérationnel. Les axes, défis, mesures sont présentés comme suit :

Axe 1 : Accroissement de la mobilisation des ressources pour le financement de la CSU

Défi 1 : Assurance d'une mobilisation adéquate des ressources financières au profit du secteur de la santé pour faire face aux dépenses de santé croissantes

- **Mesure 1 : Accroître la mobilisation des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé**

Défi 2 : Accroissement et orientation du financement privé pour la santé

- **Mesure 2 : Mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique**

Défi 3: Assurance d'une mobilisation de ressources pour le financement du RAMU

- **Mesure 3 : Mobiliser les ressources pour le financement du RAMU**

Axe 2 : Renforcement de la mise en commun des ressources financières pour le financement de la santé

Défi 4: Assurance d'une mise en commun des ressources pour le financement du RAMU et les mesures d'exemption de paiement à travers les caisses (CNAMU, CAMA)

- **Mesure 4 : Renforcer la mise en commun des ressources financières au niveau du RAMU (CNAMU et CAMA)**

Défi 5: Amélioration de la mise en commun des ressources financières au sein du Ministère de la Santé

- **Mesure 5 : Renforcer la mise en commun des ressources au sein du Ministère de la Santé**

Axe 3 : Développement des mécanismes d'achat stratégique des prestations et services

Défi 6: Assurance d'un dispositif d'achat stratégique fonctionnel

- **Mesure 6 : Mettre en œuvre l'achat stratégique**

Axe 4 : Renforcement de la gouvernance du financement de la santé pour la CSU

Défi 7: Meilleur pilotage des programmes budgétaires au sein du Ministère de la santé

- **Mesure 7: Améliorer le pilotage des programmes budgétaires au sein du Ministère de la santé**

Défi 8 : Amélioration de l'utilisation efficiente des ressources financières

- **Mesure 8: Améliorer l'utilisation (efficience) des ressources financières au niveau des structures**

Défi 9 : Disponibilité pérenne des ressources non financière pour la CSU (RH, infrastructures, équipement, médicaments et produits de santé)

- **Mesure 9 : Rendre disponible les ressources non financières pour la CSU (RH, infrastructures, équipement, médicaments et produits de santé)**

Défi 10 : Existence d'un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU

- **Mesure 10 : Mettre en place un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU**

Défi 11 : Assurance d'une meilleure redevabilité, de suivi et d'évaluation

- **Mesure 11 : Mettre en place les mécanismes de redevabilité, de suivi et d'évaluation**

Pour suivre la mise en œuvre de la SNFS-CSU, un cadre institutionnel (comité de pilotage et comité technique de suivi) et un cadre logique axé sur les résultats, ont été développés.

Pour l'opérationnalisation de la stratégie, un plan d'action opérationnel, un cadre de mesure de la performance et un cadre de suivi ont été élaborés et couvrent la période 2018-2020.

Le suivi et l'évaluation de la stratégie feront partie intégrante du cadre de suivi et d'évaluation du PNDS 2011-2020. Des évaluations internes et externes périodiques et une évaluation finale en 2030 sont prévues dans le dispositif.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso, dans un contexte de pauvreté accentuée par l'insuffisance des ressources internes et externes, on constate que les dépenses de santé restent faibles (47 USD/h/an en 2016 pour une norme de 112 USD/h/an)⁴. De plus, ce financement est encore largement assuré par le paiement direct des ménages (31,4 % en 2016 alors que l'on vise un plafond de 20%² pour limiter les dépenses catastrophiques en santé des ménages). Ceci révèle que la qualité des services de santé⁵ est en dessous des besoins et que l'accès aux soins de qualité reste inéquitable.

Notamment, l'analyse des indicateurs de pauvreté monétaire indique qu'en 2014, 40,1% de la population vivait en-dessous du seuil de pauvreté, estimé à 153 530 FCFA⁶ par an. Avec une telle disponibilité financière, ces ménages en particulier sont exposés à des dépenses catastrophiques de santé à moins d'être largement assistés dans la prise en charge de leurs soins.

Dans ce contexte, la couverture sanitaire universelle s'avère nécessaire pour garantir l'accès à des soins de qualité à toute la population en général et aux indigents en particulier en garantissant la protection financière contre le risque maladie.

C'est ainsi que, pour garantir le droit à la santé pour tous reconnu par la Constitution, le gouvernement du Burkina Faso a pris des initiatives pour progresser vers la couverture sanitaire universelle, notamment par l'adoption de la loi portant régime d'assurance maladie universelle, l'exemption de paiement des enfants de 0-5 ans et des femmes enceintes, et la création de nouvelles formations sanitaires à tous les niveaux.

Toutefois, il reste de nombreux goulots d'étranglement en rapport avec le financement de la santé à lever, d'où la rédaction de la présente stratégie.

Cette stratégie nationale de financement de la santé intervient dans un contexte où le Burkina Faso met en œuvre le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 où l'accès aux services de santé de qualité pour tous a été réaffirmé comme une priorité. Elle se veut être un cadre d'orientation et de réglementation du financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle 2017-2030 où tous les acteurs du financement de santé devraient s'aligner.

⁴ Rapport CNS 2016

⁵ infrastructures/équipements/logistiques, ressources humaines, prestations de services, produits de santé,

⁶ PNDES

Cette stratégie a été élaborée selon l'approche de la planification axée sur les résultats et est articulée autour des points suivants : le contexte, l'analyse situationnelle, le cadre de la stratégie de financement de la santé, le cadre de mise en œuvre et le dispositif de suivi et d'évaluation de la SNFS.

I. CONTEXTE

1.1- Données générales du Burkina Faso

❖ Données géographiques et organisation administrative

Le Burkina Faso est situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest et s'étend sur une superficie de 274 200 km². Son climat est de type tropical avec une saison pluvieuse d'environ cinq mois (de mai à septembre) et une saison sèche d'environ 7 mois (d'octobre à avril). Ce climat expose le pays à des risques permanents d'inondation, de sécheresse mais aussi à l'harmattan ainsi qu'à une chaleur parfois très importante.

Il est subdivisé en 13 régions, 45 provinces, 350 départements, 351 communes (49 communes urbaines et 302 communes rurales) et 8228 villages.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

❖ Données démographiques

La population est estimée en 2018 à 20 244 079 habitants avec 51,7% de femmes et 48,3% d'hommes. La grande majorité de la population (77,3%) vit en milieu rural et est touchée par l'analphabétisme (70,1%). Le taux brut de natalité est de 46 pour 1000 avec un taux d'accroissement annuel de 3,1%. On relève une forte proportion des jeunes avec 57% de la population âgée de moins de 20 ans. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,2 pour l'ensemble du pays⁷.

L'espérance de vie à la naissance est de 56,7 ans selon le RGPH de 2006.

⁷ idem

❖ *Données économiques, protection sociale*

Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés avec un Produit intérieur brut (PIB) par habitant estimé à 354 236 FCFA (601,1 USD) en 2015⁸. Selon le rapport du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain, le pays occupe le 181^{ème} rang sur 187 pays avec un Indice de développement humain (IDH) de 0.388 en 2015⁹. L'économie du pays reste par ailleurs marquée par son caractère faiblement diversifié et sa vulnérabilité aux chocs internes (aléas climatiques) et externes (flambée du prix de l'énergie et volatilité des prix pour les produits alimentaires).

Sur le plan des équilibres financiers, le Burkina Faso a maîtrisé son déficit budgétaire. Cet équilibre est le résultat de la conjonction des efforts d'amélioration du niveau des recettes propres et de maîtrise de celui des dépenses publiques. En effet, la pression fiscale (recettes fiscales/PIB) est passée de 10,8% en 2000 à 14,8% en 2015 mais reste en dessous du seuil minimum de 20% fixé par l'UEMOA. Par ailleurs, le niveau moyen de l'inflation est resté en dessous de la norme communautaire de 3%.

En ce qui concerne la protection sociale (PS) au Burkina Faso, le système de sécurité sociale couvre seulement 7% de la population en juillet 2017, essentiellement au profit des travailleurs du secteur formel¹⁰. L'analyse de la situation au Burkina Faso a dénombré en 2011, 181 structures de type mutualiste dont (i) 59,1% de mutuelles de santé de type classique, (ii) 21,11% de systèmes de prépaiement, (iii) 12,22% de systèmes de partage des coûts, (iv), 5% de mutuelles professionnelles et (v) 2,22% de Caisses de solidarité.

Les assurances privées représentaient une couverture d'environ 1% de la population en 2015.

1.2- Organisation du système de santé

Le système de santé comprend les secteurs public, privé et traditionnel.

Sur le plan administratif, le système de santé comprend trois (3) niveaux :

- (i) Le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général.
- (ii) Le niveau intermédiaire qui comprend les 13 Directions régionales de la santé;

⁸ IAP/DGEP/MINEFID, 2015

⁹ Rapport IDH/PNUD

¹⁰ Etude actuarielle 2017

- (iii) Le niveau périphérique qui est représenté par 45 directions provinciales de la santé et 70 districts sanitaires (entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé).

Sur le plan de l'offre de soins, on distingue 3 sous-secteurs :

Au niveau du public

Les structures de soins sont organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :
 - le premier échelon correspond au réseau des CSPS. En 2017, on en dénombrait 1839 ;
 - le deuxième échelon de soins est l'hôpital de district (HD). Il est le centre de référence des formations sanitaires du district. En 2017, on comptait 45 HD fonctionnels.

L'ensemble du système de soins de santé primaires est coordonné par l'Agence nationale de gestion de soins de santé primaires (AGSP).

- Le deuxième niveau est représenté par le Centre hospitalier régional (CHR). Il sert de référence aux HD. En 2017, on en comptait 8.
- Le troisième niveau est constitué par le Centre hospitalier universitaire. Il est le niveau de référence le plus élevé. En 2017, on en comptait 6.

Il existe d'autres structures publiques de soins telles que les services de santé des armées et les services de santé des travailleurs.

La grande majorité des établissements sanitaires (83,4%) relève du secteur public¹¹.

Au niveau du privé

En ce qui concerne le sous-secteur sanitaire privé de soins, il représente 16,6% des formations sanitaires du pays localisées essentiellement dans les villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso. Il est composé majoritairement de structures à but lucratif (81,56%).

En 2017, on dénombrait 519 structures privées de soins.

Au niveau du sous-secteur pharmaceutique

L'accès à des produits de santé de qualité est une condition essentielle au fonctionnement du système de santé. Un plan stratégique pharmaceutique (PSP) 2018-2022 a été élaboré avec pour objectif d'améliorer la disponibilité et l'accès à des produits de santé essentiels, de

¹¹ Rapport de l'enquête SARA

qualité, efficaces et de sécurité d'emploi à l'ensemble de la population¹². Le PSP 2018-2022 aborde les défis relatifs à la réglementation pharmaceutique, l'assurance qualité des produits de santé, la production locale des médicaments, la surveillance du marché des produits de santé, la coordination des approvisionnements pharmaceutiques et la biologie médicale.

L'approvisionnement pharmaceutique au niveau du secteur public est prioritairement assuré par la CAMEG. Cependant en cas de rupture à la CAMEG, l'approvisionnement peut se faire à partir des officines privées.

On dénombrait en 2017, 246 officines réparties sur tout le territoire national.

Au niveau de la médecine traditionnelle et de la Médecine Alternative

Dans ce sous-secteur, on dénombre environ 30 000 tradipraticiens exerçant de façon autonome. Il existe une politique nationale et des textes règlementant l'exercice de la profession à tous les niveaux. La pratique de la médecine alternative a été reconnue à travers la création de la direction de la médecine traditionnelle et alternative dans le nouvel organigramme adopté du Ministère de la santé.

1.3- Collaboration intersectorielle en matière de santé

La réussite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé nécessite la pleine participation des autres secteurs.

Afin de coordonner les interventions de santé, des cadres de coordination et de collaboration intersectorielle ont été mis en place (Conseils de santé de district, Comités techniques régionaux de santé, Comités de gestion des épidémies, Cadres de concertation sur la nutrition, Comité interministériel pour la résolution des problèmes transversaux, Comité de suivi du PNDS, Cadre sectoriel de dialogue, etc.) et un partenariat a été développé avec les acteurs de la santé (signature de conventions de partenariat avec les associations/ONG).

1.4- Données sanitaires

Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Burkina Faso à l'instar des pays Africains au Sud du Sahara reste caractérisé par la persistance des maladies endémo-épidémiques. Les maladies

¹² PSP 2018-2022

transmissibles restent encore prépondérantes comme cause d'années de vie perdues, mais les maladies non transmissibles et les accidents sont en augmentation progressive¹³.

Les principales maladies d'importance en santé publique sont le paludisme (53,8%), les infections respiratoires aigües (20,7%), les maladies diarrhéiques (4,2%), la malnutrition (1,7%), l'infection à VIH/Sida (0,8%), les IST, la tuberculose, la lèpre et les maladies tropicales négligées.¹⁴

Selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2006, le taux brut de mortalité au sein de la population est de l'ordre de 11,8‰.

Selon les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les taux de mortalité maternelle étaient estimés respectivement à 484 pour 100 000 naissances vivantes¹⁵ en 1998, 341 en 2010 et de 330 pour 100 000 naissances vivantes en 2015¹⁶.

Pour le taux de la mortalité infantile, il était de 90‰ naissances vivantes en 1998, 81‰ naissances vivantes en 2003, 65‰ naissances vivantes en 2010 et 42,6‰ en 2015. Quant à la mortalité infanto-juvénile, le taux est de 177‰ naissances vivantes en 1998, de 168‰ naissances vivantes en 2003, de 129‰ naissances vivantes en 2010 et de 81,7‰ naissances vivantes en 2015.

Utilisation des services de santé

L'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé restent dans l'ensemble en deçà des attentes. En effet, en 2014 l'indice d'utilisation des services de santé était de 15,6% puis de 20,2% en 2012¹⁷ ; l'indice de disponibilité des services était de 25,5% avec une disparité entre les régions variant entre 18,1% au Sahel et 34,6% au Centre. Aussi, l'enquête nationale sur la perception de la qualité des prestations (EN-PSQD, 2013) indique un score moyen de patients hospitalisés « très satisfaits » variant de 9,6% (information médicale) à 42,1% (impression générale).

Chez les patients pris en charge en ambulatoire, l'indice varie de 20% (accessibilité aux soins de santé) à 77,9%, (impression générale). D'autres données indiquent que la qualité des soins

¹³ Rapport de l'analyse de la situation du financement de la santé au Burkina Faso

¹⁴ Tableau de bord 2015

¹⁵ EDS, 1998

¹⁶ EMDS 2015

¹⁷ Enquête STEP

de SMI n'est pas satisfaisante, car le counseling, l'éducation de la mère, les soins au nouveau-né et l'adhérence aux directives de prise en charge ne sont pas suffisamment appliquées (Duysburg, 2013).

La figure 1 ci-dessous illustre le niveau d'atteinte de quelques indicateurs clés de santé.

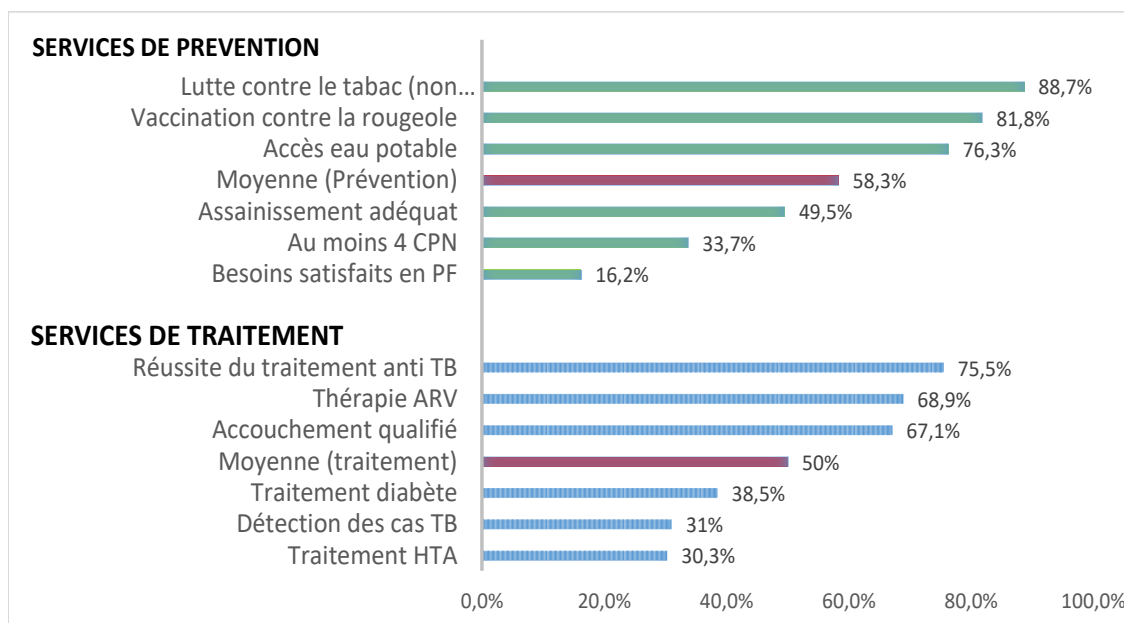


Figure 1: niveaux de couverture des services de prévention et de traitement¹⁸

De plus en 2015, la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans est de 10,4, la malnutrition chronique est de 30,2% et la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est de 23%.

II- ANALYSE SITUATIONNELLE

2.1- Principaux défis du système de santé au Burkina Faso

Les principaux défis du système de santé sont :

❖ Défis liés à la couverture sanitaire

- une faible performance du système de santé en termes de gouvernance et de prestations de services ;
- des ressources humaines caractérisées par leur insuffisance en quantité et en qualité et leur gestion peu performante ;

¹⁸ Etude « baseline » CSU 2015

- des équipements, infrastructures, médicaments et produits de santé caractérisés par leur insuffisance en couverture des besoins ;
- une qualité et sécurité sanitaire des aliments peu satisfaisantes ;
- une recherche pour la santé insuffisamment coordonnée et une faible utilisation des résultats pour la prise de décisions ;
- une gestion peu performante du système d'information sanitaire ;
- Un financement insuffisant de la santé et une gestion peu rationnelle des ressources allouées ;
- la faiblesse de la régulation et de la normalisation y compris la lutte contre la corruption ;
- la faiblesse de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions ;
- les insuffisances dans la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé.

le défi majeur qui en résulte est : Renforcement des capacités du MS en matière de lutte contre les maladies, d'amélioration des ressources humaines, d'approvisionnement en produits de santé de qualité, d'infrastructures, d'équipements et logistiques, de gestion du SIS, de recherche pour la santé et d'accroissement du financement de la santé et de gouvernance . Pour les domaines concernés par ce défi, il existe des stratégies et des programmes spécifiques qui les prennent en compte. Le financement de la santé est l'objet du présent document et soutient la mise œuvre des autres domaines.

❖ Défis sur la gouvernance du secteur de la santé

Sur le plan de la gouvernance du secteur de la santé, des progrès notables ont été enregistrés tant sur le plan organisationnel que fonctionnel. Les principaux acquis sont :

- le renforcement de la décentralisation du système sanitaire avec la mise en place de santé de district et le développement de la santé communautaire ;
- la réforme portant instauration de la gratuité des soins en faveur des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- la mise en œuvre de la politique de contractualisation et la promotion du financement basé sur les résultats ;
- l'actualisation des textes règlementant l'exercice privé des professionnels de santé ;
- la mise en place d'un cadre de collaboration entre le secteur public et le secteur de la médecine et pharmacopée traditionnelles ;

- la mise sur le marché des médicaments traditionnels homologués.

Toutefois, des insuffisances demeurent notamment :

- la faiblesse de la régulation et de la normalisation y compris la lutte contre la corruption ;
- la faiblesse de la collaboration intersectorielle et de la coordination des interventions ;
- les insuffisances dans la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé.

Le défi est celui de l'assurance d'une bonne gouvernance du secteur de la santé.

Pour le domaine concerné par ce défi, il existe des stratégies qui le prennent en compte dans le PNDS et ne fera donc pas l'objet de mesures spécifiques dans le présent document.

❖ *Défis liés au paquet optimal de service offert*

Pour rendre disponible et accessible un paquet optimal de services de santé ou « Health Benefits Package » au profit des populations, le système de santé doit opérer un ensemble de réformes stratégiques nécessaires, d'investissements structurants indispensables, de renforcement de ressources humaines, de soins, de services et de produits de santé qui ont fait la preuve de leur efficacité et qui peuvent être financés et fournis aux populations, compte tenu du contexte réel de développement du pays.

Au Burkina Faso, il existe le paquet minimum d'activités (PMA) au niveau CSPS/CM et le paquet complémentaire d'activités (PCA) au niveau du second échelon (HD) mais au niveau des CHR/CHU, le paquet d'activités varie d'un établissement à un autre.

Ainsi, le paquet optimal de services n'est pas encore défini.

Le défi qui en résulte est : Mise en place d'un paquet optimal de services pour répondre aux besoins de santé des populations à un coût supportable par l'Etat.

2.2- Analyse du système de financement de la santé pour la CSU

Le cadre d'analyse adapté du financement de la santé utilisant les différentes fonctions du financement de la santé de l'OMS a été utilisé (cf cadre d'analyse de l'OMS à l'annexe 2).

Le financement du système de santé se fait à travers 3 sources de financement que sont (i) le secteur public, (ii) le secteur privé et (iii) le reste du monde. Ces fonds sont dirigés vers 2

agents de financements que sont l'Etat et le secteur privé pour enfin être alloué aux prestataires.

2.2.1- Mobilisation des ressources financières

Mobilisation des ressources du secteur public

Les sources de mobilisation de ressources du secteur public pour la santé sont :

- les recettes de l'Etat central ou local sous forme d'impôts, taxes, divers prélèvements,
- les financements extérieurs sous forme de prêts ou de subventions.

Au Burkina Faso, dans le cadre de ses engagements avec les partenaires financiers relatifs aux appuis budgétaires, le gouvernement s'était engagé à allouer au moins 12,7% de son budget (hors dette, hors financements extérieurs, hors exonérations) au Ministère de la santé. Depuis 2016, cet engagement n'est plus une conditionnalité pour le décaissement des appuis budgétaires. En 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018 le budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé s'établissait respectivement à 12,81%, 12,15%, 12,4%, 11,89% et 10,70%. Cependant la dépense de santé par tête d'habitant était de 47 USD/h/an en 2016 pour une norme de 112 USD/h/an.

Cette mobilisation des ressources publiques reste insuffisante pour le ministère de la santé au regard des besoins actuels pour produire des soins et services de santé de qualité à la population (112 \$/habitant). A cela s'ajoute la baisse progressive du montant alloué au Ministère de la santé depuis 2015 (<12,7%).

Aussi, la mise en œuvre des mesures de gratuité et de l'AMU vont engendrer une plus forte fréquentation des centres de santé et une augmentation des dépenses de santé liée aux besoins accrus de ressources (humaines, infrastructures, d'équipements, médicaments), de maintenance, de l'augmentation de la population couverte et aux progrès technologiques. Afin de financer ces besoins accrus, il conviendrait que le budget de santé soit préservé ou revu à la hausse. Au regard de l'augmentation des dépenses de santé et de l'insuffisance des ressources traditionnellement allouées, il est important d'explorer des financements innovants.

La question de la santé ayant une dimension multisectorielle, elle induit des activités financées par le budget de l'Etat pour plusieurs secteurs d'activités autres que celui de la santé (Ministères de la Défense, agriculture, approvisionnement en eau potable, assainissement de l'environnement, éducation des populations, transport et sécurité routière, action sociale,

administration territoriale et décentralisation, travail et sécurité sociale) dont le montant n'est pas capté et capitalisé au niveau du Ministère de la santé. En effet, pour la période 2011-2016, le budget du Ministère de la santé a représenté 93,5% des ressources allouées pour la santé. 6,5% du budget ont été alloués aux autres ministères au compte de la santé. Le Ministère de la santé n'a aucun contrôle sur les dépenses de santé engagées par les autres départements ministériels et n'est donc pas en mesure d'estimer leur impact sur l'amélioration de la santé de la population.

En ce qui concerne le financement de la santé par les collectivités, au Burkina Faso la loi N°055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code des collectivités territoriales prévoit le transfert de la gestion des FS aux collectivités territoriales. L'esprit de la décentralisation est que les collectivités puissent participer au financement des FS de leurs localités. Cependant, cette contribution des collectivités reste faible et peu règlementée. .

Mobilisation des ressources du secteur privé

Les sources de mobilisation de ressources du secteur privé pour la santé sont :

- les paiements par les ménages,
- les cotisations individuelles et patronales au titre de la protection sociale
- le partenariat public privé (PPP) pour l'offre de soins

Dans les pays industrialisés, la santé est financée majoritairement par l'impôt et/ou par les cotisations obligatoires versées à un régime de sécurité sociale. La part du paiement direct par les usagers est largement minoritaire ($\leq 5\%$). Dans les pays en développement, la situation est inversée. Alors que les populations sont davantage vulnérables, elles sont directement soumises au risque financier que peut provoquer une maladie, en raison de l'importance des paiements directs. Dans plus de 60% des pays ayant un PNB par habitant inférieur à 1 000 US\$, les paiements directs par les usagers représentent plus de 40% de l'ensemble des dépenses de santé (*Source : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000, OMS*). Lorsque ce taux excède 20 %, il devient, non seulement source d'exclusion des pauvres dans l'accès régulier aux soins, mais aussi de paupérisation. Au Burkina Faso, ce taux était de 31,4 % en 2016¹⁹. A cela s'ajoute la problématique des paiements informels qui est faiblement documentée.

¹⁹ CNS 2016

Les cotisations individuelles et patronales au titre de la protection sociale représentent environ 7% du fait de la faible couverture de la population par un mécanisme assurantiel.

Le sous-secteur sanitaire privé occupe une place importante dans notre système de santé. En effet, les structures privées représentent 16,6% des formations sanitaires du pays avec une forte concentration dans les grandes villes (55,91% à Ouagadougou et 26% à Bobo-Dioulasso) . Cependant, on note une insuffisance de collaboration entre le public et le privé. En effet, les équipements des services de santé publique sont parfois non fonctionnels, vétustes ou inexistant bloquant l'offre des services de santé. Pourtant, ces équipements existent dans certaines structures sanitaires privées mais ne sont pas utilisés à des fins de politique publique.

Aussi, le Partenariat Public-Privé (PPP) est une source alternative de financement et de mobilisation optimale de l'expertise internationale et nationale. Il désigne un ensemble de contrats conclu par une autorité publique (Etat ou collectivité territoriale) par lesquels cette dernière confie à une entreprise privée la mission de financer, de construire ou de gérer des ouvrages, des équipements ou des biens immatériels nécessaires au service public. En contrepartie le partenaire privé reçoit une rémunération. Il permet d'optimiser les performances respectives des secteurs public et privé afin de réaliser rapidement les ouvrages dont la collectivité a un besoin urgent (produits pharmaceutiques, équipements sanitaires lourds,...). Cependant, force est de constater que la mise en œuvre des PPP sous toutes ses formes dans le secteur santé est globalement peu développée.

Mobilisation des ressources du reste du monde (extérieur)

Le montant insuffisant des fonds observé dans les pays à faible revenu met en lumière le besoin pour les pays à revenu élevé d'honorer leurs engagements dans l'aide officielle au développement (AOD), mais aussi d'améliorer l'efficacité de l'aide par le respect de la déclaration de Paris, de l'agenda d'action d'Accra et des principes pronés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+)²⁰.

²⁰ (i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités nationales, (ii) l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, (iii) la gestion axée sur les résultats, (iv) la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi.

Aussi, le montant de l'aide extérieure est fluctuant et compte tenu des cycles de financement propre à chaque source de financement, la prévisibilité est faible. La mobilisation de l'appui budgétaire sectoriel au profit du secteur de la santé requiert de bonnes capacités de communication et de négociation mais aussi des preuves d'une bonne capacité d'absorption.

A cela s'ajoute la faible traçabilité des fonds de certains appuis extérieurs.

Au Burkina Faso, plus d'un quart du financement du secteur dépend des fonds extérieurs avec une moyenne annuelle de 26,4% sur la période 2012 à 2015. Cependant, les montants de ces financements extérieurs sont fluctuants et leur prévisibilité est faible.

Au Burkina Faso, les indicateurs clés du financement de la santé sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : Indicateurs clés du financement de la santé de 2012 à 2016 (Source CS 2016)

Indicateurs clés	2012	2013	2014	2015	2016
Part du budget de l'Etat alloué au Ministère de la santé	12,57	12,60	12,70	12,15	12,4
Dépenses courante de santé (millions de FCFA)	279 558	348 709	338 844	358 297	452 704
Dépenses Totale en santé (millions de FCFA)	316 647	375 164	368 760	379 684	473 827
Dépenses des ménages (en millions de FCFA)	95 580	106 929	118 744	129 912	142 100
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	30,3	28,2	20,6	26,8	22,7
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	21,9	28,5	30,3	26,6	38,3
Dépenses de santé par habitant (FCFA)	18 848	22 331	21 316	21 141	25 574
Dépenses de santé en % du PIB	5,2	5,6	5,3	6,2	7
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	30,2	30,7	35	36,3	31,4
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	18,8	27,8	20,7	27,1	28,6
Dépense de la prise en charge de la contraception en % des dépenses courantes de santé		1,4	2,0	2,5	1,4

Défi 1 : Assurance d'une mobilisation adéquate des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé pour faire face aux dépenses de santé croissantes

Défis 2 : Accroissement et orientation du financement privé pour la santé.

Défis 3: Assurance d'une mobilisation de ressources pour le financement du RAMU

2.2.2-Mutualisation des ressources

✓ *La mutualisation des financements extérieurs*

Une revue des financements extérieurs au Burkina Faso a montré que le circuit financier des appuis extérieurs multi et bilatéraux envers les services déconcentrés est très fragmenté. Une grande partie du volume financier transite par le PADS vers des comptes des DRS et des districts ouverts à cet effet. Les fonds OMS et UNICEF transitent par des comptes particuliers de la DAF alors que les fonds de l'UE passent par une régie ancrée à la DGESS.

Le PADS a été mis en place comme un dispositif de mobilisation et de gestion des ressources extérieures pour la mise en œuvre du PNDS à travers un panier commun avec des procédures de gestion simplifiée pour la célérité sans occulter la redevabilité. Il a le statut d'un programme de catégorie « B ». Cependant, les fonds du PADS ne sont plus que des fonds ciblés. Ce financement est majoritairement dédié aux programmes verticaux de lutte contre les maladies infectieuses. De ce fait, en 2017 aucun financement n'était disponible pour l'appui intégré aux districts sanitaires. Le Compact élaboré en 2013-2015 a connu des insuffisances dans sa mise en œuvre. En effet l'alignement au Compact n'a pas été respecté par tous les acteurs et il n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Il faut aussi relever une insuffisance dans la coordination des financements et de la mise en œuvre des programmes verticaux. Ce qui entraîne un gaspillage de ressources et une surcharge administrative des prestataires. Au niveau local, certaines communes disposent de fonds de la coopération décentralisée au profit de la santé mais ces fonds ne sont pas captés par le Ministère de la santé.

✓ *La mutualisation des crédits délégués et transférés*

L'Etat alloue annuellement des ressources financières au Ministère de la santé pour le financement de l'offre de soins (fonctionnement, investissements, prestations de soins etc...) de toutes les structures (central, intermédiaire, périphérique). Aussi, la DAF du Ministère de

la Santé dispose de fonds provenant de certains PTF. A cela s'ajoute une partie du financement de la demande de soins à travers les mesures de gratuité et la prise en charge de certaines maladies à externalité positive (TB, VIH/SIDA etc.).

Au niveau central, les crédits délégués destinés au financement de l'encadrement des personnels de santé sont gérés par la DAF.

Au niveau intermédiaire et périphérique, les crédits délégués destinés au financement de l'encadrement sont gérés par les équipes des districts et des DRS à travers leurs régies d'avance.

Concernant les crédits transférés, en application du décret N°2009-108-/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 3 Mars 2009, portant transfert des ressources et des compétences de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé, l'Etat alloue annuellement aux collectivités des ressources pour le fonctionnement, la maintenance et la construction des formations sanitaires de base. L'utilisation de ces ressources transférées aux communes n'est pas optimale.

✓ *La mutualisation des ressources du privé*

Le Burkina Faso est au stade de la mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). La loi n°60-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso fait obligation à toute la population du Burkina d'y adhérer. Elle donne aussi la responsabilité à l'Etat de mettre à disposition les ressources complémentaires aux cotisations pour que chacun participe en fonction de ses moyens. Sur la base d'un panier de soins dont le coût a été calculé, une étude actuarielle réalisée en 2017 a proposé des scénarii de financement pour les dix premières années. Le scénario central prévoit un taux de cotisation des actifs et des retraités de 4%, une cotisation des non salariés de 24000F CFA par ménage et par an, et un taux de taxe de contribution de 3% sur le bénéfice de certaines grandes entreprises.

Le gouvernement a acquis le principe que des financements qui dépassent les moyens des ménages et les possibilités du budget de l'Etat sur la base de l'assiette fiscale actuelle seront nécessaires. Les propositions faites dans le cadre de l'étude actuarielle ont été discutées et étudiées ; la marge de manœuvre relativement tenue entre les besoins en financement du RAMU et le souci de ne pas brider le secteur productif dynamique a bien été mesurée.

Par contre, les sources nouvelles de financement, l'assiette et les taux qui seront appliqués pour couvrir le « gap » de financement à terme n'ont pas été arrêtés : les besoins devront être évalués précisément avec l'expérience, notamment le rythme de progression de la couverture de la population et la maîtrise des dépenses en prestations maladies. Les premières années ne nécessiteront pas de financement innovant, mais les besoins à moyen terme seront ré-estimés précisément avec une bonne anticipation à l'aune des premières années d'expérience, pour que des mesures fiscales négociées et adaptées soient prises.

Dès fin 2018- début 2019, les montants des cotisations seront fixés sur la base de l'étude actuarielle et inscrits dans les décrets d'application de la loi. Aussi, les ressources actuellement gérées par le Ministère de la santé au titre de la « gratuité des soins » (politique de 2016) seront transférées au RAMU dès la première année de fonctionnement de la CNAMU conformément au plan d'action adopté en Conseil des Ministres.

Les mutuelles sociales sont créées au profit des populations des secteurs formel, informel et du monde rural non affiliées à un régime obligatoire. En 2016, on dénombrait 133 mutuelles de santé sur le territoire national.

Les assurances commerciales régies par le code CIMA (Conférence interafricaine du marché des assurances) couvrent en général des particuliers qui ont un niveau de revenu relativement élevé. Le niveau élevé des primes limite les potentialités de contribution significative de l'assurance maladie privée à but lucratif à l'extension de la couverture du risque maladie .

Au niveau local, certaines communes disposent de fonds provenant de dons privés. A cela s'ajoute l'intervention de certaines ONG qui financent directement des activités au niveau local.

Au regard de notre analyse, on constate une multitude d'agents de financement traduisant une fragmentation dans la mise en commun des ressources. Ce qui est source d'inefficience (coûts administratifs élevés, doublons de financement, complexité du suivi des flux financiers et des procédures de gestion. Etc.). De même, on relève une faible mutualisation du risque financier avec pour conséquence un niveau important du paiement direct des ménages (31,4% en 2016 selon les CNS).

Le tableau ci-dessous fait un état des différents agents de financement dans le système de financement

Tableau II : Fragmentation des ressources financières de la santé au Burkina Faso en 2017

Structures	Agents de financement	Prestations
Secteur public (Etat)	DAF (BE)	<ul style="list-style-type: none"> - Fonctionnement - Investissements de toutes les Structures - Soins préventifs - Promotionnelles - de réadaptations
	DAF (OMS et UNICEF)	
	Office de Santé des Travailleurs (OST)	
	DGESS (Programme d'Appui à la Politique Sectorielle santé (PAPS=UE)	financement des structures d'encadrement
	PADS (fonds ciblés des partenaires)	- Financement des programmes verticaux
	Collectivités (Régions et communes)	<ul style="list-style-type: none"> - fonctionnement - maintenance - construction des formations sanitaires de base
	Projets et programmes de santé VERTICAUX	En fonction de leur mission
	ONG/Associations d'utilité publique	En fonction de leur mission
	Régime de couverture maladie pour des groupes de population spécifiques : exonérations (élèves, retraités, personnes indigentes et âgées)	En fonction de leur mission
	Autres départements ministériels : action sociale (indigents), Ministères en charge de la défense et sécurité (MUFAN), Ministère en charge de la justice, Ministère en charge du travail (CARFO)	En fonction de leur mission
Secteur privé	Assurances privées	Soins curatifs
	CNSS	Soins curatifs Soins préventifs
	assurance volontaire de santé : mutuelles sociales de sante, système de partage de coûts,/ mutuelles des forces armées, mutuelles professionnelles,	Soins curatifs
	Paiement direct	Soins curatifs Soins préventifs (secteur privé)
	Projets et programmes de santé privée	En fonction de leur mission
	ONG/Associations du privé (y compris les dons)	En fonction de leur mission

Défi 4 : Assurance d'une mise en commun des ressources pour le financement du RAMU et les mesures d'exemption de paiement à travers les caisses (CNAMU, CAMA)

Défi 5 : Amélioration de la mise en commun des ressources au sein du Ministère de la Santé

2.2.3. Achat des soins et services

La fonction d'achat implique trois séries de décisions²¹ que sont (i) Identifier les interventions ou les services à acheter, en tenant compte des besoins de la population, des priorités nationales en matière de santé et de la rentabilité (cost-effectiveness), (ii) Choisir les prestataires de services en tenant compte de la qualité du service, de l'efficacité et de l'équité, (iii) Déterminer comment les services seront achetés, y compris les arrangements contractuels et les mécanismes de paiement des prestataires.

2.2.3.1-Détermination du paquet de services et de soins

- i. Selon les recommandations de l'OMS, le paquet de soins pour la CSU utilise 16 services de santé essentiels répartis dans 4 catégories comme indicateurs du niveau et de l'équité de la Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : planification familiale, soins prénataux et obstétricaux, vaccination complète de l'enfant, demande de soins pour la pneumonie ;
- ii. Maladies infectieuses : traitement de la tuberculose, traitement antirétroviral pour le VIH, utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour prévenir le paludisme, services d'assainissement suffisants ;
- iii. Maladies non transmissibles : prévention et traitement de l'hypertension artérielle, prévention et traitement de l'hyperglycémie, dépistage du cancer du col de l'utérus, (Non-) consommation des produits du tabac ;
- iv. Capacités des services et accès : accès aux services hospitaliers de base, densité des personnels soignants, accès aux médicaments essentiels, sécurité sanitaire (respect du Règlement sanitaire international).

Ce paquet de soins et services est offert à toute la population selon les protocoles et standards de traitement définis. Aussi, ce paquet est utilisé pour améliorer l'allocation efficace des ressources et promouvoir l'équité. Il doit être complété par l'estimation et la disponibilité des besoins en ressources humaines, en équipement en infrastructures et en médicaments.

L'OMS propose trois (3) étapes pour la détermination des priorités du paquet de services et de soins. Ce sont (i) les critères basés sur l'évidence, (ii) la transparence : participation au dialogue politique et , (iii) la voix de la population.

²¹ Organisation mondiale de la santé 2000, Figueras, Robinson et al.,2005

Au Burkina Faso, au niveau des formations sanitaires du premier échelon, il existe le paquet minimum d'activités (PMA) qui couvre les SSP tels que définis à Alma Ata. Au niveau du second échelon, il existe le paquet complémentaire d'activités (PCA) mais ces paquets ne sont pas mis à jour. Aussi, au niveau des CHR et CHU il n'y a pas de paquet d'activité défini.

Aussi les normes en ressources humaines, en infrastructures/équipements ne sont pas mises à jour à tous les niveaux. Au niveau des structures de régulation, tels que les ECD et les DRS, il existe des attributions spécifiques (cf. arrêté ministériel de 2014) mais qui ne sont pas régulièrement mises à jour. Il en est de même des directions centrales et des projets et programmes.

Au regard de cette analyse, on peut conclure que l'on ne dispose pas à ce jour de paquet optimal de services pour la CSU.

2.2.3.2 Signature des conventions avec les prestataires de services en tenant compte de la qualité du service

Au niveau des prestataires du premier et du second échelon l'analyse a montré qu'il n'y a pas de processus de certification/accréditation des prestataires de soins et des structures de régulation. Aussi, il n'ya pas de conventions/contrats signés avec ces prestataires. Il n'y a donc pas de reconnaissance de la qualité ou encore de « sélection » des prestataires. Il en est de même au niveau des CHR et CHN/CHU.

Cependant, force est de constater que beaucoup de prestataires ne répondent pas aux normes en ressources humaines, en infrastructures et équipements requis pour une offre de soins de qualité. Aussi, il faut relever une insuffisance dans l'application des protocoles de diagnostic et de traitement dans les formations sanitaires publiques et privées. L'OMS estime que moins de la moitié des patients des pays à revenus faibles et moyens reçoivent des soins de santé primaires conformes aux directives cliniques et protocoles thérapeutiques en matière de maladies communes et que plus de la moitié de tous les médicaments sont globalement prescrits, délivrés ou vendus de façon inappropriée. A cela s'ajoute la faible observance des traitements par les malades.

Au niveau des structures de régulation il y'a des conventions signées pour la mise en œuvre des activités financées par le PADS. Par ailleurs, il n'y a pas de conventions signées pour la mise en œuvre des autres activités financées par les autres bailleurs. Aussi, les conventions sont signées sans processus de certification.

2.2.3.3 Les méthodes de paiement/allocation des ressources

L'achat des services est caractérisé par un mix des méthodes de paiement au niveau central, intermédiaire et périphérique comme le montre le tableau ci-dessous. Ces méthodes de paiement agissent sur le comportement des prestataires en terme de sous production ou de surproduction. Le défi est de trouver un mix de paiement qui garantisse une production optimale des soins et services.

- Historiquement, et ce jusqu'à 2016 compris, le budget du Ministère de la santé était un budget de moyens ou budget-objet, un financement passif basé sur les inputs. Le budget était, en dépense, présenté par nature de dépenses, structurée essentiellement autour de cinq grandes catégories (titre) puis détaillées suivant une classification économique (article, paragraphe, rubrique). D'un point de vue sectoriel, cette formulation présentait plusieurs inconvénients: 1) un découpage des dépenses sans lien avec les objectifs et activités du secteur ; 2) une absence de flexibilité dans la réallocation entre les différents articles ; 3) un reportage contraignant ne renseignant pas sur la performance réelle du secteur. Ce qui était source d'inefficience et d'inefficacité. Le Budget programme dont le processus est en cours viendrait corriger les insuffisances du budget objet .
 - Concernant l'équité, les critères utilisés pour l'allocation des ressources (la taille de la population, quelques indicateurs de performance, les zones de pauvreté, l'intervention de partenaires, ajustement annuel) pénalisent certaines régions.
 - Aussi, moins de ressources sont allouées aux interventions à haut impact. En exemple, seulement 18,8% en 2012 et 28,6% en 2016²² du financement de la santé ont été alloués aux activités de prévention et de promotion. Les dépenses pour la contraception sont passées de 2,5% en 2015 à 1,4% en 2016. Cependant l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) laisse prévoir que les coûts de santé vont exploser sous le double poids des maladies transmissibles et non transmissibles. Au Burkina Faso, selon l'enquête STEP de 2014, la prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie totale était respectivement de 17,6%, 4,9% et 3,5%. L'OMS estime que le contrôle des principaux facteurs de risques des MNT contribuera à réduire de 80% la survenue des maladies cardiovasculaires, du diabète et de 40% la survenue des cancers. C'est dire que l'état de santé de la population passe par des mesures de prévention et de promotion de la

²² CNS 2012 et 2016

santé à travers des actions individuelles et collectives. Il importe donc d'inverser la tendance du financement qui est prioritairement orienté vers les soins curatifs dont la part est estimée à 44,1 % en 2016.

- En rapport avec la performance, les méthodes d'allocation des ressources ne sont pas basées sur la performance des structures. En exemple, au niveau des hôpitaux, les méthodes d'allocation (lignes budgétaire, budget global) associées à la faible autonomie joue négativement sur leur production et par conséquent sur leur efficience. Aussi, les paiements des soins pour la gratuité ne tiennent pas compte de la qualité des soins offerts.
- Au niveau des CSPS/CM, les ressources gérées par les collectivités territoriales ne parviennent pas toujours aux structures du fait des difficultés d'absorption des crédits alloués et parfois on a observé une inadéquation entre le besoins exprimés et les commandes livrés.
- Concernant les mécanismes de motivation/ incitation individuelle du personnel à la performance/productivité, force est de constater qu'en dehors de la faiblesse des salaires :
 - les primes/indemnités (gardes/astreintes, risques, logements, ristournes, rendement etc.) sont insuffisants (hor mis les bonus FBR). A cela s'ajoute le fait que les critères utilisés pour la répartition de ces ristournes et primes ne sont pas toujours équitables.
 - l'insuffisance dans l'accompagnement des agents (plan de carrière, avancements, supervisions, environnement de travail de qualité etc.)
 - l'inefficacité de l'évaluation individuelle du personnel (logique d'avancement)
 Ce qui affecte négativement la productivité du personnel.

Tableau III : Modalités de paiement utilisées au Burkina Faso 201723

Méthodes de paiement	Acheteurs	Incitations/effets
Par lignes budgétaires : Transfert direct (Paiement fixe =Salaires) et crédits délégués	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BE 	Sous prestations
Budget par lignes budgétaires (transferts courants)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BE ▪ PADS ▪ CNLS-IST ▪ ONG ▪ PTF (par voie de régie) ▪ Collectivités ▪ Projets et programmes 	Sous prestations

²³ OMS 2017 adapté

Budget global	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BE (hôpitaux) ▪ PADS ▪ ONG ▪ PTF 	Sous prestation, aussi en termes de qualité
Capitation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BE 	Sous-prestation
paiement à la performance : par activité (FBR)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PADS/FBR 	Sur prestations
Acte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurances ▪ Paiement direct des ménagés 	Sur-prestations

- L'information est un élément stratégique majeur au niveau de la politique d'achat stratégique car elle permet de relier l'allocation des ressources à la production/performance des structures et à l'atteinte des objectifs. Cependant, on ne dispose pas à ce jour d'un système d'information qui intègre toutes les informations centralisées (données sanitaires, financières) dans une perspective d'achat basée sur la performance des structures. En effet notre système d'information est caractérisé par une fragmentation de la gestion des données. Les données concernant le patient sont collectées au niveau de ENDOS, les données financières de la subvention de l'Etat sont gérées au niveau du CID (circuit intégré de la dépense). Il y a la plateforme e-gratuité pour la gestion de la gratuité des soins, le portail FBR pour la gestion du FBR, le logiciel informatisé de la MUFAN pour la mutuelle des militaires. D'autre part, les informations financières de certaines structures périphériques ne remontent pas jusqu'au niveau central.

Défi 6: Existence d'un dispositif d'achat stratégique fonctionnel : disponibilité du paquet optimal de services, dispositif de conventions avec les prestataires selon les normes de qualité de l'offre de soins, allocation des ressources basée sur la performance et l'équité.

2.2.4- Gouvernance du système de financement pour la CSU

2.2.4.1 Pilotage des budgets programmes

Le budget programme constitue un outil au service d'un meilleur « pilotage/gouvernance/contrôle du système de financement » du secteur. Cette mise en cohérence entre réforme des finances publiques et du financement de la santé est un point positif à souligner . Cependant le pilotage des budgets programmes au sein du Ministère de la

santé, avec des responsables de programmes dotés de structures adaptées, reste un défi à relever.

Défi 7 : Meilleur pilotage des budgets programmes au sein du Ministère de la santé

2.2.4.2-Utilisation des ressources au niveau des structures

Les ressources financières allouées aux structures de santé doivent être utilisées efficacement pour assurer une production optimale de la santé au profit des populations. Cependant l'analyse de la gestion des ressources allouées a montré des insuffisances à tous les niveaux.

- En termes de dépenses du budget alloué au Ministère de la Santé, le taux d'absorption était seulement de 6,2% en 2014, 9,8% en 2015 et 10,3% en 2016 selon les comptes de santé 2016.
- Au niveau des structures centrales, on a observé (i) des contraintes et une insuffisance de capacités de la DAF à absorber de façon satisfaisante les crédits d'investissements (taux d'exécution 2015=43,8% ; 2016=59,8% ; 2017=80,95%); (ii) quand ces crédits sont absorbés, les produits livrés ne correspondent pas toujours aux besoins des structures bénéficiaires. Il en est de même au niveau de certaines directions régionales de la santé et de certains districts sanitaires.
- Au niveau des collectivités (communes et régions), l'analyse de la gestion des ressources a montré les insuffisances suivantes :
 - une insuffisance de capacités des collectivités à absorber les ressources financières qui leur sont transférées (lourdeur des procédures de passation des marchés) entravant ainsi le bon fonctionnement des formations sanitaires. Aussi quand ces crédits sont absorbés, les produits livrés ne correspondent pas toujours aux besoins des formations sanitaires entraînant ainsi un gaspillage et une inefficience dans l'utilisation des ressources financières ;
 - des doublons dans le financement/subvention des activités éligibles sur fonds propres ;
 - une insuffisance de collaboration entre les communes et les formations sanitaires dans l'utilisation des ressources transférées.
- Au niveau des formations sanitaires (CSPS/CM, CMA, CHR/CHRU, CHN/CHU) :

- l'absence ou faible performance d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé et autres informations financières. Ce qui a pour conséquence une faible qualité de la traçabilité de l'information financière (rapportage, comptabilité générale, comptabilité matière et comptabilité analytique) et des difficultés dans la remontée des données financières issues du recouvrement des coûts
- une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources financières ;
- des difficultés pour l'harmonisation des procédures nationales et celles de certains bailleurs dans la gestion des ressources des projets ;
- Au niveau des CSPS/CM, la gestion financière et comptable est assurée par le comité de gestion dont les membres n'ont pas une formation de base en gestion financière et comptable ;
- Au niveau des hôpitaux, on note une faible autonomie (plafonnement du niveau des recettes propres destinées au paiement des salaires à 30%, gestion des ressources humaines etc.) et une lourdeur administrative dans l'utilisation des ressources. Aussi, la subvention du budget de l'Etat aux hôpitaux n'a pas évolué significativement au regard des besoins d'investissement et de fonctionnement des hôpitaux. Le niveau de tarification resté stationnaire depuis 1990 ne permet plus aux hôpitaux de faire face aux besoins de fonctionnement. Toute cette situation affecte négativement leur performance ;
- le non-respect de l'utilisation des recettes issues de la vente des médicaments (ex : l'utilisation des recettes du DRD par les ECD au-delà des limites imposées) ;
- S'agissant des recettes de tarification des actes, leur utilisation est règlementée par le RABO n° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 qui prévoit que 65% de ces recettes soient destinées à la caisse maladie ; 20% aux praticiens et 15% reversé au budget de l'Etat au titre des recettes de services. Ce texte semble aujourd'hui inappropriée, inefficace et désuet car : (i) il date de 1990 et ne répond plus au contexte actuel dans lequel le Gouvernement veut assurer l'accessibilité des soins et des produits de santé de qualité à tous et surtout aux populations les plus pauvres, (ii) le reversement prévu au trésor public est inapproprié dans le secteur de la santé car il s'agit d'un secteur social ; (iii) la motivation des agents de santé prévue par le raabo est devenue dérisoire. Il est donc indispensable de trouver d'autres formes de motivation à travers des textes règlementaires adaptés ; (iv) le raabo ne précise pas si on doit considérer les recettes provenant de l'AMU ou d'autres systèmes de tiers

paiement comme un paiement des ménages. Par conséquent, il s'avère nécessaire de relire le raabo et l'adapter à la réalité, c'est-à-dire de redéfinir les règles d'utilisation des fonds des prestataires issus du recouvrement des coûts et du tiers-payant.

Défi 8 : Amélioration de l'utilisation efficiente des ressources financières

2.2.4.3 Mise à disposition des ressources non financières pour la CSU

Pour aller vers la CSU, les formations sanitaires doivent satisfaire à un minimum de normes en infrastructures, en équipements, en ressources humaines, de disponibilité en médicaments et autres produits de santé et de ressources financières adéquates pour la production de soins de qualité.

✓ *Infrastructures et équipements*

Les infrastructures et les équipements sont globalement insuffisants à l'échelle du pays (l'indice de disponibilité de l'infrastructure en 2014 était de 26,7% au niveau national)²⁴. Aussi on a noté une distribution inéquitable des infrastructures et équipements car la carte sanitaire n'est pas respectée dans la plupart des districts sanitaires. A cela s'ajoute l'absence de normalisation/réhabilitation de certaines infrastructures et de plan de renouvellement /maintenance des équipements. Par ailleurs, il faut relever une insuffisance dans la priorisation du financement des investissements en infrastructure et en équipements pour plus d'efficience.

✓ *Ressources humaines*

Les ressources humaines au niveau des formations sanitaires sont insuffisantes en quantité et en qualité. En effet, l'indice de disponibilité du personnel de santé était de 34,2% en 2014 (variant de 60,1% dans la région du Centre à 21,2% dans la région de l'Est)²⁵.

En 2016, les ratios Médecin, sage-femme, infirmier (IB/IDE) par population étaient respectivement de 1/15836 ; 1/7378 ; 1/2663²⁶ pour une norme OMS de 1/10000 ; 1/5000 ; 1/3000. A cela s'ajoute une distribution inéquitable des effectifs entre le milieu urbain et le milieu rural et une insuffisance des mécanismes de retention du personnel dans les zones

²⁴ Enquête STEP

²⁵ Enquête STEP

²⁶ Annuaire statistique 2016

défavorisées. En effet 53,3% des medecins, 57,3% des sages femmes, 59% des pharmaciens et 33% des infirmiers sont concentrés dans les villes de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso.²⁷

Le personnel en charge de la gestion financière dans les formations sanitaires est également insuffisant en quantité et en qualité,.

✓ *Médicaments et autres produits de santé: disponibilité et accès*

Malgré les améliorations dans les indicateurs de disponibilité des médicaments et autres produits de santé depuis 2011, la chaîne d'approvisionnement reste très fragile. En 2015, en moyenne 23% des DMEG ont connu des ruptures en médicaments²⁸, des ruptures en VAA, VAT et BCG ont été constatées en 2016 et une rupture en VAA en 2017.

Les hausses brusques dans la demande, les tensions de trésorerie et les effets négatifs du contexte institutionnel sur la confiance des fournisseurs ont rapidement détérioré le niveau de satisfaction des commandes au niveau de la CAMEG.

Aussi, le non règlement des factures de commande MEG par les formations sanitaires (CSPS/CM, HD, CHR/CHRU, CHN/CHU) a contribué à la réduction de la capacité et de la possibilité d'approvisionnement en MEG par respectivement la CAMEG et les DMEG.

Cette faible disponibilité en MEG affecte négativement l'utilisation des structures sanitaires et la qualité des soins.

Défi 9 : Disponibilité pérenne et équitable des ressources non financières pour la CSU (RH, infrastructures, équipement, médicaments et autres produits de santé) sur l'ensemble du territoire

2.2.4.4- Régulation de l'offre de soins pour la CSU

Dans un contexte de mise en œuvre de l'AMU, il devient important d'accréditer ou de certifier les formations sanitaires. En effet, l'assuré est regardant sur la qualité du service offert. Cependant, il n'existe pas encore de structure qualifiée pour l'accréditation/certification des formations sanitaires. Etant dans une logique contractuel de

²⁷ Commission d'enquête parlementaire sur le système de santé au Burkina Faso

²⁸ Annuaire statistique 2015, MS

paiement contre service, il n'est pas non plus acceptable pour une institution de tiers-payant de payer des prestations de qualité non satisfaisante à des prestataires.

Au niveau du privé, certaines structures ne respectent pas les normes définies par le Ministère de la santé. En plus, les cliniques privées utilisent des prestataires du public entraînant ainsi des conflits d'intérêts.

En ce qui concerne la coopération décentralisée (ONG/Association, coopération collectivité et le niveau internationale etc...), il y a des interventions sur le terrain sans que le ministère de la santé ne dispose de l'information. Ce qui ne permet pas de capitaliser les fonds issus de cette coopération.

Défi 10 : Existence d'un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU

2.2.4.5 Redevabilité, suivi et évaluation

Les services offerts à la population ne sont pas toujours de bonne qualité (rupture de médicaments, personnel non qualifié, pannes des équipements, corruption dans l'offre de soins etc.). Aussi, a-t-on observé une insuffisance dans la transparence de la gestion des ressources financières de certaines formations sanitaires (fraude, détournements) dans les rapports d'audits et de contrôles.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, le droit à l'offre de qualité du paquet défini est un impératif et le contrôle citoyen doit être mis en place afin de veiller à sa mise en œuvre effective. Aussi la population doit être informée de l'utilisation de ses ressources mise à la disposition des différentes structures de santé y compris la CNAMU.

Au niveau du Ministère de la santé, le site WEB et l'observatoire nationale de santé publique sont disponibles et servent de moyen de communication avec la population. Cependant force est de constater qu'ils sont peu connus ou peu utilisés.

La mise en place d'un mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation de la stratégie permettra d'assurer une redevabilité au sein du système de santé.

III- CADRE DE LA STRATEGIE DE FINANCEMENT

3.1- Vision

La vision de la SNFS à l'horizon 2030 est de: «Faire du Burkina Faso, une Nation où toute la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale ».

3.2- Valeurs et principes

3.2.1- Valeurs

La stratégie nationale de financement de la santé repose sur les valeurs que sont : (i) le droit à la santé pour tous, (ii) la responsabilité et le leadership, (iii) l'équité, la justice sociale, l'éthique et la bonne gouvernance, (iv) l'efficacité et l'efficience, (v) la solidarité, le partage du risque et la non exclusion.

3.2.2- Principes directeurs

La SNFS repose sur les principes fondamentaux que sont : (i) l'accès équitable à des soins de santé de qualité à des coûts abordables selon les besoins ; (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière ;(iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé et (iv) la protection contre le risque financier.

3.3- Axes stratégiques et résultats attendus

La SNFS-CSU s'articule autour de quatre axes stratégiques portés par 4 effets. Les différents axes stratégiques se présentent comme suit :

Axe 1 : Accroissement de la mobilisation des ressources financières

Effet 1: Les ressources pour le financement de la santé sont accrues pour couvrir les besoins de la CSU

Axe 2 : Renforcement de la mise en commun des ressources financières

Effet 2 : - Le financement de l'offre de soins est efficient
- le paiement direct des ménages est réduit

Axe 3 : Développement des mécanismes d'achat stratégique des prestations et services

Effet 3: Les soins de qualités sont disponibles et accessibles à tous les niveaux

Axe 4 : Renforcement de la gouvernance dans le financement de la santé

Effet 4 : Une bonne gouvernance dans le financement de la santé est assurée à tous les niveaux

3.4- Mesures de la stratégie

Les mesures sont développées au regard des défis découlant de l'analyse situationnelle du financement de la santé pour la CSU et sont logées conformément aux 4 axes stratégiques.

Les produits/résultats attendus de ces mesures sont aussi présentés. Au total 11 mesures correspondant aux 11 défis et 27 produits ont été développés. Les mesures sont en lien avec les défis identifiés (le numéro de la mesure correspond au numéro du défi). Les activités détaillées à mener pour atteindre ces produits/résultats sont développés dans le plan d'action opérationnel.

3.4.1- Axe 1 : Accroissement de la mobilisation des ressources financières

Mesure 1 : Accroître la mobilisation des ressources financières publiques au profit du secteur de la santé

Les résultats de cette mesure sont traduits par 3 produits que sont :

Produit 1.1 : Au moins 12,7% du budget de l'Etat est consacré au Ministère de la Santé

La réalisation de ce résultat se fait à travers l'allocation par l'Etat d'au moins 12,7% de son budget au Ministère de la Santé (y compris les dépenses de personnel de santé et les crédits transférés).

La mise en œuvre de cette mesure nécessite un dialogue permanent entre le Ministère de la santé et celui en charge des Finances.

Produit 1.2: La mobilisation et le suivi des ressources financières publiques au profit de la Santé (hors Ministère de la Santé) sont effectives

Il s'agit de solliciter les collectivités territoriales pour augmenter leur contribution au financement de la santé pour la CSU et de tenir des rencontres avec les acteurs hors santé pour le suivi des allocations multisectorielles ayant un impact sur la santé publique

Produit 1.3 : Le financement extérieur en faveur de la santé est accru et prévisible

La réalisation de ce résultat nécessite l'élaboration des fiches de projet à soumettre à des financements extérieurs, la réalisation des missions de prospection et de levée des fonds et le plaidoyer pour le respect des engagements de l'Aide Officielle au Développement (AOD).

Il peut être également largement favorisé par une meilleure redevabilité du secteur notamment attendu avec la pleine réalisation de la réforme des budgets-programmes.

Mesure 2 : Mobiliser le financement privé pour des objectifs de santé publique

Un seul produit est développé pour cette mesure.

Produit 2.1: Le financement du secteur privé contribue à accroître l'offre de soins et services

Il s'agit de développer le Partenariat public-privé notamment pour encourager les investisseurs privés dans la réalisation des infrastructures et des équipements sanitaires de pointe et ceci en contractualisation avec l'Etat.

Mesure 3: Mobiliser les ressources pour le financement du RAMU

Deux produits sont développés pour cette mesure.

Produit 3.1 Les cotisations et les subventions en faveur du RAMU sont mobilisées de façon optimale

Il s'agit d'accroître la subvention destinée à la mise en œuvre du RAMU et de développer les initiatives pour optimiser les cotisations des adhérents. Cependant ces initiatives doivent respecter les capacités contributives de la population et garantir l'accès à un panier de soins universel.

Produit 3.2 : Les financements additionnels au profit du RAMU sont effectifs

Il s'agira d'anticiper la mobilisation d'un financement additionnel de nature progressive (pro-pauvre) pour participer au financement du RAMU par l'Etat. En effet, dès le démarrage de l'AMU le financement peut difficilement trouver son espace dans le budget de l'Etat tant il est nécessaire de constituer des réserves pour assurer la solidité du dispositif. En prévision des difficultés éventuelles à garantir le financement intégral du RAMU, des pistes de financement additionnels seront recherchées en tenant compte des propositions de l'étude actuarielle et

avec un accent particulier sur la possibilité de lever de nouveaux impôts pour le financement du RAMU (contribution de solidarité sur les téléphones portables, taxe sur les transactions financières, taxe sur les billets d'avion, emprunt par obligation destiné à la Diaspora, taxe sur l'exploitation des richesses géologiques, minières,). Le financement de la couverture des maladies non transmissibles se fera par des taxes indirectes sur les produits qui représentent des facteurs de risque (alcool, tabac, pollution environnementale, ...).

La mise en œuvre de ces initiatives nécessite un dialogue permanent entre le Ministère de la santé et celui en charge des Finances.

3.4.2 Axe 2 : renforcement de la mise en commun des ressources

Mesure 4 : Renforcer la mise en commun des ressources financières au niveau des RAMU (CNAMU et CAMA)

Trois produits sont attendus pour cette mesure. Ce sont :

Produit 4.1 : La protection financière de la population contre le risque maladie est assurée

Cela va consister à l'extension de la couverture de la population contre le risque maladie par la mise en œuvre du plan d'opérationnalisation du RAMU et le développement d'autres mécanismes assurantiels. Ce qui contribue à réduire les paiements directs.

Produit 4.2 : Les provisions financières pour les mesures d'exemption de paiement de soins des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans et pour la prise en charge des indigents sont transférées directement dans le budget AMU.

Cette disposition permet d'assurer une disponibilité à temps des ressources financières.

Cela passe par une collaboration interministérielle accrue pour le transfert des ressources des mesures d'exemption et de prise en charge des indigents au RAMU.

Produit 4.3 : le panier RAMU intègre progressivement d'autres prestations exemptes de paiement et leurs financements sont transférées à la CNAMU.

La réflexion sera menée pour une intégration progressive si possible des autres mesures de gratuité (vaccination, tuberculose, ARV, MTN, etc...) dans le panier couvert assorti d'un plan de transfert de leurs financements à la CNAMU. Cette éventualité est envisagée après 2020.

Mesure 5 : Renforcer la mise en commun des ressources au sein du Ministère de la Santé

Le produit attendu de cette mesure est le suivant :

Produit 5.1 : une structure de mise en commun des ressources financières au sein du Ministère de la Santé est fonctionnelle

Il s'agit de mettre en place un panier commun des financements extérieurs et domestiques (fond d'achat) au sein d'une structure avec un système d'achat de résultats. Cela permet de garantir une plus grande cohérence dans les interventions, une distribution équitable des ressources, une responsabilisation de l'administration nationale, une gestion basée sur les résultats et une utilisation de procédures nationales qui simplifie et clarifie la gestion de l'aide. Ce fond permettra entre autre le financement des activités d'encadrement des districts sanitaires, des régions et du niveau central.

Ceci devra se faire dans le cadre de la réforme du budget-programme, soit au sein du programme concerné (ex : « prestations ») ou dans la perspective de son opérationnalité complète.

3.4.3- Axe 3 : Développement des mécanismes d'achat stratégique des prestations et des services

▪ Mesure 6 : Mettre en œuvre l'achat stratégique

huit (8) produits sont attendus pour cette mesure. Ce sont :

Produit 6.1: Le paquet optimal de soins et de services est disponible et appliqué selon les normes de qualité

Pour réaliser ce produit, il s'agit de définir un paquet optimal de soins et de services en s'inspirant des recommandations de l'OMS et d'évaluer son coût.

Produit 6.2 Les prestataires de soins et de services sont conventionnés selon des normes de qualité

L'atteinte de ce produit passe d'abord par la catégorisation par le Ministère de la santé des prestataires selon les niveaux de qualité et ensuite par la conclusion des contrats/conventions par les structures d'achats (fonds d'achat, CNAMU) avec ces prestataires.

Produit 6.3 : L'allocation des ressources (subventions) entre et au sein des programmes budgétaires se fait sur la base du cadre de suivi de la performance du budget programme.

Le budget programme s'accompagne de la mise en place d'un cadre de suivi de la performance (CSP)²⁹, permettant de lier l'évolution de la performance du secteur aux moyens alloués, ce qui n'existait pas précédemment. Le CSP est un outil très utile renseignant sur la performance des programmes et qui pourra informer les futures décisions allocatives entre et au sein des programmes. Le budget programme et son cadre de performance pourront contribuer à plus d'efficacité et d'efficience dans l'allocation des ressources.

Aussi, cela va consister à la redéfinition des critères de performance et d'allocation de ressources existantes pour les rendre plus équitables et les lier à la performance/productivité des structures.

Produit 6.4 : Un système d'incitation à la performance des structures est fonctionnel

Cela va consister à la mise en place d'un mécanisme d'incitation à la performance au niveau des structures.

Produit 6.5 : Les méthodes d'achat des prestations au niveau des structures sont révisées et appliquées

L'atteinte de ce résultat se traduit par la redéfinition des modes de paiement des prestations aux structures. Pour ce faire ;

- Au niveau du premier échelon, il s'agit de privilégier le paiement par la CNAMU au forfait négocié pour les soins curatifs sur la base des études actuarielles. Cependant les autres prestations telles que les vaccins, les médicaments des programmes comme le VIH, la tuberculose continueront d'être offertes aux populations par le Ministère de la santé sur la base des dotations traditionnelles avant leur transfert éventuel dans le panier RAMU.

²⁹ Cadre de performance des programmes budgétaires du Ministère de la santé, 2018-2020

- Au niveau des hôpitaux, il s'agira pour la CNAMU de développer un mix de paiement entre le paiement par Groupe homogène de maladies (GHM) et le paiement à l'acte. Les hôpitaux bénéficieront en plus toujours du budget global en tenant compte de leur performance.
- Les structures d'encadrement (central, intermédiaire et périphérique) bénéficieront eux aussi d'un paiement qui combine un paiement par activité régaliennne réalisée sous forme d'achat stratégique (au résultat) et de ligne budgétaire pour les investissements et le fonctionnement en respectant des critères équitables préalablement définis. Ces structures continueront de recevoir aussi le budget global dans le cadre de la mise en œuvre des budgets programmes.
- La CNAMU évoluera vers des forfaits de paiements liés à des niveaux de qualité définis.

Produit 6.6: La rationalisation de la prestation de soins et l'observance au traitement sont assurées

Il s'agit de développer des guides de diagnostic et de traitement à tous les niveaux et de promouvoir l'approche centré sur le patient.

Produit 6.7 : Le système d'information sanitaire pour les besoins de l'achat stratégique est fonctionnel

Il s'agit de développer un système d'information sanitaire intégré et centralisé qui prend en compte toutes les informations nécessaires pour faire de l'achat stratégique (données sanitaires, données financières, prestataires sélectionnés etc...).

Produit 6.8 : Les indigents bénéficiaires du RAMU subventionnés à 100% par l'Etat sont identifiés

La CNAMU est responsable de l'identification des bénéficiaires du RAMU qui sont subventionnés à 100% par l'Etat selon les dispositions légales. Les enjeux concernent notamment la juste identification (méthodologie), à coût acceptable (efficience), et la mise à jour des fichiers (suivi).

3.4.4 Axe 4 : Renforcement de la gouvernance du financement de la santé pour la CSU

Mesure 7: Améliorer le pilotage des programmes budgétaires au sein du Ministère de la santé

Un produit attendu pour cette mesure est :

Produit 7.1 : La coordination des financements et des mécanismes de communication est assurée entre et au sein des programmes budgétaires.

Le Ministère de la santé a réussi le passage à l'institutionnalisation de cette réforme en consolidant un budget autour de trois grands programmes budgétaires que sont : (i) Accès aux services de santé ; (ii) Prestation des services de santé, (iii) Pilotage et soutien des services du Ministère de la santé. Même si ces programmes et leur contenu doivent être révisés, il s'agit d'une grande avancée pour le secteur. La marge de manœuvre dans l'affectation et la réaffectation de fonds est grande au sein des programmes. L'enjeu consiste à améliorer graduellement la définition des programmes et leurs « actions »³⁰, afin de bien circonscrire l'ensemble des actions dans un cadre de performance et de redevabilité, ce qui ne pourra se faire qu'avec la pratique et le retour d'expérience. Dans la pratique, c'est la DAF du Ministère de la santé qui a autorisé les dépenses publiques de santé en 2017 et en 2018. Il est prévu que cette fonction évolue et soit transférée au bénéfice des responsables de programme en 2019-2020, se rapprochant encore davantage de l'opérationnel. Le rôle de la DAF sera donc modifié et circonscrit autour du suivi/reportage financier de l'ensemble de la dépense du Ministère.

Mesure 8: Améliorer l'utilisation (efficience) des ressources financières au niveau des structures

Cette mesure comporte un seul produit en rapport avec les capacités gestionnaires des agents

Produit 8.1 : Les capacités gestionnaires des agents sont renforcées

La réalisation de ce résultat se fait à travers le renforcement des capacités gestionnaires des acteurs de la chaîne de gestion financière à tous les niveaux.

³⁰ Terme retenu pour ce qui concerne le détail (second niveau) de chaque programme; le troisième niveau étant « les activités ».

Mesure 9 : Rendre disponible les ressources pour la CSU (RH, infrastructures, équipement, médicaments et produits de santé)

Cette mesure comporte trois (3) produits en rapport avec les infrastructures et équipements, les ressources humaines, les médicaments et autres produits de santé.

Produit 9.1 : Les formations sanitaires publiques et privées remplissent les normes en infrastructures et en équipements

Il s'agit de rendre disponible les infrastructures et les équipements sanitaires selon les normes requises à tous les niveaux du système de santé.

Produit 9.2 : Les formations sanitaires publiques et privées disposent de personnel suffisant et motivé

Il s'agit de rendre disponible le personnel dans les formations sanitaires selon les normes.

Produit 9.3 : Les médicaments et autres produits de santé de qualité sont disponibles dans les formations sanitaires

Il s'agit de rendre disponible les médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires.

Mesure 10 : Mettre en place un mécanisme de régulation de l'offre de soins pour la CSU
Cette mesure comporte deux (2) produits en rapport avec la mise en place de la structure d'accréditation/certification et la régulation.

Produit 10.1 : La structure habilitée pour la certification et l'accréditation des formations sanitaires est fonctionnelle

Deux (2) actions seront mises en œuvre pour la réalisation de ce produit. Ce sont : (i) l'élaboration d'une stratégie de contrôle qualité et de certification des formations sanitaires et (ii) la mise en place d'une structure de contrôle qualité et de certification/accréditation des formations sanitaires

Produit 10.2 : La régulation du fonctionnement des sous-secteurs sanitaires privés, public et de la coopération décentralisée est renforcée

Il s'agit de renforcer la régulation au niveau des structures publiques et privées de soins afin de faire respecter la réglementation en vigueur (y compris le contrôle des prestataires publics qui exercent dans le privé).

En ce qui concerne la coopération décentralisée, les interventions doivent faire l'objet de la signature de conventions avec le ministère de la santé avant leur mise en œuvre.

Mesure 11 : Mettre en place les mécanismes de redevabilité, de suivi et d'évaluation

Cette mesure comporte deux (2) produits relatif à la redevabilité envers les citoyens et au suivi/évaluation.

Produit 11.1 : Les mécanismes de redevabilité envers les citoyens sont fonctionnels

Cela consiste à mettre en place un dispositif de veille communautaire et la mise en oeuvre d'un plan de communication en faveur de la SNFS-CSU.

Produit 11.2 : La coordination, le suivi et l'évaluation de la stratégie de financement de la santé sont régulièrement assurés

Ce produit comprend la mise en place des organes de pilotage (équipe technique de suivi, comité de pilotage), la réalisation des revues de la SNFS et des évaluations.

IV- MISE EN OEUVRE DE LA SNFS

4.1- Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la SNFS repose sur la stabilité des institutions, la sécurité, le respect des engagements pris, l'adhésion de la population et des partenaires aux réformes, la collaboration intersectorielle, la culture du civisme et la bonne gouvernance.

4.2- Analyse des risques

L'environnement national, sous régional et international est porteur de risques à minimiser pour la réussite de la mise en œuvre de la stratégie entre autres l'instabilité politique et institutionnelle, la faible croissance économique, les catastrophes naturels et l'insécurité.

4.3- Phase de mise en œuvre

La mise en œuvre est multisectorielle et sera faite par tranches de 3 ans à travers des plans triennaux d'opérationnalisation.

Pour une mise en œuvre réussie de la stratégie, chaque acteur doit connaître son rôle et le jouer pleinement.

4.4- Rôle des acteurs

Les rôles des principaux acteurs sont déclinés comme suit :

- Le Ministère de la santé est chargé de coordonner l'ensemble du processus et d'organiser la plateforme. Il assure la régulation du secteur et organise l'offre de services, ainsi que le suivi et l'évaluation ;
- Le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale veille à la synergie des interventions entre la stratégie de financement et la politique nationale de protection sociale en santé;
- La CNAMU est responsable de la réussite du RAMU et de la politique de gratuité dès son transfert ; Aussi, elle est responsable de l'identification des indigents selon les dispositions légales ;
- Le MINEFID joue le rôle de mobilisation et de répartition des ressources. Il devra accompagner le Ministère de la Santé en matière de décaissement et dans l'amélioration de la gestion des ressources mises à sa disposition par le Gouvernement et ses principaux bailleurs ; il est un partenaire de tout premier ordre pour le Ministère de la Santé en ce qui concerne la réussite de la réforme des budgets-programmes ;
- Le Ministère en charge de l'action sociale va contribuer à l'identification des indigents ;
- Le Ministère de l'administration territoriale assure la gestion des ressources transférées dans le cadre de la décentralisation et contribuera à la mobilisation des ressources ;
- Le Ministère de la Défense a pour rôle d'assurer la sécurité du pays, condition indispensable pour la mise en œuvre de la stratégie
- Le ministère de la communication coordonne les activités de communication autour de la stratégie.
- Les autres Ministères connexes appuient et accompagnent la mise en œuvre de la stratégie, chacun selon son domaine de compétence. Ils devront être impliqués dès la préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation de la stratégie de financement en

vue de son appropriation par les différentes autorités gouvernementales et l'alignement des priorités aux allocations du budget de l'Etat consacré à la santé ;

- Le secteur privé participe à la mise en commun des fonds à travers son réseau d'assurances et de mutuelles. Il fournit également des prestations via les établissements sanitaires lucratifs et non lucratifs, selon les clauses des conventions établies avec l'Etat ;
- La société civile aura un rôle à jouer dans la mobilisation des ressources, l'appui à l'offre des soins et aux initiatives locales de santé en vue d'un meilleur accès des populations aux soins et services offerts ; elle aura également un rôle à jouer dans la mobilisation sociale et dans la veille citoyenne en vue de renforcer la redevabilité ; la société civile est une force sur laquelle les usagers de la santé et l'Etat lui-même doivent pouvoir compter en matière de transparence, d'analyse critique et de force de proposition. La « redevabilité sociale » que porte la société civile a deux champs d'action pour ce qui concerne la CSU : la qualité des soins et l'utilisation des fonds publics et privées (ménages). Ce faisant un dialogue permanent et constructif doit être instauré entre le ministère et la société civile pour une meilleure redevabilité des structures du Ministère ;
- Les partenaires appuient techniquement et financièrement le processus conformément à la présente stratégie. Ils aident le Ministère de la Santé à mieux coordonner les interventions notamment en matière de planification, de pilotage, de mise en œuvre et de suivi-évaluation.
- Le parlement : Il s'agit de faire un plaidoyer auprès du parlement pour l'augmentation du budget alloué à la santé
- Les partenaires sociaux : Leur implication dans la mise en œuvre favorisera l'adhésion des prestataires de soins à la mise en œuvre des réformes.
- Les collectivités territoriales : L'implication des conseils régionaux et municipaux et de l'association des municipalités du Burkina Faso (AMBF) est un impératif. Elles seront sollicitées dans la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources au profit de leurs populations.
- La population : Elle participera à la mise en œuvre de la stratégie à travers les mécanismes de veille citoyenne au niveau des structures de santé.

4.5- Les organes de coordination

Sur le plan institutionnel, un comité de pilotage multisectoriel sera mis en place. Le caractère multisectoriel de la stratégie et l'importance des autres départements ministériels dans les fonctions d'achat et d'offre de services justifient l'option de faire assurer la présidence du comité par le Premier Ministère et le secrétariat par le Ministère de la santé. A cela s'ajoute un comité technique de suivi au sein du Ministère en charge de la santé

Les attributions et le fonctionnement de ces organes de coordination sont décrits dans le plan opérationnel.

Au niveau intermédiaire et périphérique la coordination est assurée respectivement par le Cadre Régional de dialogue (CRD-PNDES) et le conseil de santé de district (CSD).

V- SUIVI ET EVALUATION DE LA SNFS -CSU

5.1- Suivi

Sur le plan institutionnel, le suivi s'inscrit dans le cadre de la vision sectorielle de la politique sanitaire « **un meilleur état de santé possible pour l'ensemble de la population à travers un système de santé national accessible, performant et résilient à l'horizon 2026³¹** » qui s'est développée pour la mise en œuvre du PNDES. A cet effet, les ministères et institutions concernés sont chargés de mener des interventions dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie de financement de la santé.

Le suivi de la stratégie de financement de la santé fait partie intégrante du cadre de suivi du PNDS 2011-2020 à travers les sessions des revues sectorielles lors des cadres sectoriels de dialogue, les conseils d'administration, les comités régionaux de suivi du PNDS, les comités techniques régionaux de santé et les conseils de santé de district. A tous les niveaux, les comités de dialogues citoyens qui seront tenus serviront également de cadre de suivi.

Les équipes fonctionnelles et les groupes thématiques seront sollicitées pour mesurer l'état d'avancée de la mise en œuvre de la stratégie.

Ce suivi se fait conformément à la liste des indicateurs contenus dans le cadre logique.

Le cadre de mesure et le cadre de suivi de la performance contenu dans le PAO vont permettre de fixer les cibles attendues et de vérifier l'atteinte des résultats escomptés année par année.

³¹ Document de politique sectorielle santé 2017-2026

5.2- *Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie*

Au regard de la programmation d'un certain nombre d'agenda, des évaluations internes et externes sont réalisées au cours de la mise en œuvre de la stratégie.

Ainsi, l'évaluation interne se fera lors des rencontres des comités de suivi du PNDES qui apprécie le niveau d'atteinte des résultats et décide des actions correctrices en cas de besoin. Une première évaluation externe de la SNFS se fera en 2020, période correspondant à la fin de la mise en œuvre du PNDS 2011-2020. Une deuxième évaluation externe se fera en 2025, période correspondant à une mise en œuvre à mi-parcours du futur PNDS 2021-2030 pour prendre des décisions correctrices nécessaires à l'atteinte des objectifs de la SNFS.

L'évaluation finale qui sera une évaluation externe est prévue en 2030.

VI. FINANCEMENT DE LA STRATEGIE

Le financement de la SNFS-CSU sera assuré par les ressources du budget de l'Etat, du secteur privé et du reste du monde (aide extérieure).

CONCLUSION

La mise en œuvre effective de la stratégie nationale de financement de la Santé au Burkina Faso permettra aux populations en général et celles vulnérables en particulier d'avoir un accès facile aux soins de santé. Une appropriation de cette nouvelle stratégie s'avère nécessaire et pour cette raison, une large diffusion ainsi qu'un suivi régulier permettront un succès total dans sa mise en œuvre. Dans un contexte de rareté des ressources une bonne mobilisation ainsi qu'une bonne gestion de celles-ci restent des aspects primordiaux.

La mise en œuvre de cette stratégie demande le leadership de l'Etat, l'engagement des PTF et des Collectivités, l'accompagnement des OSC, des Privés et une pleine participation des communautés.

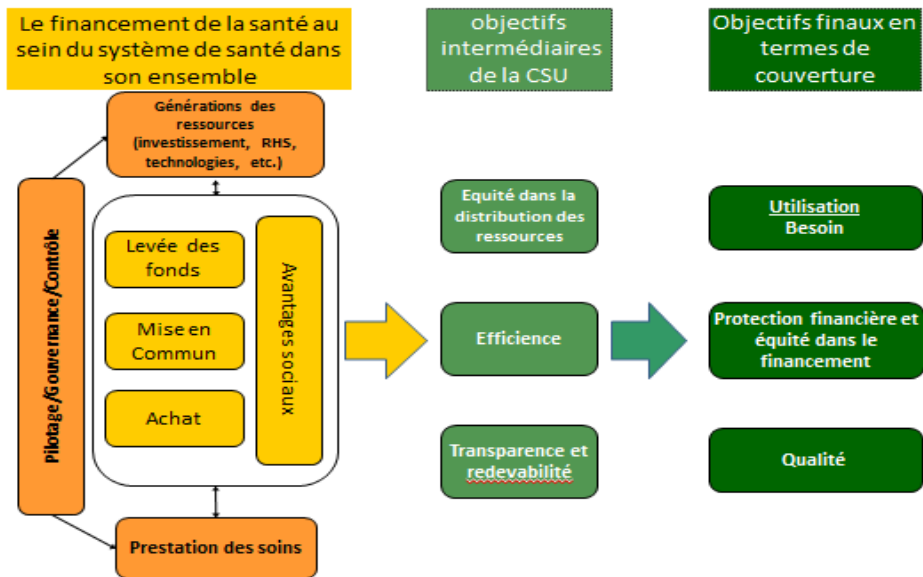
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) _Bilan diagnostique sur le profil du secteur privé de la santé au Burkina Faso ; Organisation Ouest africaine de la santé (OOAS) ; rapport d'étude ; 2014.
- 2) Annuaire statistique 2012 du Ministère de santé ; Ouagadougou ; 2012 ;
- 3) Rapport des comptes nationaux de la santé du Burkina Faso ; Ouagadougou MS ; 2011 ; 2012 ; 2013 ; 2014, 2015, 2016.
- 4) La loi n°60-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso ; Rapport de l'étude de l'évaluation actuarielle et financière du régime d'assurance maladie, septembre 2017
- 5) universelle au Burkina Faso Rapport des états généraux des hôpitaux ; 2016
- 6) Enquête STEP
- 7) Rapport de l'enquête SARA
- 8) Rapport de l'analyse de la situation du financement de la santé au Burkina Faso ;
- 9) Rapport de l'étude sur les flux financiers dans les CSPS et CMA au Burkina Faso
- 10) Plan National de Développement Economique Et Social ; 2016-2020
- 11) Rapport d'évaluation à mi-parcours du PNDS 2011-2020
- 12) Projections démographique nationale 2007-2020 INSD
- 13) Rapport de la revue sectorielle santé nutrition 2016
- 14) Rapport de l'enquête multisectorielle continue 2014 INDS
- 15) Rapport 2014 du Programme des nations unies pour le développement (PNUD) sur le développement humain
- 16) Politique nationale de protection sociale (PNPS) à l'horizon 2023
- 17) IAP/DGEP/MINEFID, 2015
- 18) Lois des finances 2017 du Burkina Faso
- 19) EDS 2010
- 20) Politique de financement de la santé du Burkina Faso ; 2007
- 21) francophone sur la Couverture sur la CSU/OMS, groupe BM Rabat MAROC, juin 2016
- 22) décret n°2009-108/PRES/PM/MATD/MS/MEF/MFPRE du 03 mars 2009 portant transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux communes dans les domaines de la santé.

- 23) RABO n° AN VII 309/FP/MPSAN-AS/SEFB/SG/DCP du 15 Juin 1990 portant modalités de gestion des recettes de la tarification dans les formations sanitaires de l'Etat
- 24) Rapport EN-PSQD, 2013
- 25) Greenfield D et al.,2012 ; De Walcque C et al.,2008
- 26) Duysburg, 2013
- 27) Rapport statistique de l'OMS 2015
- 28) Fullan - 2003, 2005 - citant Heifetz et Linsky – 2002
- 29) Document de politique sectorielle santé, septembre 2017

ANNEXES

Annexe 1 : Cadre d'analyse OMS³²



³² http://www.who.int/health_financing/policy-framework/en/

Annexe 2: Cadre logique axé sur les résultats

Résultats	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Source de vérification	Hypothèse	Risques
Impact : Etat de santé de la population amélioré	Taux de mortalité générale	EDS ; RGPH MICS	Une mobilisation suffisante des ressources financières et une efficacité des dépenses de santé entraînent une amélioration de l'Etat de santé des populations	-Faible adhésion des acteurs aux reformes du financement de la santé pour la CSU -Mauvaise gouvernance dans la mise en œuvre de la stratégie
	Ratio de Mortalité maternelle			
	Taux de Mortalité infantile			
	Esperance de vie à la naissance			
	Taux de Mortalité infanto juvénile (‰)			
E1 : Les ressources pour le financement de la santé sont accrues pour couvrir les besoins de la CSU	Dépenses Totales de Santé en % du PIB	-Loi de finance - Comptes de santé - SNIS	Une mobilisation suffisante des ressources financières et une efficacité des dépenses de santé entraînent une amélioration de l'Etat de santé des populations	- Instabilité politique ; - Crise économique mondiale ; - Faible financement du PNDES et du PNDS -Insécurité -Non-respect des engagements des parties prenantes - faible adhésion des populations aux reformes
	Dépenses totales de santé par habitant			
	Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé			
	Part du financement extérieur dans les dépenses de santé publique			
	Dépenses publiques en santé sur total des dépenses publiques			
E2 : -Le financement de l'offre de soins est efficient -le paiement direct des ménages est réduit	- Dépenses de santé des ménages en % dans le total des dépenses de santé (OOP)	- Compte de santé	L'engagement de l'Etat à mettre en œuvre le RAMU	
	Incidence des dépenses catastrophiques de santé	Enquêtes		
	- Incidence des dépenses d'appauvrissement			
	- Taux d'absorption	- Compte de santé		
E3 : Les soins de qualité sont disponibles et accessibles à tous les	- Nombre de nouveaux contacts par enfant de moins de 5 ans	-Annuaire statistique du	- l'engagement de l'Etat et des PTF à	

niveaux		Ministère de la santé - EDS	assurer le financement adéquat du paquet optimal de services.	- non-respect des principes de bonne gouvernance par les acteurs
	Létalité due au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans	Annuaire statistique	L'engagement de l'Etat et des PTF à assurer le financement du paquet optimal de services	
	Létalité due au paludisme grave chez les femmes enceintes			
	Séroprévalence de l'infection à VIH			
	Prévalence de l'HTA			
	Taux de mortalité intra hospitalière (CHU/CHR, HD)			
E4 : Une bonne gouvernance dans le financement de la santé est assurée à tous les niveaux	-Ratio de personnels de santé/hbt (médecins, infirmiers, SFE/ME)	Annuaire statistique	L'engagement de l'Etat et des PTF à assurer le financement du paquet optimal de services	
	Rayon moyen d'action théorique			
Produits				
P1.1 Au moins 12,7% du budget de l'Etat est consacré à la santé	Pourcentage du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé	Loi de finances		
P1.2: La mobilisation et le suivi des ressources financières publiques au profit de la Santé (hors Ministère de la Santé) sont effectives	Pourcentage du budget de l'Etat alloué au secteur hors Ministère de la santé	Loi de finances		
	Proportion du budget des Collectivités territoriales alloué à la santé	Comptes de santé		
P.1.3 Le financement extérieur en faveur de la santé est accru et	Dépense de santé des ressources extérieures en % dans les dépenses Totales de santé	Loi de finances		

prévisible				
P.2.1 Le financement du secteur privé contribue à accroître l'offre de soins et services	La part du financement privé dans le financement de la santé	Comptes de santé		
	Proportion de conventions signées entre le Ministère de la santé et le secteur privé	SNIS		
P.3.1 Les cotisations et les subventions en faveur du RAMU sont mobilisées de façon optimale	Taux de recouvrement des cotisations par la CNAMU et la CAMA	Rapports CNAMU et CAMA		
	Taux d'allocation des subventions de l'Etat pour la CNAMU et la CAMA par rapport aux plans (besoins exprimés par les Caisses)			
P.3.2 Les financements additionnels au profit du RAMU sont effectifs	Niveau de financement additionnel mobilisé par an	Loi de finances		
P 4.1 : La protection financière de la population contre le risque maladie est assurée	Nombre de personnes couvertes par l'assurance maladie universelle pour 1 000 habitants	-Comptes de santé		
	Nombre de personnes couvertes par une assurance maladie pour 1 000 habitants	-Comptes de santé		
P.4.2 Les provisions financières pour les mesures d'exemption de paiement de soins des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans et pour la prise en charge des indigents sont transférées directement dans le budget AMU	Taux d'allocation des subventions de l'Etat pour les mesures d'exemption de paiement de soins à la CNAMU	Loi de finances		
	Existence d'un dispositif de transfert	-rapport du MS		
P 5.1 1 le dispositif de mise en commun des ressources financières pour les niveaux décentralisés au sein du budget-programme	--Existence d'un dispositif au sein du budget-programme « prestations »	-décrets/arrêtés		

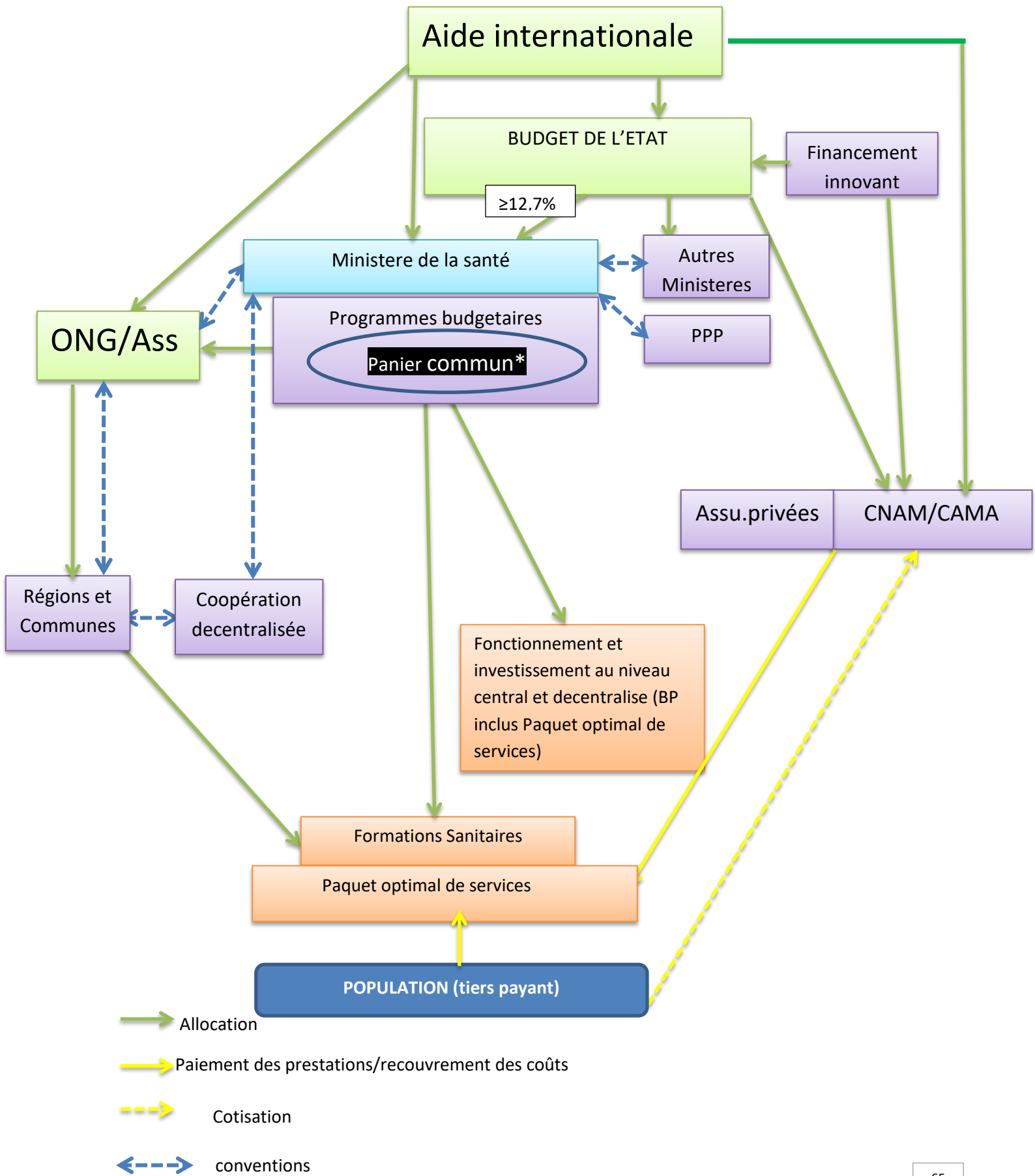
« prestations » au Ministère de la Santé est fonctionnel				
P6.1 : Le paquet optimal de soins et de services est disponible et appliqué selon les normes de qualité	-Existence d'un paquet optimal de soins et de services -% de prestataires qui appliquent le paquet optimal de soins et de services	- Rapport d'étude - SIS		
P6.2 : Les prestataires de soins et de services sont sélectionnés selon des normes de qualité à tous les niveaux et catégorisés	% de prestataires sélectionnés et catégorisés % de prestataires conventionnés	- Rapport - SIS		
P 6.3 L'allocation des ressources (subventions) entre et au sein des programmes se fait sur la base du cadre de suivi de la performance du budget programme	-Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé Pourcentage de dépenses courantes de santé affectées au niveau périphérique, intermédiaire et central Pourcentage des ressources allouées aux zones défavorisées existence de critère de répartition et respect de cette répartition	- Rapport du bilan des plans d'action - Rapport du suivi des flux financiers		
P 6.4 : Le système d'incitation à la performance des structures est fonctionnel	Existence du dispositif % des formations sanitaires qui reçoivent les subventions sur la base de la performance % des formations sanitaires qui sont payés sous forme de forfaits sur la base de la performance	-Rapport d'activités		
P 6.5: Les méthodes d'achats des prestations au niveau des structures sont révisées et appliquées	Existence de nouveaux critères de paiement des prestataires sur la ligne subvention et transfert courant de l'Etat Existence de nouveaux tarifs forfaitaires pour la facturation des prestations	- Arrêté		

P 6.6 : La rationalisation de la prestation de soins et l'observance au traitement est assurée	- Proportion des formations sanitaires qui disposent de protocoles et standards de traitement	- Rapport d'activités		
	- Proportion des formations sanitaires qui appliquent leurs protocoles et standards de traitement	- Rapport d'activités		
	- le cout moyen des prestations	- rapport d'évaluation		
Produit 6.7 : Le système d'information sanitaire pour les besoins de l'achat stratégique est fonctionnel	- Existence du système d'information sanitaire pour les besoins de l'achat stratégique	- Rapport		
P6.8 Les indigents bénéficiaires du RAMU subventionnés à 100% par l'Etat sont identifiés	- % des indigents subventionnés	- Rapport		
Produit 7.1 : La coordination des financements et des mécanismes de communication sont assurées entre et au sein des programmes budgétaires y compris les responsables des programmes verticaux	- Nombre de rencontres de concertation tenues entre responsables de programmes	- rapport		
P 8.1 : Les capacités des acteurs de la chaine de gestion financière sont renforcées	- % d'acteurs de la chaine de gestion financière formés	- Rapport de formation		
P 9.1 : Les formations sanitaires remplissent les normes en infrastructures et en équipements	- % des formations sanitaires qui remplissent les normes en infrastructures et en équipements	- Annuaire statistique		

P 9.2 : Les formations sanitaires disposent de personnel suffisant et motivé	- % des formations sanitaires disposent de personnel suffisant	- Annuaire statistique		
P 9.3 : Les médicaments et autres produits de santé de qualité sont disponibles dans les Formations sanitaires	- Pourcentage de DMEG n'ayant pas connu de rupture des 25 médicaments traceurs	- Annuaire statistique		
	- Pourcentage de DRD n'ayant pas connus de rupture pour les 45 médicaments traceurs			
	- Proportion des FS n'ayant pas connu de rupture des examens traceurs			
	- Taux de satisfaction en produits sanguins			
	- Pourcentage d'antigènes n'ayant pas connu de rupture			
P 10.1 : La structure habilitée pour la conduite du processus de certification et d'accréditation des formations sanitaires est fonctionnelle	- Pourcentage des formations sanitaires certifiées	- Rapport		
	- Pourcentage de formations sanitaires accréditées			
P 10.2 : La régulation du fonctionnement des sous-secteurs sanitaires privés, public et de la coopération décentralisée est renforcée	- Pourcentage de formations sanitaires privées qui respectent leurs cahiers de charge d'exploitation de leur structure	- Rapport		
	- Pourcentage de formations sanitaires publiques qui respectent leurs cahiers de charge d'exploitation de leur structure			
	- % des structures de coopération respectant la réglementation en vigueur			
P11.1 : Les mécanismes de redevabilité envers les citoyens sont fonctionnels	- Nombre de structures de veille citoyenne fonctionnels	- rapport		
	- % des formations sanitaires couvertes par la veille communautaire			
	- Nombre de plaintes enregistrés par an			
	- % des structures sanitaires assurant une reddition des comptes	-		

P 11.2 : La coordination, le suivi et l'évaluation de la stratégie de financement de la santé sont régulièrement assurés	-Proportion des réunions/rencontres statutaires tenues	- rapport		
	-Nombre d'évaluations réalisées			

Annexe 3 : Schéma : Mobilisation, mise en commun et allocation des ressources aux prestataires



Panier commun*= «prestations de services»

Annexe 3 : Liste des membres du comité de réélection et des personnes ressources

N°	NOM ET PRENOMS	STRUCTURE
01	Dr H.K. Francine OUEDRAOGO/DOUAMBA	SG/MS
02	Dr Corneille TRAORE	CM/CABINET
03	Dr Abdoulaye NITIEMA	DGESS
04	Dr Arzouma OUEDRAOGO	DGESS/DPPO
05	Dr Emmanuel SEINI	DGESS/SAT
06	M. Issaka OUEDRAOGO	DGESS/SAF
07	M. Lamine TRAORE	DGESS/DPFS
08	M. Tahirou TIENDREBEOGO	DGESS/SAT
09	M. Edouard AKOTIONGA	DGESS/ DFP
10	Dr Salif SANKARA	DGESS/DFP
11	Dr Adama SANON	DGESS/FBR
12	Mme Safoura YAMEOGO	DAF
13	Dr Pierre YAMEOGO	ST/CSU
14	Dr Yacouba ZINA	CNRFP
15	M. Alphonse SANOU	ST/AMU
16	Mme Aminata TOU	MINEFID
17	Dr Harouna TRAORE	Expertise France
18	Dr Irène YAMEOGO	Peace Corps
19	M. Simon KABORE	RAME
20	Dr Aloys ZONGO	Consultant