

**MINISTERE
DE LA SANTE**



BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

POLITIQUE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Mars 2007

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
I. DONNES GENERALES.....	2
1.1. DONNEES GEOGRAPHIQUES	2
1.2. DONNEES DEMOGRAPHIQUES	2
1.3. DONNEES SOCIO-CULTURELLES	3
1.4. DONNEES SANITAIRES.....	3
1.5. SITUATION ECONOMIQUE	4
1.6. ORGANISATION POLITIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	5
1.7. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	5
II- SITUATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE.....	6
2.2.1. <i>Volume et sources de financement de la santé</i>	7
III. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	12
1. LE FINANCEMENT DE LA SANTE EST INSUFFISANT	12
2. LA REPARTITION DU FINANCEMENT DE LA SANTE EST INADEQUATE.....	12
3. LA GESTION DES RESSOURCES MOBILISEES EST PEU RATIONNELLE.....	13
4. L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES POPULATIONS AUX SERVICES DE SANTE EST FAIBLE.....	13
5. LES OUTILS D'AIDE A LA DECISION NE SONT PAS SUFFISAMMENT EXPLOITES	13
IV. ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	14
4.1. FONDEMENTS	14
4.2. VALEURS ET PRINCIPES.....	15
4.3. BUT.....	15
4.4. OBJECTIFS.....	15
4.4.1. <i>Objectif général</i>	15
4.4.2. <i>Objectifs spécifiques</i>	16
4.5. STRATEGIES PAR OBJECTIF SPECIFIQUE.....	16
4.5.1 <i>Accroître les financements en faveur de la santé</i>	16
4.5.2 <i>Améliorer la gestion des ressources mobilisées</i>	18
4.5.3- <i>Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé et plus particulièrement des pauvres et groupes vulnérables</i>	19
4.5.4. <i>Renforcer la recherche en économie de la santé</i>	22
V. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.....	23
5.1. FACTEURS DEFAVORABLES	23
5.2. CONDITIONS DE SUCCES	23
5.3. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION	23
CONCLUSION.....	24

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV	: Anti rétroviraux
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CDMT	: Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CMA	: Centre Médical avec Antenne Médicale
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSPS	: Centre de Santé de Promotion Sociale
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DTC	: Vaccins contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
FCFA	: Franc de la Communauté Financière Africaine
INDS	: Institut National de la Statistique et de la Démographie
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
OUA	: Organisation de l'Unité Africaine
PIB	: Produit Intérieur Brut
PPTE	: Pays Pauvre Très Endetté
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSN	: Politique Sanitaire Nationale
PvVIH	: Personne vivant avec le Virus d'Immodéficiency Humaine
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
VIH	: Virus d'Immodéficiency Humaine
SIDA	: Syndrome d'Immodéficiency Acquis

AVANT PROPOS

Pour faire face aux nombreux défis en matière de santé, le Gouvernement a adopté en septembre 2000, la Politique Sanitaire Nationale et en juillet 2001, le Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2001-2010.

L'approche sectorielle est la stratégie retenue pour la mise en œuvre dudit plan. Elle se définit comme une méthode de travail entre le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers, un mécanisme permettant de coordonner le soutien à des politiques et à des stratégies dans un secteur donné comme celui de la santé. Elle ne se limite pas singulièrement au panier commun bien que celui-ci soit son meilleur aboutissement.

La disponibilité des ressources financières et leur utilisation rationnelle contribuent pour cette mise en œuvre. C'est pourquoi, il est apparu nécessaire dans ce contexte de lutte contre la pauvreté et d'insuffisance des ressources, pour mon département, d'élaborer une politique de financement de la santé en vue de compléter les référentiels existants.

En outre, le Burkina Faso a fait sienne, la recommandation de la cinquante sixième session du comité régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique, tenue à Addis Abéba en Ethiopie du 28 août au 1^{er} septembre 2006, invitant les pays africains à élaborer des politiques équitables, efficaces et viables de financement de la santé ainsi que des plans stratégiques y relatifs sur la base d'une feuille de route claire pour la réalisation des cibles et des objectifs du millénaire pour le développement et des autres objectifs nationaux de santé.

La présente politique de financement de la santé s'inscrit dans cette démarche globale de définition des orientations pour une mobilisation et utilisation rationnelles et équitables des ressources en faveur de la santé.

Je voudrais saisir cette opportunité pour remercier sincèrement les partenaires techniques et financiers qui appuient inlassablement les efforts du Gouvernement pour l'amélioration de l'état de santé des populations.

Le Ministre de la Santé./-

Bédouma Alain YODA./-
Commandeur de l'Ordre National

INTRODUCTION

Avec un milieu physique peu propice au développement économique du fait de son climat hostile et de la rareté des ressources naturelles, le Burkina Faso dispose d'un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 407 dollars US en 2004.

L'économie du pays repose surtout sur les secteurs tertiaire et primaire avec des contributions respectives au PIB au prix du marché de 41,9% et 39,4% en 2005. La part du secteur secondaire est de 18,70%. Au niveau du secteur primaire, l'agriculture occupe 90% des emplois et produit 50% des recettes d'exportation. L'indice de développement humain durable est de 0.33 selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Pour la même année, le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est de 46,4%. Le seuil absolu national de pauvreté est estimé à 82 672 FCFA par adulte et par an en 2003¹.

Le développement de l'économie est non seulement entravé par les aléas climatiques, mais aussi, par les faiblesses structurelles ou institutionnelles (insuffisance des infrastructures de base), la non maîtrise de la croissance démographique, la fluctuation des prix des cultures de rente, notamment le coton.

Face à l'immensité des besoins et à la rareté des ressources, le secteur de la santé connaît des difficultés de financement. Un financement adéquat serait un élément contributif à la performance du système de santé et donc à l'amélioration de l'état de santé des populations. L'insuffisance de financement a été fortement soulignée dans le document de Politique Sanitaire Nationale (PSN) adopté par le Gouvernement en septembre 2000. La PSN a été traduite sur le plan opérationnel en Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2001-2010 et adopté en juillet 2001. Un des objectifs intermédiaires est d'accroître le financement en faveur du secteur de la santé.

L'accroissement des financements contribuera à l'atteinte des objectifs nationaux de santé et ceux du millénaire pour le développement, volet santé dont l'échéance est fixée à 2015.

¹ Enquête prioritaire sur le profil de pauvreté, INSD 2003

Le présent document relatif à la politique de financement de la santé, qui se veut être un cadre d'orientation en la matière, s'inscrit dans cette dynamique.

Cette politique de financement de la santé, destinée à tous les intervenants dans le secteur de la santé, est en cohérence avec les documents de référence tels que la PSN, le PNDS et le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). Elle dispose d'outils pertinents complémentaires que sont le cadre des dépenses à moyen terme, la revue des dépenses publiques et les comptes nationaux de la santé.

I. DONNES GENERALES

1.1. Données géographiques

Le Burkina Faso est un pays sahélien, enclavé, situé en Afrique de l'Ouest. Il couvre une superficie de 274 200 km² et est limité par six pays : le Mali, le Niger, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire.

Son climat tropical de type soudanien, alterne une saison sèche d'octobre à avril et une saison pluvieuse de mai à septembre.

La végétation est de type soudano-sahélien. Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eaux non permanents dont les principaux sont le Mouhoun, le Nakambé et le Nazinon.

1.2. Données démographiques

La population du Burkina Faso est estimée à 10 312 609 habitants² en 1996; elle croît à un rythme de 2,4 % l'an³ ; en l'an 2010, elle atteindra 14 718 647 habitants.

Le taux brut de natalité est estimé à 46,1 pour mille⁴; celui de la mortalité générale est de 15,2 pour mille⁵ et l'espérance de vie à la naissance de 53,8 ans⁽⁶⁾. Les femmes représentent près de 52 % de la population. Cette population est essentiellement jeune ; la tranche d'âge de 0 à 14 ans représente 47,92 %.

² Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1996 (RGPH, 1996)

³ Idem

⁴ Idem

⁵ Idem

⁶ Idem

La densité de la population est de 38 habitants au km² ; sa répartition sur le territoire national est hétérogène, variant de 11 à 122 habitants au km².

1.3. Données socio-culturelles

Sur le plan de l'éducation de base, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement de base est de 60,2% pour l'année 2005 dont 54,5% chez les filles. Le taux d'alphabétisation pour la population de plus de 15 ans est de 34% avec 38,9% pour les hommes et 29 % pour les femmes.

La population du Burkina est caractérisée par une soixantaine de groupes ethnolinguistiques. Les principales langues parlées sont le mooré, le dioula et le fulfuldé. La langue officielle est le français.

Les religions dominantes sont l'islam (52%), le christianisme (24,3%) et l'animisme (23,3%) (7).

1.4. Données sanitaires

D'une manière générale, la situation sanitaire est peu satisfaisante. Elle est caractérisée par une morbidité et une mortalité générales élevées qui sont imputables à des facteurs tels que la persistance des endémo-épidémies, l'expansion de l'infection à VIH/SIDA, l'insuffisance en ressources humaines tant du point de vue qualitatif que quantitatif, l'insuffisance en infrastructures sanitaires et la pauvreté des populations face aux coûts relativement élevés des soins . Le mauvais état de santé est lié en partie à l'insuffisance de financement.

Par ailleurs, l'excision, les tabous alimentaires, le lévirat et les mariages précoces et/ou forcés ainsi que les autres pesanteurs socio-culturelles influencent aussi négativement l'état de santé des populations.

En 2005, les indicateurs suivants ont été enregistrés :

- le nombre de contacts par habitant et par an : 0,33 ;

⁷ Enquête Prioritaire sur le profil de pauvreté, INSD, 2003

- le taux d'accouchements assistés dans les formations sanitaires par du personnel qualifié : 33,67% ;
- la prévalence contraceptive : 22,46%
- la couverture en DTC3 : 96,29% ;

Le taux de séroprévalence estimé par l'ONUSIDA est de 2,3% en 2004.

1.5. Situation économique

A l'instar de nombreux pays africains, le Burkina a évolué au cours de ces dernières années, dans un environnement difficile, caractérisé par la dévaluation du franc CFA, la mondialisation et la globalisation de l'économie et la baisse des flux de capitaux.

Au niveau de la sous région, le Burkina, dans le cadre de l'intégration, fait partie de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Pour la surveillance multilatérale des économies des huit pays membres, des critères de convergence de premier et de second rangs ont été définis.

Le PIB nominal est passé de 2251,2 milliards de FCFA en 2002 à 2503,6 milliards de FCFA en 2003 puis successivement à 2700,3 milliards de FCFA en 2004 et à 2 985,1 milliards de FCFA en 2005.

Pour ces années, la croissance du PIB réel est passée respectivement de 4,6% en 2002 à 8% en 2003, puis à 4,6% en 2004 et à 7,1% en 2005 .

Le PIB réel par habitant est passé de 2,2% en 2004 à 4,6% en 2005.

Les réformes budgétaires entreprises par le gouvernement, notamment l'amélioration du cadre juridique, le renforcement des capacités de recouvrement des recettes et le renforcement de la transparence dans la gestion des finances publiques ont contribué à la consolidation du cadre macroéconomique.

En fin 2005, l'encours de la dette publique s'est établi à 1231,8 milliards de FCFA contre 1072,8 milliards de FCFA en 2004. Le ratio encours de la dette par rapport au PIB est de 41,3% ; ce qui est inférieur à la norme de l'UEMOA fixée à 70%.

1.6. Organisation politique et administrative

Sur le plan politique, le pays a renoué avec la démocratie et le multipartisme ; un régime constitutionnel a vu le jour en juin 1991. Ce régime constitutionnel comprend trois pouvoirs: l'exécutif, le législatif et le judiciaire.

Sur le plan administratif, le territoire national est divisé en régions, provinces, départements, communes et villages. Les circonscriptions administratives sont la région, la province, le département et le village.

La région et la commune sont des collectivités territoriales dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le processus de décentralisation du territoire est toujours en cours. La communalisation intégrale a été instituée et les élections municipales ont eu lieu en avril 2006. Des conseils régionaux sont mis en place dans toutes les régions.

1.7. Organisation du système de santé

• Organisation administrative

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

- le niveau central qui est organisé autour du Cabinet du ministre et du Secrétariat général;
- le niveau intermédiaire qui comprend treize Directions régionales de la santé (DRS) ; elles ont pour mission de mettre en œuvre la politique du gouvernement dans les régions sanitaires ;
- le niveau périphérique qui est représenté par les directions provinciales de la santé comprenant cinquante cinq districts sanitaires ; ces districts sanitaires constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées du système national de santé.

• Organisation des structures de soins

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

- *le premier niveau constitué par le district sanitaire comprend deux échelons ;*
 - o le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure de base et de premier contact du système de santé;
 - o le deuxième échelon de soins du district est le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) ; il sert de référence pour les formations sanitaires du district ; certains districts sanitaires sont centrés sur des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- le deuxième niveau est représenté par le CHR. Il sert de référence et de recours aux CMA ;
- le troisième niveau est constitué par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Il sert également de cadre de formation des différentes catégories de personnels et de recherche.

En plus des structures publiques de soins, il convient de noter l'existence des structures sanitaires privées surtout à but lucratif et du secteur sanitaire traditionnel

II- SITUATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement de la santé, selon le rapport sur la santé dans le monde en 2000 de l'Organisation Mondiale de la Santé, comprend trois fonctions interdépendantes que sont la collecte des contributions, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions.

Les raisons suivantes justifient l'intérêt accordé au financement de la santé:

- la santé n'est pas un « bien » comme les autres ; elle est un droit ;
- l'existence d'un lien bidirectionnel entre santé et développement ;
- le financement comme un instrument contribuant à l'atteinte des objectifs de production de soins, d'amélioration de la qualité des services et soins, d'amélioration de l'état de santé du plus grand nombre, de contribution à l'efficience globale du système et de promotion de l'équité dans le financement et l'accès aux soins.

2.2.1. Volume et sources de financement de la santé

i) Volume de financement de la la santé

Les comptes nationaux de la santé qui sont un outil efficace pour quantifier et analyser les tendances des dépenses de santé montrent que la dépense nationale de santé, toutes sources de financement confondues, est de 136 milliards de FCFA en 2003 et de 164,102 milliards de FCFA en 2004 ; ce qui représente respectivement 5,5% et 6,1% du PIB. Les dépenses de l'Etat représentent 21,36% et 20,22 % de la dépense nationale de santé respectivement en 2003 et 2004. Ces pourcentages sont révélateurs d'un effort important d'investissement en matière de santé. La dépense de santé par habitant est de 11 177 FCFA, soit 19 dollars US en 2003 et 13 133 FCFA, soit 25 dollars US en 2004.

Malgré cette évolution favorable, ce montant est insuffisant pour couvrir les besoins de santé des populations. En effet, la commission macroéconomie et santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport « investir dans la santé pour le développement économique, décembre 2001 », estime que le financement minimum devrait se situer autour de \$ US 30 et 40 par personne et par an, soit entre 15 630 FCFA et 20 840 FCFA⁸ pour couvrir les interventions essentielles y compris celles nécessaires pour combattre la pandémie du SIDA.

ii) Sources de financement de la santé

Les principales sources de financement de la santé au Burkina sont :

- l'Etat à travers le budget ordinaire alloué au Ministère de la Santé et aux autres ministères menant des activités de santé ;
- les ressources libérées dans le cadre de la réduction de la dette ou Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE) ;
- les collectivités territoriales ;
- les employeurs ;
- les ménages par les paiements directs dans le cadre du recouvrement des coûts et/ou les mécanismes assurantiels ;
- le financement extérieur.

⁸ Au taux de change de 1 \$ US pour 510 FCFA en 2005

- **Etat**

L'Etat finance la santé par la fiscalité, les emprunts et les subventions ainsi que les dons sous forme d'appuis budgétaires. Selon les résultats des comptes nationaux de la santé réalisés en 2005, le montant des dépenses sur les fonds publics est de 29,112 milliards de FCFA en 2003 et de 33,184 milliards de FCFA en 2004

- **Ressources PPTE**

Depuis 2000, le secteur de la santé bénéficie des ressources de cette Initiative dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Selon les données des comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses est passé de 2,7 milliards de FCFA en 2003 à 11 milliards de FCFA en 2004. Avec l'élargissement des secteurs bénéficiaires, le montant alloué à la santé risque de diminuer si un plaidoyer n'est pas fait pour maintenir au moins le niveau actuel de financement.

- **Financement par les collectivités territoriales**

Les collectivités territoriales participent au financement de la santé à travers la construction et la gestion d'infrastructures sanitaires, mais celles-ci restent caractérisées par leur faible capacité contributive au financement de la santé par rapport aux besoins immenses des populations de leur ressort.

Le rôle des collectivités territoriales dans le financement de la santé devra évoluer avec le transfert des compétences et des ressources par l'Etat dans le cadre de la décentralisation administrative.

- **Financement extérieur**

Les partenaires techniques et financiers interviennent sous forme de dons et de subventions et les prêts à des taux d'intérêts concessionnels.

Parallèlement aux ressources mobilisées dans le cadre des relations bilatérales et multilatérales, le secteur de la santé bénéficie d'un apport non négligeable des organisations non gouvernementales (ONG).

En 2003 et 2004, selon les résultats des comptes nationaux de la santé, les dépenses de santé supportées par l'extérieur ont été évaluées à 27,99 milliards de FCFA et 43,99 milliards de FCFA.

En 2003 et 2004, les dépenses de santé des ONG s'élèvent respectivement à 0,62 milliard de FCFA et 0,36 milliard de FCFA. Ces dépenses qui ne concernent que deux ONG sont sous estimées.

La coopération décentralisée, notamment les jumelages, permet également de mobiliser des ressources matérielles et financières pour le secteur de la santé. Malheureusement, ces financements ne sont pas maîtrisés du fait des multiples portes d'entrée.

L'insuffisance dans la coordination des projets et programmes de santé financés par les partenaires techniques et financiers pour la réalisation d'objectifs communs, la non maîtrise des multiples procédures des bailleurs de fonds et l'insuffisance des capacités humaines influencent négativement la performance dans l'utilisation des ressources disponibles.

Malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers, la mobilisation des ressources financières pour un développement global, équitable et durable de la santé demeure insuffisante, tandis que paradoxalement, l'on note un faible taux d'absorption des ressources extérieures disponibles.

- **Financement des employeurs**

Les employeurs assurent la prise en charge des frais de santé de leurs employés soit directement, soit par les compagnies d'assurance privées.

Toutefois, il n'existe pas de données exhaustives en la matière. Les dépenses de santé de trois entreprises des branches d'activités différentes en 2003 et 2004 sont respectivement de 1,54 milliard de FCFA et 1,25 milliard de FCFA.

- **Païement direct par les ménages**

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la contribution des populations au financement de la santé est sollicitée au travers du recouvrement des coûts (tarification des actes médicaux, des hospitalisations et vente des médicaments essentiels génériques).

Selon les résultats de l'enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2003, il ressort qu'un ménage du Burkina consacre annuellement en moyenne 38 112 FCFA aux dépenses de santé.

Selon les résultats des comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de santé supportées par les ménages est de 67,73 milliards de FCFA en 2003 et de 72,58 milliards des FCFA en 2004. Cela représente 50% et 44% de la dépense nationale de santé respectivement en 2003 et 2004.

Le mode de paiement dominant est le paiement à l'acte qui constitue un obstacle à l'utilisation des services de santé particulièrement par les pauvres. Ce paiement à l'acte entraîne une augmentation des dépenses de santé et ne favorise pas la continuité des soins ainsi que la solidarité.

Par ailleurs, les modalités d'utilisation des recettes propres au niveau des formations sanitaires périphériques de l'Etat ne sont pas clairement définies. Cela entraîne une utilisation des ressources n'ayant souvent pas un impact réel sur les indicateurs de santé.

- **Assurance sociale**

Elle concerne l'Etat et la Caisse nationale de Sécurité Sociale.

Pour ce qui est de la couverture du risque maladie, les agents de l'Etat supportent 20% des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires publiques. Les exonérations qui ne sont pas remboursées par l'Etat constituent un manque à gagner sur le plan financier pour ces formations sanitaires.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) assure les salariés du secteur privé et parapublic. Elle offre à ses assurés les prestations pour la protection de la famille, une pension vieillesse à la cessation de l'activité sociale et au moment de la retraite et des prestations d'invalidité. Des prestations peuvent être servies aux différents ayants droits de l'assuré social. Les taux de cotisations pour les branches prestations familiales, risques professionnels et pensions sont respectivement fixés à 7%; 3,5% et 11%.

Le taux global de cotisations pour les trois branches s'élève à 21,5 % des salaires dont 16% pour l'employeur et 5,5% pour l'employé. La population couverte est estimée à environ 11% de la population totale. Malheureusement, la gamme des risques couverts reste limitée.

Le montant des dépenses de santé supportées par la CNSS est passé de 330 millions de FCFA en 2003 à 321 millions de FCFA en 2004.

- **Assurances privées**

Les principales compagnies d'assurance commerciale comportent une couverture maladie. Celles-ci proposent aux souscripteurs, deux formules d'assurance, à savoir l'assurance maladie individuelle et l'assurance maladie de groupe.

L'assurance commerciale couvre une portion très marginale de la population et n'est accessible que par une minorité de privilégiés. En 2003 et 2004, les dépenses de santé des assurances s'élevaient respectivement à 688 et à 942 millions de FCFA selon les données des comptes nationaux de la santé.

- **Mutuelles communautaires**

Actuellement en développement au Burkina, ce type de financement fait l'objet d'un intérêt tant du Ministère de la Santé que des intervenants dans le secteur de la santé.

Les principaux mécanismes existants sont :

- les caisses de solidarité ;
- les mutuelles professionnelles ;
- les mutuelles de santé ;
- les micro assurances santé ;
- les partages des coûts ;
- les prépaiements.

Bien qu'il existe un engouement pour le développement de ces mécanismes assurantiels, le contexte général de pauvreté de la population ainsi que l'absence de cadres réglementaires et institutionnels, ne favorisent pas leur pérennité (1% de la population est couverte par ce mode de financement).

Au terme de l'analyse de la situation, les problèmes prioritaires ont été identifiés.

III. PROBLEMES PRIORITAIRES

1. Le financement de la santé est insuffisant

En se référant au niveau des dépenses de santé par habitant préconisé par la commission macro économie et santé de l’OMS, les besoins de financement estimés en 2005 se situeraient entre 200 et 266 milliards de FCFA, soit une moyenne de 233 milliards de FCFA⁹. Des efforts restent à faire pour atteindre ce niveau de financement requis dans un environnement difficile.

Les contraintes au niveau des ressources financières de l’Etat et de l’aide publique au développement ainsi que la pauvreté des populations expliquent en partie cette insuffisance de financement.

2. La répartition du financement de la santé est inadéquate

L’allocation des ressources financières ne correspond pas toujours au besoin spécifique de chaque niveau du système de santé.

En ce qui concerne la répartition par région, les données des comptes nationaux de la santé relèvent une répartition inéquitable des financements. En effet, les régions ayant plus de population et une incidence élevée de pauvreté ont moins de ressources qu’elles ne devraient en avoir.

Les ressources mobilisées au niveau local ne sont souvent pas affectées uniquement à l’amélioration de l’offre de soins.

De plus, il n’existe pas de critères clairement établis en ce qui concerne la répartition des ressources du budget de l’Etat. Cela ne favorise pas l’allocation équitable des ressources, laquelle se fait présentement sur une base historique.

Les ressources, en dépit de leur insuffisance, ne sont pas orientées sur des interventions à fortes externalités positives ou à gain rapide pour réduire les morbidités et les mortalités spécifiques.

⁹ Calculs effectués sur la base de la population estimée par l’INSD pour 2005 et du taux de change moyen de 1\$ US = 521 FCFA.

3. La gestion des ressources mobilisées est peu rationnelle

En dépit de l'insuffisance des ressources mobilisées en faveur de la santé, la gestion de celles-ci n'est pas toujours efficace. Les achats de biens durables ne sont pas rationalisés pour permettre de réaliser des économies d'échelle et de les affecter à d'autres dépenses. Par ailleurs, compte tenu de la non maîtrise des procédures de décaissements, une partie des financements mobilisés est souvent perdue.

Les conditions d'utilisation des ressources générées au niveau périphérique ne sont pas clairement définies. Les fonds mobilisés sont dans la plupart des cas thésaurisés. Cela entraîne souvent des difficultés de fonctionnement des formations sanitaires périphériques et de disponibilité de médicaments.

En outre, la capacité des agents chargés de la gestion financière dans les structures de santé est insuffisante.

4. L'accessibilité financière des populations aux services de santé est faible

Sur le plan financier, le coût des prestations de soins et des médicaments, même génériques, est généralement élevé par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population. Cette situation constitue une barrière à l'accès financier aux soins, notamment pour les groupes vulnérables. Par ailleurs, les dépenses des ménages sont élevées dans un contexte de pauvreté et d'insuffisance de protection sociale et de mécanismes solidaires de partage de risque telles que les mutuelles de santé.

5. Les outils d'aide à la décision ne sont pas suffisamment exploités

En vue d'améliorer le financement de la santé, des outils complémentaires d'aide à la décision sont développés. Ces outils contribuent également à améliorer la disponibilité et la fiabilité des données. Il s'agit de la revue des dépenses publiques, du Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) et des comptes nationaux de la santé. Ces outils ne sont pas diffusés à une grande échelle et ne sont pas suffisamment exploités pour la prise de décision. De plus, la mise en œuvre des recommandations est insuffisante.

6. Les compétences des agents en économie de la santé sont faibles

Les faibles capacités des agents en économie de la santé ne favorisent pas la réalisation régulière d'études économiques permettant d'orienter la prise de décision basée sur des bases factuelles en matière de financement de la santé.

IV. ORIENTATIONS NATIONALES EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

4.1. Fondements

Le droit à la santé est reconnu par la Constitution du Burkina du 02 juin 1991 qui dispose en son article 18 que « la santé, la protection de la maternité et de l'enfance, l'assistance aux personnes âgées ou handicapées et aux cas sociaux, constituent des droits sociaux reconnus par la présente Constitution qui vise à les promouvoir ».

La santé étant une condition préalable à la jouissance des autres droits fondamentaux, il est donc de la responsabilité de l'Etat de définir une politique de santé à même de promouvoir, de protéger et de restaurer la santé de la population et d'en assurer la mise en œuvre effective.

Le Burkina a souscrit à des initiatives et à des déclarations internationales visant à accroître le financement de la santé, parmi lesquelles:

- l'Initiative 20/20;
- l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE);
- la Déclaration du millénaire (objectifs du millénaire pour le développement);
- le Nouveau Partenariat pour l'Afrique (NEPAD);
- la Déclaration des Chefs d'Etat de la CEDEAO à Abuja en 2001 s'engageant à allouer 15% du budget de l'Etat à la santé.

4.2. Valeurs et principes

Le Burkina a fait siens les valeurs et les principes suivants :

- l'équité, l'éthique, la justice sociale et la solidarité doivent guider les choix en matière de santé ;
- la santé est un droit fondamental de l'être humain ;
- la santé est au cœur du développement ;
- les femmes et les hommes ont des besoins de santé spécifiques ;
- tout être humain a le devoir de participer individuellement et collectivement à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ;
- le maintien, la promotion et la restauration de la santé impliquent une collaboration multisectorielle et pluridisciplinaire ;
- les soins de santé doivent être de bonne qualité.

Les valeurs et les principes ci-dessus énoncés sont à la base de la Politique de financement de la santé.

Aussi, toutes les ressources disponibles et potentielles devront-elles être mobilisées en faveur de l'amélioration de l'état de santé des populations.

4.3. But

Le but de la politique de financement de la santé est de contribuer à améliorer l'état de santé des populations

La politique de financement de la santé se fixe les objectifs ci-après:

4.4. Objectifs

4.4.1. Objectif général

L'objectif général de la politique de financement de la santé est de mobiliser des ressources pour le secteur de la santé.

4.4.2. Objectifs spécifiques

- Accroître les financements en faveur de la santé ;
- Améliorer la gestion des ressources mobilisées ;
- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé ;
- Renforcer la recherche en économie de la santé.

Pour atteindre les objectifs spécifiques, des stratégies ont été identifiées.

4.5. Stratégies par objectif spécifique

4.5.1 Accroître les financements en faveur de la santé.

(i) Amélioration de la mobilisation des ressources au sein du secteur santé

Cette stratégie consistera pour l'Etat, à réviser la tarification des actes médicaux en tenant compte du pouvoir d'achat des populations dans le contexte actuel de pauvreté, à réorganiser le circuit et le mode de paiement des actes médicaux, à poursuivre la motivation du personnel, à renforcer le suivi et le contrôle de la gestion dans les formations sanitaires et à mettre un système de gestion du circuit du malade qui permet d'améliorer les taux de recouvrement.

Dans le cadre du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques , l'Etat continuera à fixer les tarifs en définissant une base générale (tarifs planchers et plafonds) à partir d' une nomenclature des actes des professionnels de la santé et leurs cotations tout en tenant compte du niveau de pauvreté de la population. Cette base sera révisée périodiquement.

Chaque formation sanitaire négociera éventuellement les tarifs des prestations avec les compagnies d'assurance privées et les autres mécanismes de partages de risques maladie. L'Etat régulera les relations contractuelles pour limiter les dépenses des ménages.

Le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) du secteur de la santé est un excellent outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources nécessaires en vue de la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Il devra jouer

véritablement son rôle. En outre, afin d'avoir une meilleure connaissance de la dépense nationale de santé et l'origine des financements, les comptes nationaux de la santé seront élaborés périodiquement.

(ii) Mobilisation des ressources additionnelles pour la santé

Il s'agira pour l'Etat, tout d'abord d'améliorer le recouvrement de ses propres recettes, d'allouer au moins 15% du budget de l'Etat au secteur de la santé.

Ensuite, il est nécessaire de renforcer les capacités des services techniques dans la mobilisation des ressources, notamment le fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose ainsi que l'initiative d'annulation de la dette multilatérale.

Les ressources supplémentaires mobilisées devront contribuer, entre autres, à la réduction des mortalités et morbidités spécifiques (maternelles, infanto juvéniles, etc.). Des mécanismes seront mis en œuvre en vue de l'amélioration de la coordination et du plaidoyer à l'endroit des partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé. Egalement, il est nécessaire de créer les conditions favorables à l'alignement des procédures des partenaires techniques et financiers sur les procédures de l'Etat en vue d'améliorer l'efficacité de l'aide publique au développement.

Les ressources mobilisées seront affectées prioritairement aux interventions à gain rapide.

Les collectivités territoriales devront augmenter leur contribution au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation administrative et mettre en place un mécanisme de contrôle et de motivation des agents collecteurs.

(iii) Amélioration de la coordination des interventions dans le secteur de la santé

Afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles et dans le souci de créer une synergie des interventions, il sera mis en place un cadre de concertation regroupant les responsables des projets et programmes ainsi que la direction chargée de la gestion du budget de l'Etat alloué au Ministère de la Santé.

En outre, le partenariat avec tous les intervenants en matière de financement de la santé sera renforcé en vue de mobiliser les ressources supplémentaires pour la mise en œuvre des stratégies sectorielles.

Dans le contexte de l'approche sectorielle, toutes les options possibles de financement seront encouragées. A terme, il s'agira de fédérer les interventions des partenaires techniques et financiers dans le panier commun.

4.5.2 Améliorer la gestion des ressources mobilisées

(i) Optimisation de la gestion des ressources financières mobilisées

Dans ce domaine et en vue d'augmenter les taux d'absorption des fonds consacrés à la santé, l'Etat devra améliorer ses propres procédures en les simplifiant et en les rendant plus efficaces. En outre, il devra maîtriser les procédures de gestion des partenaires techniques et financiers. Cela passe par le renforcement des capacités en gestion financière à travers les formations de base et les formations continues et en mettant l'accent sur la planification, l'élaboration et l'exécution du budget ainsi que sur l'utilisation des nouvelles technologies en gestion financière à tous les niveaux du système de santé.

L'Etat poursuivra également l'allocation équitable des ressources à tous les niveaux du système et en particulier pour le développement des districts sanitaires. A cet effet, des critères pertinents et transparents seront développés en s'inspirant de modèles existants au plan national, régional et international. Ils seront mis à jour périodiquement en cas de besoin.

De même, il encouragera la rationalisation des achats par des commandes groupées.

Les modalités d'utilisation des ressources générées par les formations sanitaires périphériques seront définies et révisées en cas de besoin.

Le cadre des dépenses à moyen terme, la revue des dépenses publiques et les comptes nationaux de la santé sont des outils complémentaires d'aide à la décision. Ils contribuent à une meilleure répartition des ressources dans le secteur de la santé. Ces outils seront régulièrement mis à jour.

(ii) Renforcement de la gouvernance économique

La gouvernance économique est un élément important de régulation du système de santé et conditionne l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources dans un contexte de rareté. Pour ce faire, elle sera renforcée par le suivi, le contrôle et les audits de la gestion des ressources matérielles et financières ainsi que la lutte contre la corruption.

La transparence dans les procédures de la dépense publique sera renforcée.

Les collectivités territoriales seront mises à contribution pour le suivi et le contrôle des différentes mesures prises par l'Etat.

Par ailleurs, il sera mis en place un mécanisme de régulation de l'offre, la demande et le financement dans la perspective du financement collectif des soins afin de réduire les dépenses de santé des ménages.

Les assurances communautaires doivent renforcer les capacités de leurs membres afin de jouer un rôle de contre pouvoir pour la négociation des tarifs préférentiels et de la qualité des prestations auprès des structures sanitaires.

Il en est de même pour les assurances privées dont les fourchettes de prestations, tout en respectant la loi du marché, devront obéir à des normes rationnelles référentielles

En vue de réduire l'asymétrie de l'information, la communication sera améliorée à l'endroit des usagers des services de santé sur leurs droits et obligations

4.5.3- Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé et plus particulièrement des pauvres et groupes vulnérables

(i) Promotion de la disponibilité de médicaments de qualité à moindre coût y compris les médicaments de la pharmacopée traditionnelle

Afin de promouvoir la disponibilité de médicaments de qualité y compris les médicaments de la pharmacopée traditionnelle à moindre coût, l'Etat encouragera les initiatives de modernisation de la production des médicaments de la pharmacopée traditionnelle et créera un environnement favorable à l'implantation des unités de

production de Médicaments Essentiels Génériques (MEG), de réactifs essentiels y compris les Anti Rétro Viraux (ARV).

Egalement dans sa politique d'importation des MEG, l'Etat encouragera la diversification des sources d'approvisionnement.

(ii) Réduction des coûts des prestations et des médicaments essentiels y compris les ARV

A ce niveau, il s'agira de maintenir les mécanismes de subvention et de réduction du prix des médicaments essentiels y compris les ARV, de veiller à la disponibilité des médicaments essentiels y compris les ARV, de s'assurer que la réduction des prix est répercutée au niveau des consommateurs et de mettre en place un mécanisme d'information large des populations.

Des initiatives seront développées pour réduire le coût des évacuations sanitaires à l'intérieur et à l'extérieur du pays.

En outre, il sera poursuivi la gratuité des soins préventifs et promotionnels, celle de la prise en charge de la tuberculose, de la lèpre, de la dracunculose, de la trypanosomiase et des cas dans les situations d'urgence comme les épidémies. La stratégie de subvention des accouchements et des soins obstétricaux d'urgence sera poursuivie.

D'autres modes alternatifs de paiement à l'acte seront développés et expérimentés.

(iii) Promotion des mécanismes de partage des risques en matière de santé.

L'Etat veillera à créer un environnement favorable pour le développement des mécanismes de partage des risques, notamment par la mise en place d'un cadre réglementaire et institutionnel.

Afin de garantir la viabilité et la pérennité des mécanismes de partage de risques maladie, des mécanismes de réassurance seront encouragés.

Les partenaires au développement seront sollicités pour l'appui aux initiatives sur la mutualité.

En matière de financement alternatif de la santé, les mécanismes de partage de risque maladie qui sont en développement dans certains districts seront encouragés sur l'ensemble du pays et mieux encadrés. A cet effet, le plan d'appui et le guide d'orientation élaborés seront mis en œuvre.

Par ailleurs, la prise en charge des personnes démunies dans les formations sanitaires publiques est également une priorité dans ce contexte de pauvreté. Les modalités de cette prise en charge seront définies dans un cadre multisectoriel.

(iv) Mise en place d'un système d'interventions sanitaires en faveur des groupes vulnérables

Il s'agira pour l'Etat et ses partenaires techniques et financiers dans le domaine de la santé, tout en accroissant le financement, de réviser les critères d'allocation des ressources en tenant compte du niveau de pauvreté des zones.

De façon opérationnelle, des programmes et projets spécifiques répondant aux besoins des populations pauvres seront mis en œuvre et des mécanismes de subvention et de réduction progressive des coûts des prestations des soins y compris ceux des médicaments seront développés. Cela passera par l'identification des besoins spécifiques des groupes vulnérables (personnes déplacées, PvVIH, personnes âgées...).

(v) Implication des pauvres et groupes vulnérables dans les décisions en matière de santé

L'Etat veillera à l'implication des groupes vulnérables dans les décisions de santé.

Cela pourrait se traduire notamment par une meilleure représentativité du genre dans les organes décisionnels.

Pour ce faire, les actions de sensibilisation des populations sur leur rôle dans la gestion des services de santé seront poursuivies.

4.5.4. Renforcer la recherche en économie de la santé

(i) Renforcement des capacités pour la recherche en économie de la santé

Cette stratégie visera à développer les compétences nationales en économie de la santé et en recherche en santé.

(ii) Promotion de la recherche sur le financement de la santé

Des thèmes pertinents s'inscrivant dans les priorités de recherche dans le domaine de financement seront proposés. La réalisation des études permettra la prise de décision basée sur les évidences.

De même, il s'agira d'appuyer et d'encourager tout type de recherche visant à améliorer le financement de la santé.

V. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

5.1. Facteurs défavorables

La mise en œuvre de cette politique de financement de la santé va se mener dans un environnement difficile caractérisé par la complexité du processus de la décentralisation, l'insuffisance des ressources internes du pays, la stagnation de l'aide publique au développement, une pauvreté généralisée de la population et un développement encore embryonnaire des mécanismes de partage des risques.

5.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la politique de financement de la santé dépendra beaucoup de la capacité du gouvernement d'améliorer les conditions de bonne gouvernance. Cela nécessitera un engagement soutenu des partenaires techniques et financiers, un renforcement institutionnel du Ministère de la Santé et la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de suivi et de contrôle à tous les niveaux.

5.3. Mécanismes de suivi et d'évaluation

Le cadre institutionnel mis en place pour le suivi de la mise en œuvre du PNDS, servira de cadre de référence pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la politique de financement de la santé.

Cette politique sera traduite en plans d'actions de mise en œuvre dont l'état d'exécution fera l'objet de rapports périodiques qui seront appréciés par l'organe de suivi. Des outils pertinents de suivi des financements seront développés. Ils seront utilisés pour la prise de décision en matière d'allocation des ressources aux différents niveaux du système de santé ainsi qu'aux domaines prioritaires de santé.

CONCLUSION

Elaborée suivant un processus participatif, la politique de financement de la santé complète les autres documents de référence ; elle est axée sur des objectifs spécifiques et des stratégies tenant compte des réalités nationales. Comme cadre d'orientation, elle sert d'instrument de mobilisation de ressources pour l'amélioration de l'état de santé des populations Burkinabé.

Pour qu'elles soient efficaces, les ressources doivent être utilisées rationnellement et dirigées vers les interventions à gain rapide.

La mise en œuvre réussie de cette politique dépend fortement de l'engagement soutenu de l'Etat et des différents intervenants dans le secteur de la santé et à tous les niveaux.