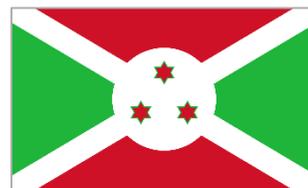


REPUBLIQUE DU BURUNDI



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

COMPTES DE LA SANTE AU BURUNDI 2012 – 2013

Avec l'appui de :



TABLE DES MATIÈRES

Liste de graphiques	2
Glossaire	3
Préface.....	4
Remerciements	5
Introduction.....	6
Objectifs des Comptes de la Santé	7
Contexte	7
Profil socio-economique.....	7
Profil épidémiologique	7
Système de santé	8
Financement du secteur de la santé	8
Méthodologie	10
Processus d'élaboration	10
Délimitations des Comptes de la Santé.....	10
Dimensions d'analyse.....	11
Les principaux agrégats	12
Sources des données.....	12
Réussites de l'étude	14
Limites de l'étude	14
Résultats	16
Dépenses courantes en santé	18
Investissements.....	26
Conclusion	27

LISTE DE GRAPHIQUES

Graphique 1 : Les flux financiers dans le système de santé au Burundi	9
Graphique 2 : Dépenses totales en santé comme % du PIB - 2013 - comparaison internationale	17
Graphique 3 : Répartition des dépenses par source de financement.....	18
Graphique 4 : Mécanismes de financement - 2013	19
Graphique 5 : Répartition des dépenses par type de prestataire	20
Graphique 6 : Répartition des dépenses par niveau de soins.....	21
Graphique 7 : Répartition des dépenses par type de soins	21
Graphique 8 : Sources de financement pour différents types de service - 2013.....	22
Graphique 9 : Financement des domaines de santé.....	23
Graphique 10 : Répartition des dépenses dans différents domaines de santé par type de soins - 2013	24
Graphique 11 : Dépenses des ménages par type de prestataire - 2013	25
Graphique 12 : Sources de dépenses sur les investissements	26

GLOSSAIRE

ARV	Antirétroviral
BDS	Bureau du District Sanitaire
BPS	Bureau Provincial de Santé
CAM	Carte d'assistance médicale
CDS	Centre de Santé
CHUK	Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
CS	Comptes de la Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DIS	Code pour classification des dépenses par maladie
DTS	Dépenses totales en santé
EAC	Communauté de l'Afrique de l'Est
FA	Code pour la classification des dépenses pour les agents de financement des soins de santé
FBP	Financement Basé sur la Performance
FBU	Francs Burundais
FOSA	Formation sanitaire
FP	Code pour la classification des facteurs de prestations des soins de santé
FS	Code pour la classification des revenus des régimes de financement des soins de santé
HC	Code pour la classification des dépenses par fonctions des soins de santé
HF	Code pour la classification des dépenses par régimes de financement des soins de santé
HP	Code pour la classification des dépenses par prestataires des soins de santé
INSS	Institut National de Sécurité Sociale
ISBLSM	Institutions sans but lucratif au service des ménages
ISTEEBU	Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
MFP	Mutuelle de la Fonction Publique
MII	Moustiquaire Imprégnées d'Insecticide
MSPLS	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/Sida
OBR	Office Burundais des Recettes
OCDE/ OECD	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PIB	Produit intérieur brut
PLN	Code pour la classification des dépenses par axes stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire II
PPA	Parité de pouvoir d'achat
SCS	Système des Comptes de la Santé
TB	Tuberculose
USD	Dollar Américain

PREFACE

Le gouvernement du Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), a adopté, depuis 2005, une série de réformes pour améliorer l'accès de la population aux soins de santé et pour augmenter la qualité des soins, y compris la gratuité des soins pour les femmes enceintes et qui accouchent ainsi que les enfants de moins de 5 ans et des soins préventifs, le financement basé sur la performance et l'introduction de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) renouvelée. Cependant, le financement du secteur de la santé reste une préoccupation du pays, ce qui justifie le suivi régulier des dépenses à travers les Comptes de la Santé (CS) réalisés depuis 2007.

Les CS de 2012-13 donnent une vue d'ensemble des principales tendances des dépenses de santé observées et leur allocation aux différents prestataires, services et domaines de santé. Le présent rapport montre une évolution favorable des dépenses totales en santé depuis 2010, l'année de l'étude précédente. Il permet l'identification du progrès déjà accompli mais aussi des défis d'allocation des ressources et le suivi des priorités des politiques de santé.

Les CS 2012-13 constituent le suivi le plus complet jusqu'à présent des dépenses dans le secteur de la santé et incluent de l'information sur les activités du gouvernement, de nos partenaires internationaux et nationaux ainsi que sur les dépenses des ménages. Nous voudrions donc remercier les partenaires techniques et financiers, les associations locales et les acteurs du secteur privé qui ont rendu possible l'élaboration de ces CS par la mise à disposition des données sur leurs dépenses dans le secteur de la santé en 2013.

Ce rapport, dont il me plaît de signer cette préface, constitue une base de décision pour les décideurs politiques ainsi que toutes parties prenantes dans le secteur de la santé et au-delà. En élaborant les CS 2012-13, le gouvernement se dote des moyens pour le renforcement de sa performance et, par conséquent, l'amélioration de l'état de santé de tous les Burundais.

Dr Sabine NTAKARUTIMANA

Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida

REMERCIEMENTS

L'élaboration des CS 2012-13 requis la participation de nombreux partenaires. Dans ce cadre, nous réitérons nos remerciements à l'endroit de l'OMS, la CTB, USAID à travers le programme PEPFAR et Abt Associates pour leur apport technique et financier.

Les travaux d'élaboration ont été menés par l'équipe technique sous la direction de Sublime Nkindiyabarimakurinda (Directeur de la Planification et du Suivi Evaluation des Politiques de la Santé), composé par Lydia Bukuru (Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi), Jacqueline Niyungeko (MSPLS), Ignace Ngabonziza (MSPLS) et Ruth Persian (MSPLS). L'équipe a bénéficié de l'appui technique infatigable de Karishmah Bhuwanee et ses collègues d'Abt Associates à travers le projet Health Finance and Gouvernance.

Le MSPLS est reconnaissant vis-à-vis du Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique, l'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques au Burundi et l'Office Burundais des Recettes. Il est aussi reconnaissant vis-à-vis des programmes et projets, et des services du MSPLS, d'autres ministères et institutions de l'Etat, la société civile, les secteurs privé et tous autres partenaires qui ont participé activement au processus d'élaboration de cette étude malgré leur charge de travail. Des contributions et commentaires précieux des membres du Groupe Thématique Ressources au MSPLS ainsi que des participants à la Revue Annuelle Conjointe du secteur de la santé 2014 ont permis à améliorer les analyses.

L'exercice des CS 2012-13 n'aurait pu être mené à bien sans le travail de l'équipe du MSPLS chargée de la collecte des données et de la saisie des données. Il s'agit de Rose Nitereka, Caritas Ndayihereje, Boniface Ngendakumana, Eugénie Barivuma, Cyrille Sindayigaya, Eulphride Mukerabirori, Béatrice Niyonkuru et Consolata Nahaniyo.

INTRODUCTION

La démarche d'élaboration des Comptes de la Santé (CS) trouve toute son importance non seulement dans le besoin d'informations financières fiables pour la prise de décision dans le secteur de la santé, mais aussi et surtout dans la nécessité de cerner l'ensemble des mécanismes de financement du secteur de la santé.

Le financement des soins de santé reste une préoccupation majeure au Burundi. Les décideurs sont de plus en plus conscients que pour rendre le système de santé plus performant dans un environnement en perpétuelle évolution, les réformes de santé publique doivent être basées sur des informations sur le financement de la santé ; d'où l'importance des CS. L'augmentation de la demande des soins, un profil épidémiologique changeant et la rareté des ressources nécessitent une allocation efficiente des ressources disponibles.

Néanmoins les défis demeurent au niveau du financement de la santé : l'existence de plusieurs mécanismes de financement de santé, la forte dépendance du financement extérieur, ainsi que le faible taux de mutualisation des risques. Pour faire face à ces défis, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS) a élaboré une stratégie de financement du secteur de la santé pour arriver à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Les CS retracent toutes les dépenses afférentes au système de santé d'un pays, depuis la source de financement jusqu'au service offert. Ils montrent la distribution des ressources selon plusieurs dimensions y compris la source de financement, les mécanismes de financement, les prestataires de services/soins de santé, les activités liées aux services / soins de santé et les maladies. Ces informations peuvent être utilisées comme des instruments permettant d'identifier des problèmes d'allocation des ressources afin d'améliorer la performance du système de santé. De plus, les informations obtenues peuvent servir à établir des comparaisons temporaires nationales et internationales. Ces comparaisons peuvent particulièrement être faites avec les pays ayant des caractéristiques économiques et socioculturelles similaires.

La présente étude est la troisième réalisée au Burundi, après celles de 2010 et de 2007. Elle présente une vue d'ensemble des principales tendances des dépenses de santé observées au Burundi en 2012 et 2013. Elle s'articule autour de deux grandes parties : la première partie présente la méthodologie utilisée et la seconde fait état des résultats des CS 2012-2013. Au niveau de la partie annexe de ce rapport se trouve une analyse détaillée des dépenses sur le VIH/Sida.

OBJECTIFS DES COMPTES DE LA SANTÉ

L'objectif principal de l'élaboration de cette présente étude des CS est de fournir une analyse précise, détaillée et complète des flux financiers dans le secteur de la santé au Burundi pour les années 2012 et 2013. Ces résultats seront utilisés, entre autre, pour :

- Fournir des informations pertinentes pouvant alimenter la nouvelle stratégie de financement de la santé ;
- Evaluer les progrès réalisés dans la diminution des paiements directs des ménages à travers les réformes de la mise en place de la Carte d'Assistance Médicale (CAM) et de la gratuité des soins ;
- Trouver des réponses aux questions des décideurs politiques, comme par exemple :
 - 1) Qui financent la santé et combien contribuent les différentes sources ?
 - 2) Quel sont les fonds disponibles pour la mise en place d'une couverture sanitaire universelle ?
 - 3) Quelle est la proportion des dépenses par niveau du système sanitaire ?
 - 4) Quel est le montant alloué aux différentes maladies/ domaines de santé ?
 - 5) Quelle est la répartition par source de financement pour ces maladies ?
 - 6) Où dépensent les ménages et pour quels services ?

CONTEXTE

PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE

Le Burundi est un pays à faible revenu avec un produit intérieur brut (PIB) par tête de 267 USD en 2013 et un taux de croissance annuel de 4,6%¹. La population s'élevait à 9,25 million habitants en 2013², et avec une densité démographique, des plus élevées en Afrique, de 332 habitants par km². La population des zones rurales constituent 88,5% de la population totale³. Cette population vit pour la plupart de l'agriculture et le secteur formel privé reste peu développé.

Le taux de fécondité s'élève à 6,1 enfants par femme (pour 2012) et le taux de croissance de la population est 2,4 % par an.

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE

L'espérance de vie à la naissance était de 54,10 ans en 2013. Les maladies qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité au Burundi sont le paludisme (40,1% de cas traités dans les Centres de Santé, CDS, et 25,2% dans les hôpitaux en 2013), les infections respiratoires (23,6% de cas traités dans les CDS et 11,36% dans les hôpitaux) et les maladies diarrhéiques (1,5% des cas dans les CDS et 5,3% dans les hôpitaux).⁴ La malnutrition chronique, avec une prévalence de 63,3%

¹ Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, 2014, Comptes de la Nation, Année 2012.

² Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi et Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique, 2013, *Rapport Des Projections Démographiques 2008-2030*, Bujumbura.

³ Toutes les données sauf mention contraire : Banque Mondiale, 2015, *Indicateurs du développement dans le monde*, <http://databank.banquemondiale.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx> (17 juin 2015), Washington, D.C..

⁴ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida, 2014. *Annuaire statistique des données des centres de santé et des hôpitaux pour l'année 2013*, Bujumbura.

parmi les enfants de moins de 5 ans⁵, le VIH/Sida, avec une prévalence de 1,0 % en 2013⁶, et la tuberculose restent aussi des préoccupations de la santé publique.

Le ratio de mortalité maternelle est élevé soit 500 décès pour 100.000 naissances⁷. Le taux de mortalité néonatale et le taux de mortalité parmi les enfants de moins de 5 ans restent également élevés avec un taux de 30 et de 85 décès pour 1000 naissances vivantes, respectivement, en 2013.

Bien que les maladies transmissibles constituent toujours les principales causes de morbi- mortalité, les maladies chroniques et non-transmissibles, tel que le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les cancers, deviennent de plus en plus importantes. Pour l'année 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que les maladies non-transmissibles sont à l'origine de 28% des décès⁸. Le Burundi souffre donc, de plus en plus, d'un double fardeau des maladies transmissibles et maladies non-transmissibles.

SYSTÈME DE SANTÉ

Le système administratif de santé est organisé selon une pyramide à trois niveaux : le niveau central avec les unités centrales du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida (MSPLS), le niveau intermédiaire composé de 17 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et le niveau périphérique avec 45 Bureaux des Districts Sanitaires (BDS).

Les soins de santé sont fournis au niveau national à travers cinq hôpitaux publics de troisième référence ainsi que plusieurs hôpitaux privés localisés à Bujumbura. Au niveau intermédiaire se trouvent trois hôpitaux régionaux ainsi que 49 hôpitaux de première référence (hôpitaux de districts et confessionnels). Le point d'entrée dans le système de soins est assuré par 893 CDS publics et privés en 2013. En plus, la population à Bujumbura et autres centres urbains a accès aux cabinets privés généraux et spécialisés selon leur choix.

FINANCEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

La graphique suivante montre les principaux flux financiers dans le système de santé. La récente Etude sur le Financement⁹ décrit en détail les mécanismes de financement de la santé et leur importance pour le financement du secteur. Cette étude a donné l'information nécessaire à l'élaboration des CS afin de capter toutes les dépenses du secteur. La graphique suivante présente les flux de financement de la santé du Burundi.

⁵ Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, 2012, *Enquête Démographique et Santé 2010*, Bujumbura, Burundi.

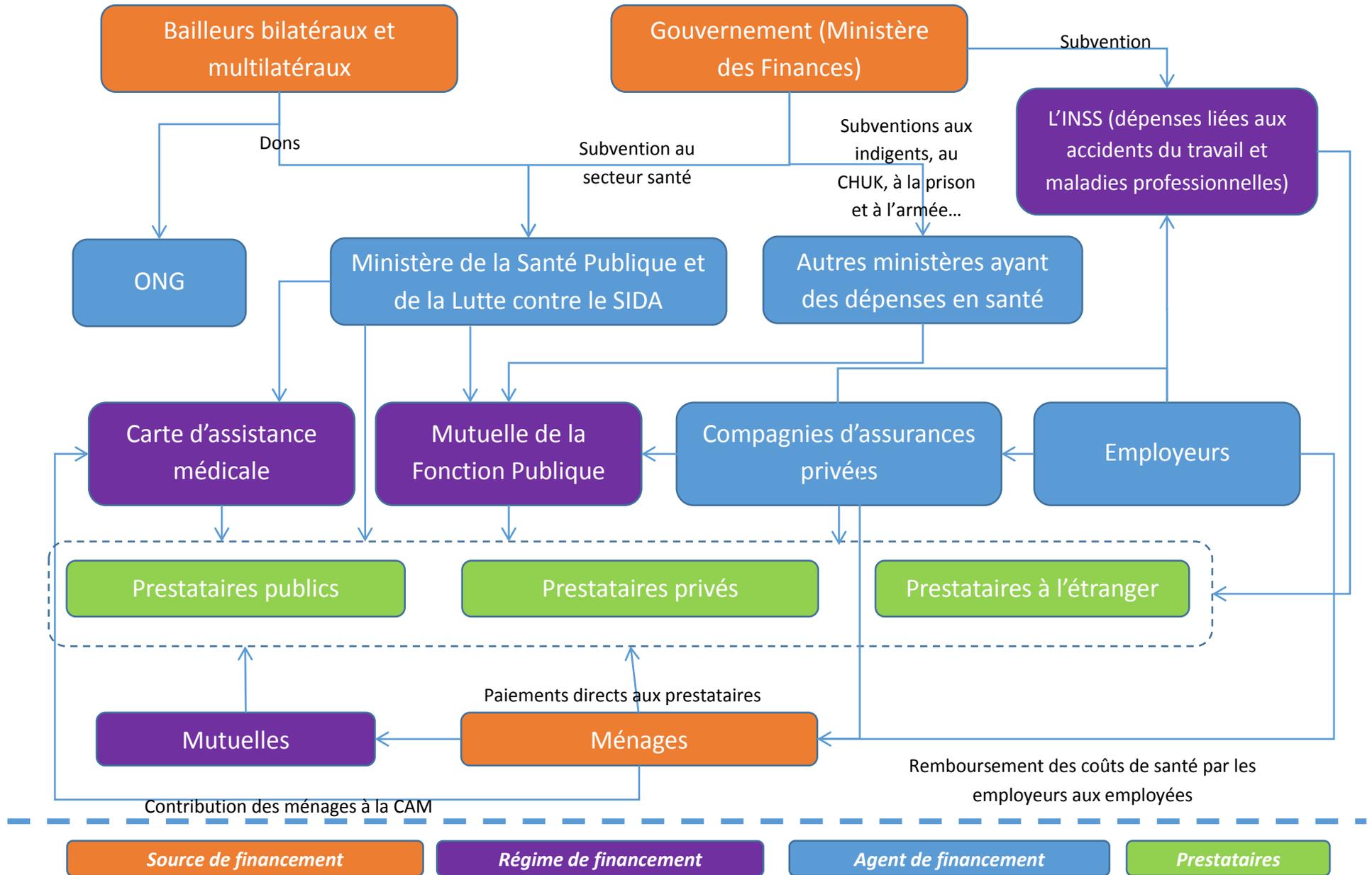
⁶ UNAIDS, 2014. *The Gap Report*, Geneva.

⁷ Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi, 2012, *Enquête Démographique et Santé 2010*, Bujumbura.

⁸ Organisation Mondiale de la Santé, 2015. *Maladies non transmissibles: profils des pays 2014. Burundi*, http://www.who.int/nmh/countries/bdi_fr.pdf?ua=1 (17 juin 2015)

⁹ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, 2014, *Etude sur le Financement de la Santé au Burundi*, Bujumbura.

Graphique 1 : Les flux financiers dans le système de santé au Burundi



MÉTHODOLOGIE

Les CS utilisent un cadre international pour le suivi des dépenses effectuées dans le secteur de la santé d'un pays pendant une période. Avec les CS 2012-2013, le Burundi utilise pour la deuxième fois le cadre du Système des Comptes de la Santé (SCS) 2011 pour la classification des données ; la première fois ayant concerné l'étude des CS 2010. Ce cadre a été élaboré par Eurostat, l'OMS (OMS) et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Il introduit des nouvelles classifications telles que les régimes de financement et la séparation entre les comptes d'investissement et les comptes courants¹⁰. L'équipe a, en plus du guide du SCS 2011, utilisé l'Outil de Production (NHAPT) des CS pour le traitement des données¹¹. Signalons ici que les CS 2007 au Burundi ont été élaborés en utilisant la version précédente du SCS, élaboré par l'OCDE en 2000. L'utilisation du SCS 2011 pour la classification des dépenses aide à faire une comparaison standardisée des dépenses dans le temps et entre les pays.

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Le processus d'élaboration des CS 2012-13 a commencé en avril 2014 avec la formation des cadres du MSPLS sur la méthodologie du SCS 2011 avec l'appui technique du projet de President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) « Health Finance and Governance ».

Cette session a ensuite été suivie par une collecte des données primaires et secondaires qui a duré 4 mois (mai à août 2014). Les données des bailleurs avaient été intégrées dans la collecte des données sur le financement des partenaires effectuée au premier trimestre 2014. Enfin, le processus de nettoyage, triangulation et analyse a commencé en septembre 2014. Les données ont été présentées au Groupe Thématique Ressources pour commentaires et feedback en décembre 2014. Les données une fois traitées ont été partagées avec certains producteurs de données afin de les valider.

DÉLIMITATIONS DES COMPTES DE LA SANTÉ

Les délimitations des activités de soins de santé sont définies comme suivantes :

Délimitation des soins de santé : Dans cette définition sont comprises toutes les activités « dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes » ou de la population en générale.¹² Des connaissances en santé/ médecine sont indispensables pour l'exécution de ces activités ou l'activité en question est la gouvernance ou l'administration du système et de ses activités.

Délimitation spatiale : Tous les biens et services de santé qui sont fournis pour l'usage final par des résidents du pays en question sont inclus dans les CS, même s'ils sont consommés à l'extérieur du pays (p.ex. l'évacuation médicale). Par conséquent, les exportations de biens et services de santé (fournis

¹⁰Cogswell, Heather, Catherine Connor, Tesfaye Dereje, Avril Kaplan, and Sharon Nakhimovsky, 2013, *System of Health Accounts 2011 What is SHA 2011 and How Are SHA 2011 Data Produced and Used?*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance project, Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2014/03/SHA-Brief.pdf> (17 juin 2015)

¹¹ L'outil de production a été conceptualisé et élaboré par l'OMS, l'USAID et le projet « Health Finance and Governance ».

¹² Organisation de Coopération et Développement Economique, Eurostat, Organisation Mondiale de la Santé, 2012, *Système de Comptes de la Santé 2011, Version abrégée*, p.13.

aux unités non résidentes), sont exclues, alors que les importations de biens et services de santé pour usage final par les résidents sont incluses.

Délimitation temporelle : La période concernée peut être l'année civile ou l'année fiscale. Les dépenses incluses dans le présent rapport sont celles effectuées du 1 janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2012 et du 1 janvier 2013 jusqu'au 31 décembre 2013.

DIMENSIONS D'ANALYSE

Pour les CS 2012-13, toutes les données collectées des sources primaires ou secondaires ont été classées selon les neuf dimensions de classification suivantes :

Les revenus des régimes de financement des soins de santé (FS) : On distingue les différents types de transactions que les régimes de financement utilisent pour la mobilisation de leurs revenus, p.ex. les transferts issus des revenus nationaux, les cotisations d'assurance sociale, les transferts financiers directs bilatéraux ou les revenus venant des ménages. Lié à la classification FS est la classification FS.RI qui repart les flux financiers selon les institutions qui versent des fonds à travers les différents régimes, p.ex. l'administration publique, les bailleurs bilatéraux et multilatéraux ou les ménages.

Les régimes de financement des soins de santé (HF) : Cette classification répond à la question à travers quel mécanisme de financement la population obtiennent les services de santé ; les régimes incluent les paiements directs des ménages, les régimes de l'administration (p.ex. à travers les soins gratuits), les assurances et autres. Les régimes sont classés selon les critères tels que la base de droit aux prestations, les cotisations obligatoires ou volontaires et le niveau de mutualisation des fonds.

Agents de financement (FA) : Les agents de financement sont les différentes institutions qui gèrent les différents régimes de financement, p.ex. l'administration centrale, les sociétés d'assurances, des Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) ou les ménages. Il s'agit du financement des services produits dans l'institution elle-même, de l'achat des services fournis par d'autres institutions ou du remboursement des coûts des services aux patients.

Les prestataires des soins de santé (HP) : Les prestataires sont les structures organisationnelles qui fournissent les biens et services, p.ex. les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoire et les agences étatiques de l'administration de la santé.

Les facteurs de prestations des soins de santé (FP) : Ce sont les intrants utilisés par les prestataires afin de fournir les biens et services, p.ex. la rémunération des employés (où l'intrant est le travail d'un individu travaillant dans le secteur de la santé), les produits pharmaceutiques ou des services sanitaires ou non-sanitaires.

Les fonctions des soins de santé (HC) : Ici, les dépenses sont classifiées selon le type de besoin qu'elles visent à satisfaire. On distingue par exemple les soins curatifs, les soins préventifs et enfin la gouvernance et l'administration du système de santé.

Domaine d'intervention (DIS) : Toutes les dépenses sont associées à une maladie/ condition spécifique ou utilisées pour le fonctionnement du système en général.

Axes stratégique du Plan National de Développement Sanitaire (PLN) : Cette classification a été développée pour l'élaboration des CS au Burundi. Toutes les dépenses sont associées à un des neuf axes stratégiques du PNDS 2011 – 2015.

LES PRINCIPAUX AGRÉGATS

Les CS sont constitués de trois principaux agrégats:¹³

Dépenses courantes en santé (DCS) : Il s'agit des « dépenses de consommation finale d'unités résidentes en biens et services de santé ».

Dépenses de formation brute de capital dans le système de la santé : Il s'agit de tous les investissements effectués « qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé ». La construction des bâtiments, l'achat des machines, des véhicules ainsi que les formations de longue durée (p.ex. formation de base des infirmiers) sont inclus ici.

Dépenses totales de santé (DTS) : la dépense totale comprend la sommation des deux précédents agrégats (DCS + formation du capital).

SOURCES DES DONNÉES

Pour les CS 2012-13, des données primaires et secondaires ont été collectées.

- I) **Données primaires :** Les données ont été collectées à travers des questionnaires conçues à cet effet. Les institutions suivantes ont été concernées :
 - **ONG nationales et internationales :** Sur 48 ONG contactées, 25 (2012) et 27 (2013) ont fourni de l'information sur leurs dépenses en santé.
 - **Entreprises publiques et privées :** Un échantillonnage des grandes entreprises (grands contribuables avec chiffre d'affaires de plus de 1 milliard de FBU par an selon la classification de l'Office Burundais de Recettes, OBR) a été effectué. La supposition sous-jacente est que les petites et moyennes entreprises n'ont pas de dépenses significatives en rapport avec la prise en charge de leurs employés. Sur 39 entreprises contactées, 28 ont répondu.
 - **Sociétés d'assurance et de sécurité sociale :** Cinq réponses sur 11 assurances contactées ont été obtenues, y compris la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) ainsi que l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS).
- II) **Données secondaires :**
 - **Bailleurs internationaux :** Les données sur les dépenses collectées au début de 2014 dans le cadre du suivi du financement des PTF ont été utilisées. Les données ont été transposées dans le format des questionnaires des CS. Les données de tous les neuf bailleurs multilatéraux contactés ainsi que celles de neuf sur dix bailleurs bilatéraux contactés ont été reçues.
 - **Dépenses des ménages :** les données sur les paiements directs des ménages viennent de l'enquête Paquet Minimum de Service (PMS) de 2012 (détails en-dessous)¹⁴.

¹³ Définitions prises de: Organisation de Coopération et Développement Economique, Eurostat, Organisation Mondiale de la Santé, 2012, *Système de Comptes de la Santé 2011, Version abrégée*, p.13.

¹⁴ MSPLS et ISTEEBU, 2014. *Enquête ménages pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du Paquet Minimum des Services de santé (Edition 2012). Rapport Final*, Bujumbura.

- **Dépenses de l'état** : L'information utilisée est celle sur les paiements effectués par le Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique à travers le budget de l'Etat pour les dépenses du MSPLS, du Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre (pour les dépenses sur les soins des indigents), du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (l'équipement et l'entretien du Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge (CHUK)), du Ministère de la Défense Nationales et des Anciens Combattants et du Ministère de la Sécurité Publique (les soins des membres de l'armée et de la police).
- **Utilisation des différents services dans les formations sanitaires (FOSA) et Etude des coûts de 2010**: L'information sur l'utilisation des soins curatifs dans les hôpitaux et CDS (Annuaire statistique de 2012/2013) a été utilisée pour arriver à des clés de répartition (détails en-dessous).

Avant l'analyse proprement dite, les données collectées ont été traitées, afin d'arriver à des données représentatives et complètes. L'une des méthodes de traitement des données utilisées pour corriger les données collectées est l'analyse et la suppression du double comptage des dépenses. En effet, la collecte des données des différentes sources pose le risque que certaines dépenses sont comptées deux fois. Ainsi, deux sources de double comptage ont été identifiées : (i) décaissements des bailleurs aux organisations non-gouvernementales (ONG) et des recettes rapportées par les ONG venant des bailleurs et (ii) dépenses des employeurs pour les assurances et les recettes rapportées par les assurances pour les dépenses en santé. Dans ces cas les données de l'entité plus proche de la dépense ont été considérées, c'est-à-dire les ONG et les assurances.

Les données des entreprises résultent d'un échantillon des grandes entreprises existantes au Burundi. Afin d'avoir le total des dépenses en santé effectuées par toutes les entreprises, les données collectées au niveau de 28 entreprises échantillonnées (2013) ont été extrapolé sur base du nombre d'employés et du secteur industriel. Les données collectées pour chaque entreprise ont été converties en dépense moyenne par employé pour chaque secteur industriel (commerce, agriculture etc.). Pour arriver au total des dépenses, la moyenne des dépenses en santé par individu a été multipliée par l'effectif total des employés dans le secteur (tirés de la base de données d'OBR).

Les dépenses des assurances devraient être stratifiées par le type d'assurance (p.ex. assurance santé, assurance d'auto, assurance de vie) et par le nombre d'assurées. Cette dernière pondération n'était pas possible pour les assurances à cause du manque de données sur le nombre d'assurés des assurances qui n'avaient pas répondu au questionnaire. Néanmoins, la plus grande partie des assurances de santé ont été captés. Car celles sont supposés être les plus grandes sources de dépenses en santé parmi les compagnies d'assurances, de ce fait il peut être supposé que la majorité des dépenses en santé des assurances a été capturée.

Les dépenses des ménages en santé ont été tirées de l'Enquête PMS 2012 et ont été traitées pour arriver à un montant total pour la population entière¹⁵. Les dépenses pour 2013 ont été obtenues en

¹⁵ Il est important de noter que les dépenses des ménages utilisés pour l'étude des CS 2010 ont été calculées basées partiellement sur la même source de données (pour plus de détails, voir le rapport sur les Comptes de la Santé 2010 (MSPLS, 2014)). La diminution dans les dépenses directes des ménages entre 2010 et 2012 est due à un réexamen des données plutôt

faisant une extrapolation tenant compte du taux d'inflation des biens et services médicaux et du taux de croissance de la population. Etant donné la structuration des questions posées dans l'enquête PMS 2012, quelques suppositions ont été nécessaires, qui sont précisés en Annexe D.

Les clés de répartition ont été nécessaires là où l'information détaillée, sur comment des fonds ont été dépensés, n'a pas été disponible pour toutes les dimensions de la classification. Les détails sur les clés de répartition utilisées se trouvent en Annexe D.

REUSSITES DE L'ÉTUDE

Cette étude des CS représente le troisième exercice au Burundi. Avec cette expérience, le MSPLS possède une équipe compétente et expérimentée dans la méthodologie SCS 2011, ainsi que l'analyse des données et l'élaboration des rapports.

Pour cette étude, l'équipe des CS a connu une bonne collaboration avec l'Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi (ISTEEBU) qui a été impliqué dès le début de l'exercice. L'équipe a bénéficié d'une formation initiale sur le SHA 2011 ainsi que dans le traitement des données.

Le secteur santé génère beaucoup des données secondaires, ce qui a facilité significativement la collecte des données. Par exemple, les études des coûts des prestations des services¹⁶, les données sur l'utilisation des services à travers le Système d'Information Sanitaire¹⁷, et les données des ménages à travers le PMS 2012 ont été utilisés dans l'élaboration des CS. Les parties impliquées dans la génération et la sauvegarde de ces données sont à féliciter et remercier. Une des leçons apprises est qu'il y a une pluralité des données déjà disponibles, mais qu'un défi pour le secteur de la santé reste l'utilisation de ces données pour une meilleure prise de décision.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les CS 2012 et 2013, en utilisant le cadre du SCS 2011, fournissent les analyses des dépenses les plus détaillées à ce jour. L'équipe a néanmoins rencontré des défis, qui consistent en limites légères de l'étude, à noter :

- Le faible taux de réponses des ONG contactées (46% pour 2012 et 50% pour 2013). La diversité des ONG en termes de leurs financements et activités rendrait une pondération difficile et inexacte. Pour cette raison, les données n'ont pas été pondérées pour arriver à un total plus exact. Néanmoins, la grande majorité des dépenses des ONG a été prise en compte, soit à travers les questionnaires, soit à travers les informations obtenues auprès des bailleurs. Les dépenses des ONG qui ne reçoivent pas de fonds des bailleurs internationaux et qui n'ont pas répondu au questionnaire sont sous-estimées mais non significants.

qu'à une diminution réelle. Le recalcul a été nécessaire comme il est devenu clair que l'ancienne interprétation des données brutes n'était pas correcte.

¹⁶Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA, 2012, *Etude des Coûts de Prestations des Soins dans les Formations Sanitaires Publiques au Burundi*, Bujumbura.

¹⁷Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le SIDA, 2013, *Annuaire Statistiques des Données des Centres de Santé et des Hôpitaux 2012 et 2014*, *Annuaire Statistiques des Données des Centres de Santé et des Hôpitaux 2013*, Bujumbura.

- Les réserves constituées par les FOSA sur les subsides FBP devraient être soustraits de la totalité des dépenses de santé au cours de l'année étudiée, à moins que ceux-ci soient dépensés au cours de l'année. Toutefois les données disponibles du Ministère de Finance considèrent seulement les transferts effectués à l'endroit des FOSA par le niveau central. Au cas où ces fonds aient été gardés sur les comptes des FOSA, leurs dépenses des fonds venant du gouvernement seront surestimées. Toutefois, les données disponibles ne permettent pas une telle analyse.
- Dans quelque cas, la non-disponibilité des données désagrégées a rendu les clés de répartition nécessaires. Ces dernières ont été calculées en utilisant les données sur la quantité et les coûts des services réellement utilisés. En outre ces clés ont été triangulées avec les sources des données internationales, tels que la base « CHOICE » de l'OMS. L'utilisation des clés de répartition donne des informations estimatives qui sont basées sur des suppositions et qui sont donc nécessairement moins exactes que des données collectées.
- Au moment de l'analyse des doubles comptage, les informations venant des bailleurs et des ONG ont été parfois très différentes. En dépit des efforts à appliquer certains critères pour le choix de la source à garder, il y a le risque des sous-estimations ou surestimation des dépenses venant des bailleurs.
- Les données récoltées n'ont pas toujours permis de faire une analyse détaillée des dépenses par niveau du système de santé (niveau central, BPS, BDS, hôpitaux, CDS, communauté).
- Les questionnaires fournis par le logiciel pour la collecte des données sont complexes et parfois difficile à remplir correctement et en plein détail. Cependant, l'équipe chargée de la collecte des données a fait le suivi en cas de besoin et a fourni des informations additionnelles.
- Etant donné que le logiciel utilisé se trouve encore dans un stade de développement, certains problèmes techniques ont fait trainer le travail.

Signalons que, comme déjà mentionné en-dessus, ces CS sont les plus complètes dans l'histoire des CS au Burundi. Les CS sont toujours une estimation – même une méthodologie beaucoup plus avancée que celle utilisée pour l'élaboration de la présente étude ne permettrait pas d'avoir des données qui sont 100% exactes. Il n'est pas possible (statistiquement) de calculer ces marges d'erreur ni pour les différentes sources de données ni pour les dépenses totales. La précision des CS pourra encore être améliorée quand, au fil du temps, la disponibilité et qualité des données augmentent. Les limites de l'étude ne restreignent pas l'importance de l'analyse pour la prise de décision.

RÉSULTATS

Dans cette section, les principaux résultats des CS 2012 – 2013 sont présentés. Des résultats plus complets peuvent être trouvés dans les tableaux en annexe B et C de ce rapport.

EVOLUTION DES DÉPENSES EN SANTÉ DANS LE TEMPS

Tableau 1 : Evolution des dépenses en santé

	2007	2010	2012	2013
Dépenses courantes en Santé (Millions FBU courant)	-	285.864	309.692	389.874
Dépenses d'investissement (Millions FBU courant)	-	18.331	18.139	40.596
Dépenses totales en Santé (DTS, Millions FBU courant)	147.116	304.195	327.830	430.470
Dépenses totales en Santé (Millions FBU réel, année de base : 2007)	147.116	201.815	164.876	190.826
Population¹⁸	7.805.498	8.487.650	8.981.318	9.249.336
DTS par habitant (FBU courant)	18.848	35.840	36.501	46.541
DTS par habitant (réel, année de base : 2007)	18.848	23.777	18.358	20.631
DTS par habitant (USD)	17,42	29,12	25,30	29,93
DTS comme % du PIB	10,03%	12,19%	9,19%	10,18%
% du budget de l'Etat alloué à la santé	5,30%	10,41%	9,95%	10,85%

Entre 2010 et 2013, il y a eu un accroissement remarquable dans les dépenses courantes en santé (DCS), qui sont passées de 286 milliards FBU en 2010 à 390 milliards FBU en 2013. Le même comportement s'observe avec les dépenses d'investissement qui sont passées de 18 milliards FBU à 41 milliards FBU pendant la même période. Cependant, tenant compte de la croissance de la population ainsi que du taux d'inflation, il devient claire que les dépenses totales en santé (DTS) par habitant en termes réels ont d'abord augmenté entre 2007 et 2010 de 18.848 FBU à 23.777 FBU et ont ensuite baissé pour atteindre 20.631 FBU en 2013, soit 29,93 USD. Les dépenses par habitant restent alors loin des 44 USD de DTS par habitant par an recommandé par le Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base^{19,20}.

La participation du gouvernement par le biais du budget alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté fortement de 5,3% en 2007 à 10,41% en 2010. Depuis 2010, cet indicateur n'a plus augmenté de façon significative et n'a pas encore atteint les 15% établis comme objectif dans la déclaration d'Abuja.

Cependant, les DTS comme pourcentage du PIB s'élèvent à 10,18% en 2013 (voir Tableau 1) et cet indicateur est donc plus élevé au Burundi que dans les autres pays avec un PIB comparable (voir

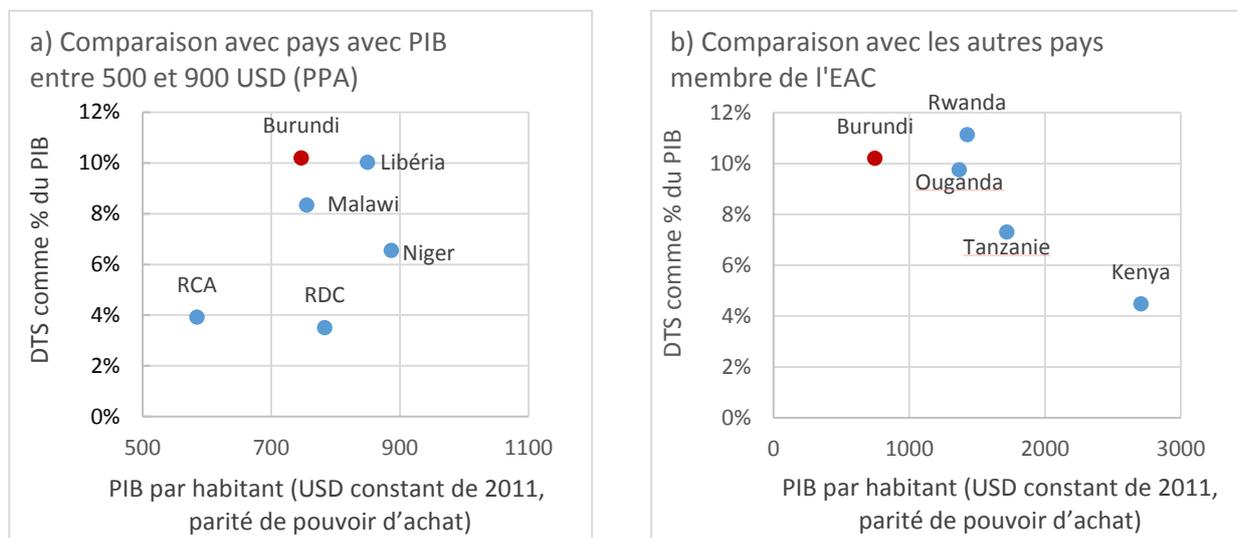
¹⁸ Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi et Ministère des Finances et de la Planification du Développement Economique, 2013, *Rapport Des Projections Démographiques 2008-2030*, Bujumbura.

¹⁹ Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2010, *Constraints to Scaling up and Costs – Working Group 1 Report*.

²⁰ Ce montant va augmenter jusqu'à 60 USD en 2015 pour tenir compte de l'inflation.

Graphique 2 a). En plus, au niveau de la Communauté de l’Afrique de l’Est (EAC), seulement le Rwanda dépense plus dans le secteur de la santé par rapport à son PIB que le Burundi (voir Graphique 2 b). Néanmoins, ce niveau élevé des dépenses ne se reflètent pas dans les indicateurs de santé de base : en comparaison avec les autres pays de l’EAC, le Burundi a l’espérance de vie à la naissance la plus basse et les taux de mortalité maternel, néonatal et des enfants de moins de 5 ans le plus élevé. Ce résultat peut être expliqué en tenant compte du fait que les autres pays ont des PIB par habitant plus élevé et donc des DTS absolues élevés par rapport au Burundi. En comparaison avec des pays Africains avec un PIB comparable, l’image est quelque peu différente : ici, le Burundi se place dans la moyenne en ce qui concerne les indicateurs cités ci-haut²¹. Ceci montre que les dépenses élevées en santé ne se traduisent pas automatiquement et dans l’immédiat dans une amélioration de l’état de santé de la population, mais qu’autres facteurs, comme l’histoire récente d’un pays et l’efficacité de l’utilisation des fonds dans le secteur jouent également un rôle important.

Graphique 2 : Dépenses totales en santé comme % du PIB - 2013 - comparaison internationale²²



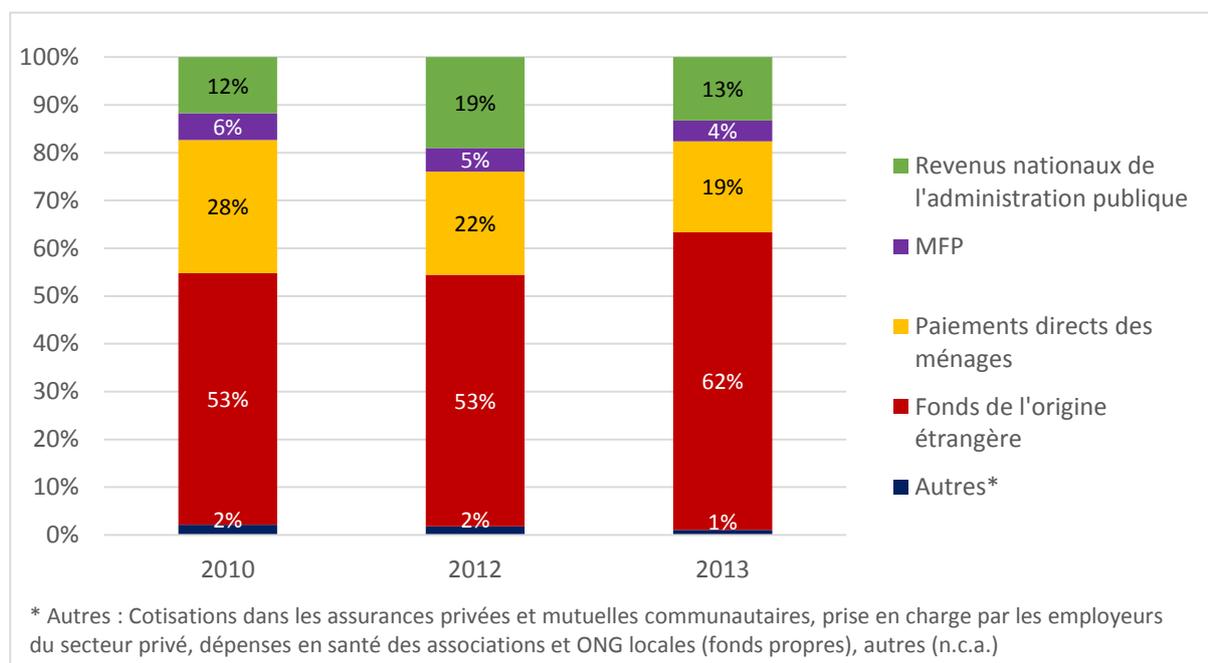
²¹ Données: Banque Mondiale, 2015, *Indicateurs du développement dans le monde*, <http://databank.banquemondiale.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx> (17 juin 2015), Washington, D.C..

²² Données pour tous les pays sauf le Burundi: Banque Mondiale, 2015, *Indicateurs du développement dans le monde*, <http://databank.banquemondiale.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx> (17 juin 2015), Washington, D.C..

DÉPENSES COURANTES EN SANTÉ

SOURCES DU FINANCEMENT DU SECTEUR

Graphique 3 : Répartition des dépenses par source de financement

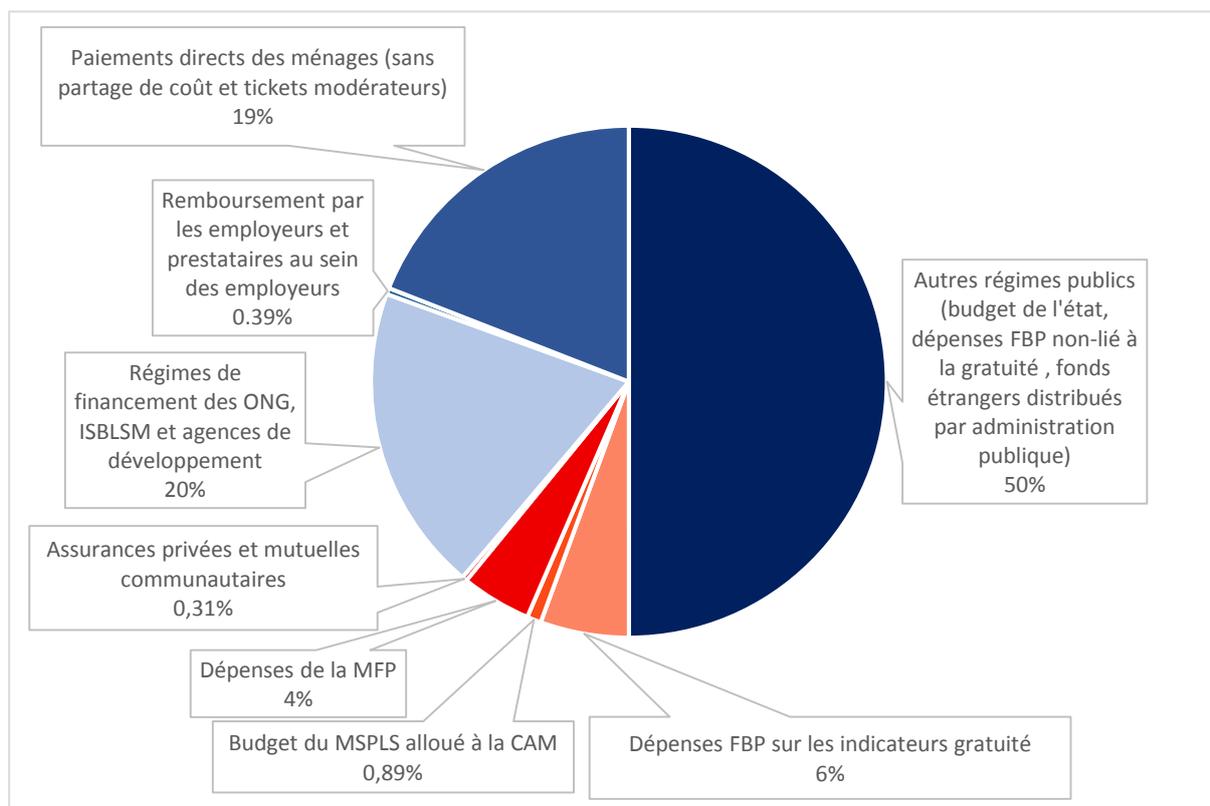


La Graphique 3 montre que, en 2010 et 2012, presque 55% des dépenses courantes de santé étaient de l'origine étrangère, soit venant des bailleurs bilatéraux, multilatéraux, des ONGs internationales, soit venant d'autres sources internationales. Il est aussi important de noter que l'appui budgétaire direct, environ 17% du budget de l'état, est inclut dans cette catégorie. L'importance des fonds de l'origine étrangère a augmenté en 2013, arrivant à 62 % de DCS. Les ménages comme sources des paiements directs (soit sous forme des tickets modérateurs, soit comme paiements sans partage de coûts) constituaient la deuxième source de financement du secteur. En 2013, ce mécanisme de financement a contribué 74 milliards FBU, soit 8 000 FBU par individu ou 37 722 FBU par ménage²³. L'importance relative des paiements directs des ménages a diminué entre 2010 et 2013. Cependant, cette diminution relative est principalement grâce à une forte augmentation des fonds venant de l'extérieur ainsi qu'à un réexamen des dépenses des ménages (voir section Méthodologie) qu'à une diminution réelle des dépenses des ménages. Les revenus nationaux de l'administration publique sont la troisième source des dépenses, avec 19% des dépenses en 2012 et 13% en 2013. La diminution relative est encore une fois due à l'augmentation des fonds de l'origine étrangère. Les dépenses de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) constituent environ 5% de DCS.

²³ Taille de ménage moyenne: 4,7; source: Ministère de l'Intérieur – Bureau Central du Recensement, 2008. *Recensement général de la Population et de l'Habitat du Burundi 2011, Volume 3 : Analyse, TOME 7 : Caractéristiques des ménages et des habitations*, Bujumbura.

REPARTITION DES DEPENSES PAR MECANISME DE FINANCEMENT

Graphique 4 : Mécanismes de financement - 2013

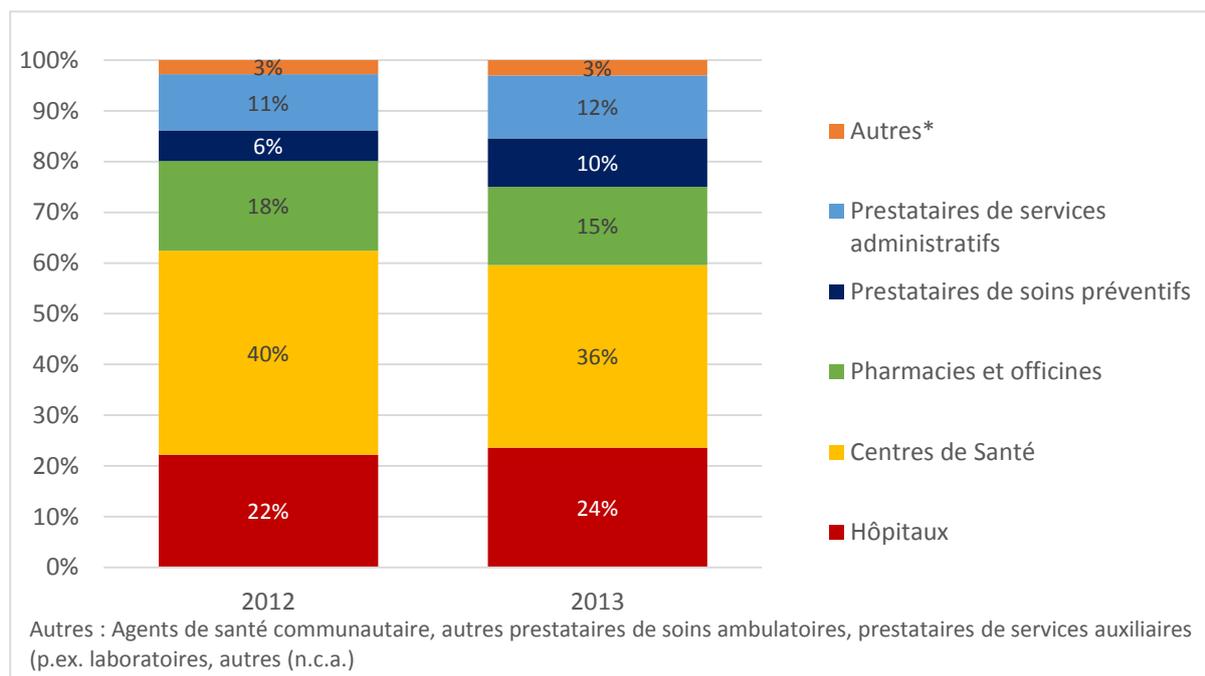


Quant à la mutualisation des risques liés aux dépenses en santé, le budget de l'état alloué à la CAM, les dépenses liés aux indicateurs de la gratuité dans le cadre du FBP, les dépenses des assurances privées et mutuelles communautaires ainsi que les dépenses de la MFP constituent en total seulement 11,16% de DCS. Les autres régimes du gouvernement, tel que les dépenses à travers le budget de l'état (à part des dépenses FBP/ gratuité) et les fonds d'origine étrangère distribuées par administration publique²⁴ s'élevaient à 50% de DCS en 2013. Les dépenses gérées directement par les ONG et ISBLSM ainsi que les agences de développement (cela inclut les bailleurs bilatéraux et multilatéraux) constituaient 20% du total des dépenses courantes. La contribution des régimes de financement des entreprises (bons de commande, structures des soins dans les entreprises, remboursement des dépenses en santé) sont négligeable à 0,39% de DCS. Il est à noter que le taux de mutualisation des risques à travers les prépaiements reste faible, à 5.2 % des DCS (assurances privés, assurances communautaires, la MFP et la CAM).

²⁴ Ces fonds incluent par exemple les dons en nature, tels que les vaccins ou contraceptifs, distribués par les FOSA publiques.

DÉPENSES PAR TYPE DE PRESTATAIRE DES SOINS

Graphique 5 : Répartition des dépenses par type de prestataire

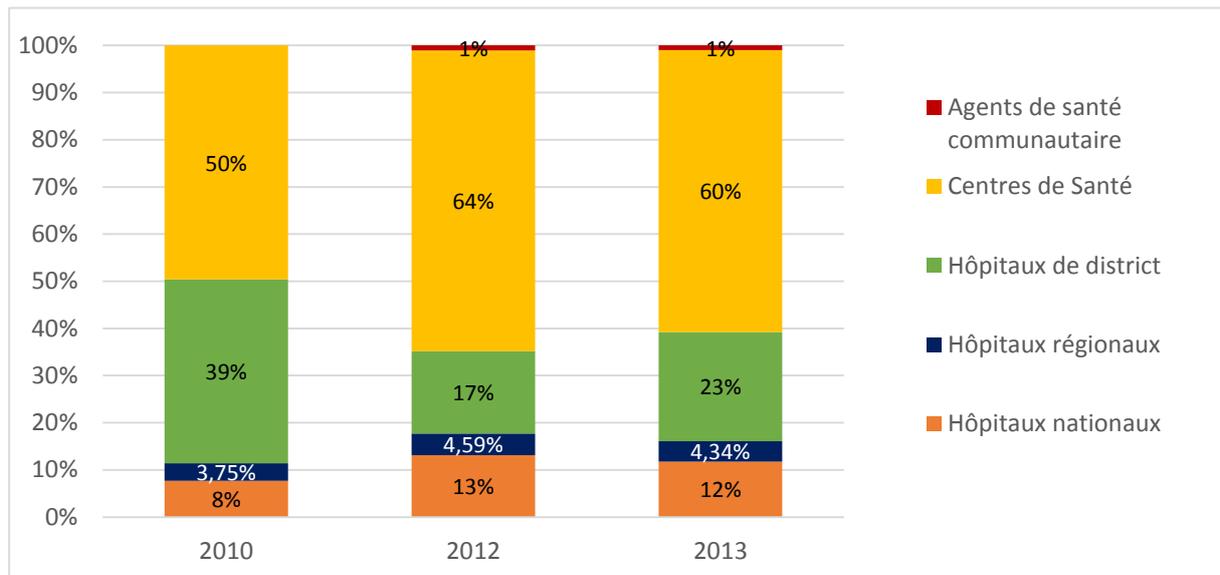


La plupart des dépenses en santé en 2012 et 2013 a été effectuée au niveau des CDS, avec 36% des DCS à ce niveau en 2013 (Graphique 5). Les hôpitaux viennent en deuxième place, avec 24% en 2013. 18% des DCS ont été effectuées dans les pharmacies ainsi que les officines des FOSA. Les prestataires de soins préventifs incluent principalement des ONG qui s'engagent dans la promotion de la santé et les soins préventifs. Les dépenses à ce niveau s'élevaient à 10% des DCS en 2013.²⁵ 12% des DCS ont été dépensés par les prestataires de services administratifs, qui incluent principalement les institutions administratives du gouvernement.

En ce qui concerne les dépenses au niveau des prestataires des soins de santé, comme en général, les CDS viennent au premier rang, comme indiqué en-dessus, avec 60 % de dépenses en 2013 (Graphique 6). L'importance des hôpitaux nationaux a augmenté de façon significative, soit 8% des dépenses à 13% des DCS entre 2010 et 2012, largement à charge des hôpitaux de district. Ces derniers ont reçu seulement 17% des dépenses au niveau des FOSA en 2012 et 23% en 2013, contrairement à 39% en 2010. Les dépenses au niveau des hôpitaux régionaux restent faibles avec moins de 5% de toutes les dépenses dans les FOSA. Les dépenses au niveau des agents de santé communautaire sont probablement sous-estimées comme les données qui peuvent être attribuées directement à ce niveau restent difficiles à collecter. Il est probable qu'une partie significative de ces dépenses sont classées comme dépenses au niveau des CDS.

²⁵ Note: Les CDS ne font pas partie des prestataires des soins préventifs, même quand ils sont engagés dans la fourniture des soins préventifs. Pour voir la partie des dépenses allouée aux soins préventifs, voir la Graphique 7. Pour la répartition des types de soins dans les CDS, veuillez consulter les tableaux en annexe à ce rapport.

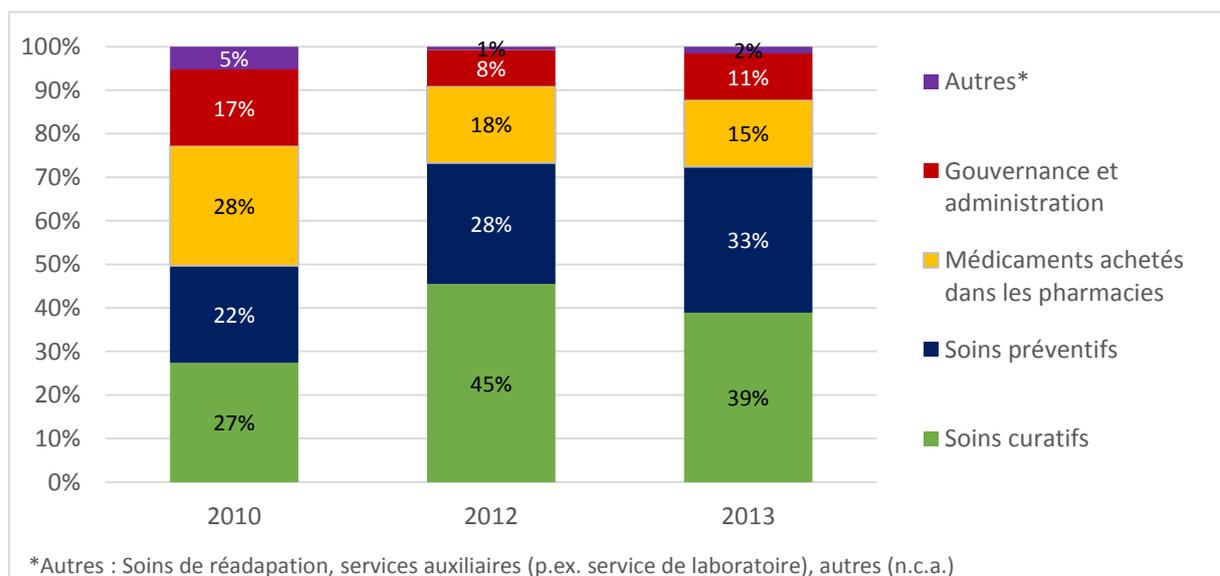
Graphique 6 : Répartition des dépenses par niveau de soins



DEPENSES PAR TYPE DE SERVICE

La plus grande partie de DCS, 45% en 2012 et 39% en 2013, a été allouée aux soins curatifs. L'importance des soins préventifs a augmenté progressivement de 22% en 2010 à 28% en 2012 et 33% en 2013. L'augmentation entre 2012 et 2013 est liée à l'augmentation des fonds de l'origine étrangère qui constituent la source principale des fonds alloués à la prévention des maladies et promotion de la santé. L'importance relative des dépenses sur les médicaments achetés dans les pharmacies et les officines des FOSA a diminué²⁶. Les dépenses sur les services administratifs, tels que la plupart des activités au niveau du MSPLS, s'enlevaient à 11% des dépenses courantes en 2013.

Graphique 7 : Répartition des dépenses par type de soins

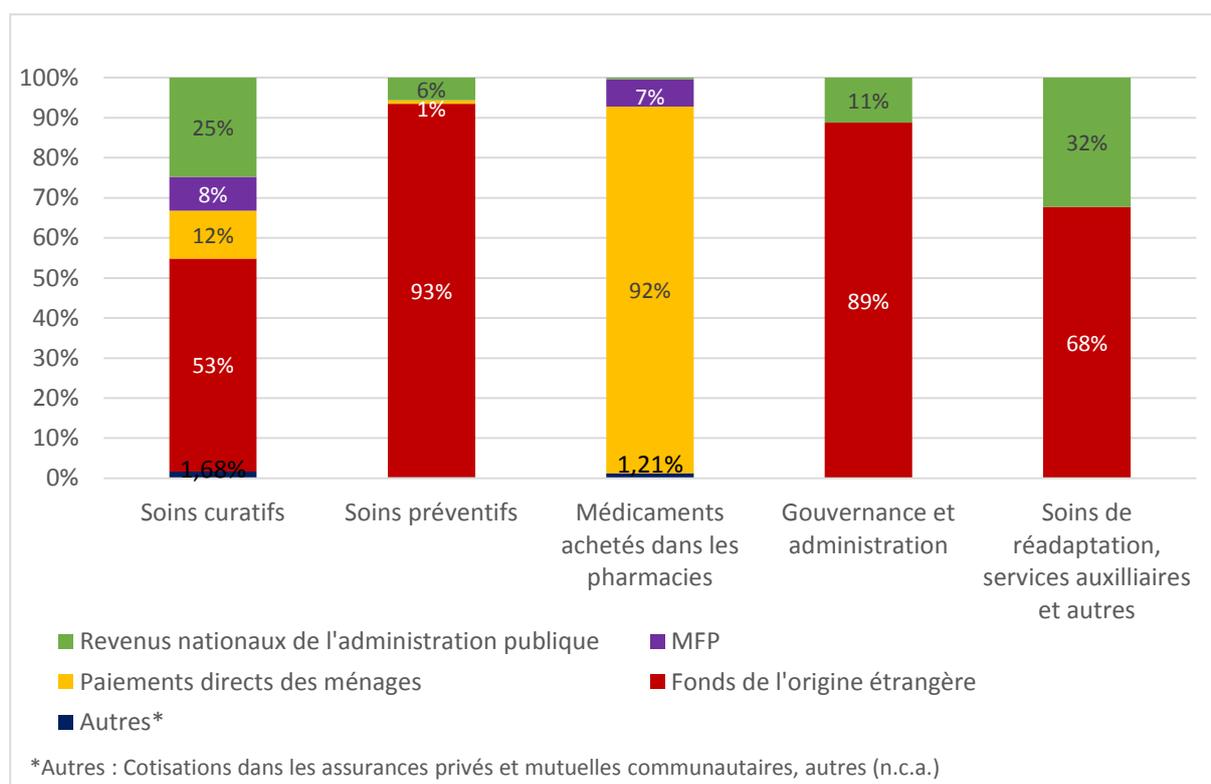


²⁶ Il faut noter que cette diminution est partiellement liée au réexamen des dépenses des ménages (voir partie Méthodologie)

SOURCES DE FINANCEMENT DES BIENS ET SERVICES

Les fonds de l'origine étrangère sont la source la plus importante pour tous les types de services sauf les dépenses en médicaments achetés dans les pharmacies et officines des FOSA (Graphique 8). Pour le dernier, les paiements directs des ménages constituent 92% du financement, avec le reste payé principalement à travers la MFP. Surtout les soins préventifs, y compris p.ex. les vaccins, les moustiquaires, les services de planning familial et les contraceptifs, sont quasi financés par les sources extérieures. La contribution du gouvernement est beaucoup plus forte dans le domaine des soins curatifs, où les revenus nationaux de l'administration publique s'élèvent à 25% des dépenses totales. Ce pourcentage est encore plus élevé pour le financement des soins de réadaptation et des services auxiliaires. Cependant, il faut tenir compte que cette catégorie constituait seulement 2% des dépenses courantes en santé en 2013 (voir Graphique 7). L'importance élevée des fonds d'origine étrangère pour l'administration s'expliquent par les programmes de renforcement du système sanitaire, qui se trouvent principalement au MSPLS.

Graphique 8 : Sources de financement pour différents types de service - 2013



DEPENSES ALLOUEES AUX DIFFERENTS DOMAINES DE SANTE

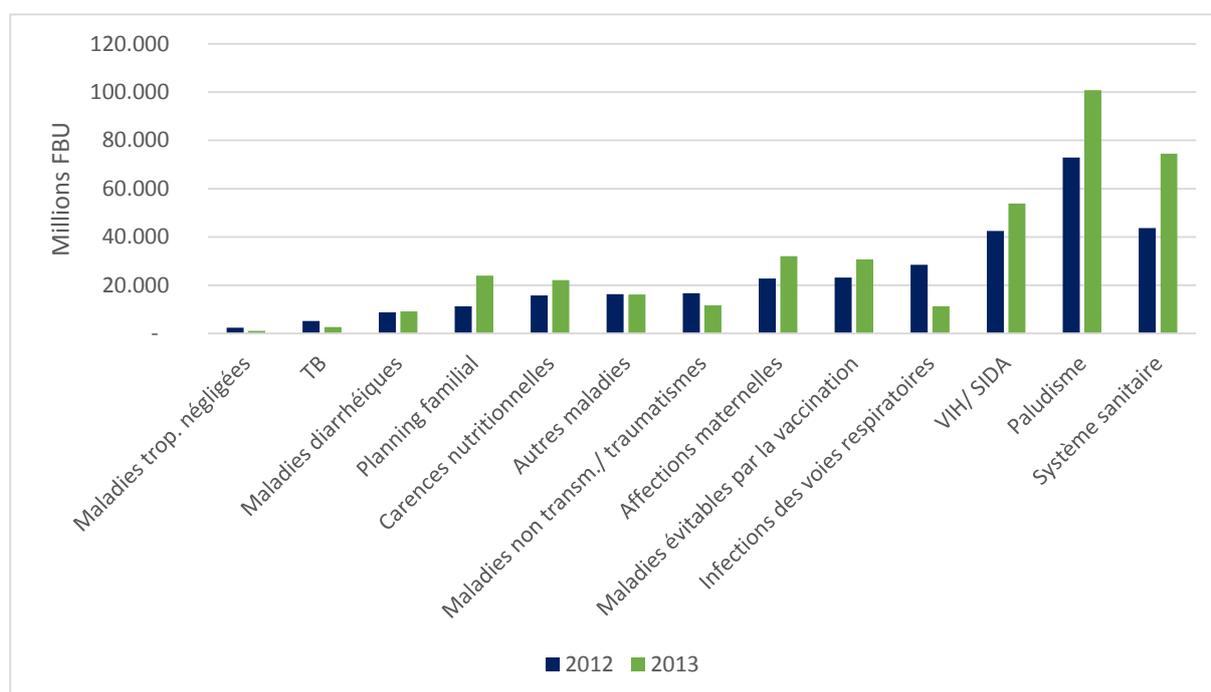
Pour comprendre les résultats sur l'allocation des fonds aux différents domaines d'interventions en santé, il faut noter qu'il y a deux différents mécanismes dans la méthodologie. Premièrement, les dépenses directement liées à un domaine de santé sont naturellement classées dans cette catégorie (exemple : les dépenses liées à l'achat des ARV sont classées dans le domaine VIH/Sida). Deuxièmement, les dépenses non directement liées à un domaine sont classées en utilisant une clé de répartition. Par exemple, les salaires des médecins œuvrant au niveau des hôpitaux ont été alloués aux différents domaines de santé en utilisant une clé basée sur les informations tirées des annuaires

statistiques sur les morbidités dans les FOSA ainsi que le coût des prestations (pour plus de détails, voir l'Annexe).

Selon la Graphique 9, le paludisme et le VIH/Sida sont les maladies pour lesquelles les montants élevés ont été dépensés, avec 54 milliards FBU alloués au VIH/Sida et 100 milliards FBU alloués au paludisme en 2013²⁷.

Les activités liées au système sanitaire en général ont consommé environ 74 milliards FBU en 2013, soit 19% de DCS. Ces dépenses incluent la plupart des activités au niveau administratif, sauf la majorité de dépenses dans les programmes du MSPLS, ce qui sont généralement liées directement à une maladie/ un domaine de santé.

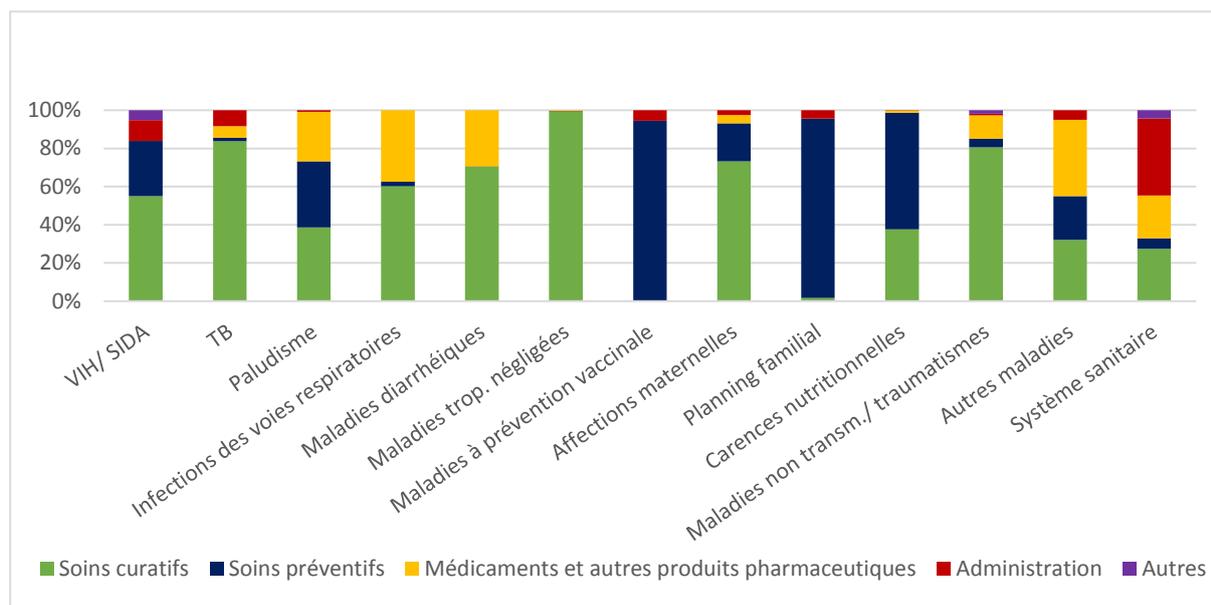
Graphique 9 : Financement des domaines de santé



²⁷ Il faut noter que la diminution des dépenses allouées aux infections des voies respiratoires est due au calcul des clés de répartition, qui sont basés sur les causes de morbidité et le nombre de consultations et hospitalisations. Même si le nombre de cas des infections des voies respiratoires dans les FOSA n'a pas diminué, les cas d'autres maladies ont augmenté plus fortement. L'importance relative des infections des voies respiratoires a donc diminué significativement et les dépenses allouées à ce groupe de maladies ont également baissé.

REPARTITION DES DEPENSES POUR LES MALADIES PAR TYPE DE SOINS

Graphique 10 : Répartition des dépenses dans différents domaines de santé par type de soins - 2013



Les dépenses dans certains domaines de santé, comme les maladies à prévention vaccinale, le planning familial et les carences nutritionnelles, sont par nature allouées principalement à la prévention des maladies. Pour d'autres domaines de santé, comme le VIH/Sida, la tuberculose, les infections des voies respiratoires et les maladies non-transmissibles, la plupart des dépenses sont liés aux soins curatifs (Graphique 10). En plus, les dépenses sur les médicaments achetés dans les pharmacies sont principalement liées au paludisme, les infections des voies respiratoires et les maladies diarrhéiques – causes principales de morbidité dans les FOSA²⁸. Les dépenses de prévention allouées à certaines maladies sont sous-estimés à cause de l'offre des services préventifs intégrés au niveau des FOSA qui rendre la désagrégation des dépenses difficile.

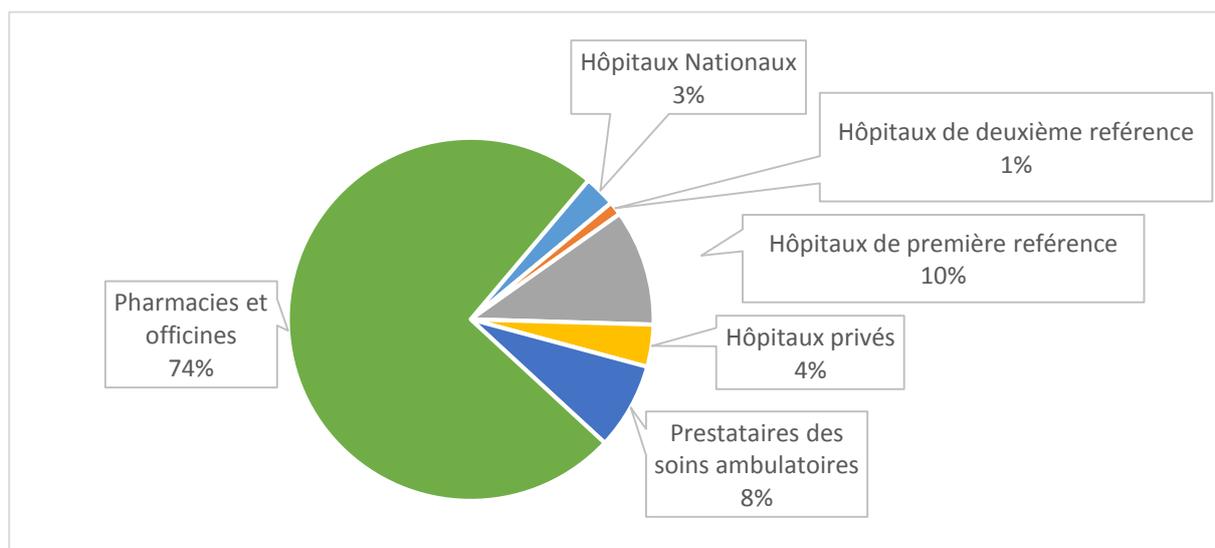
Il faut noter que certains produits pharmaceutiques comme les antirétroviraux (ARV), les antipaludiques, les vaccins, les contraceptifs ainsi que les MII sont presque exclusivement financés par les bailleurs. Pour les dépenses sur les ARV, la contribution du gouvernement s'élève à 7% des dépenses totales. Pour les vaccins, seulement 6% sont financés par le gouvernement (pour plus de détail, voir les tableaux dans l'Annexe B et C). Cependant, il est important à noter que cela concerne seulement les dépenses allouées directement aux produits pharmaceutiques mentionnés. Il y a des dépenses indirectement liées à ces produits, par exemple les salaires du personnel de santé distribuant les produits, qui sont pris en charge par l'état et autres acteurs nationaux.

²⁸ Cela peut d'ailleurs aussi expliquer la répartition des dépenses sur les médicaments, qui sont principalement les dépenses directs des ménages (voir Graphique 8) : les paiements directs des ménages ont été répartis selon les clés de répartition basé sur l'annuaire statistique du MSPLS.

REPARTITION DES DEPENSES DES MENAGES PAR PRESTATAIRE

Les paiements directs des ménages, sans partage du coût ou comme ticket modérateur, s'élevaient à 74 milliards FBU en 2013, soit 19% de DCS. Les dépenses dans les pharmacies ainsi que les officines des hôpitaux constituent 74% de ces paiements (Graphique 11). Les ménages allouent 8% de leurs dépenses directs aux prestataires des soins ambulatoires, une catégorie qui inclut les CDS ainsi que les cabinets médicaux privés, ainsi qu'environ 18% aux hôpitaux, dont la plupart aux hôpitaux de districts. Autrement dit, la grande majorité des dépenses directes des ménages sont pour les produits pharmaceutiques et biens médicaux.

Graphique 11 : Dépenses des ménages par type de prestataire - 2013

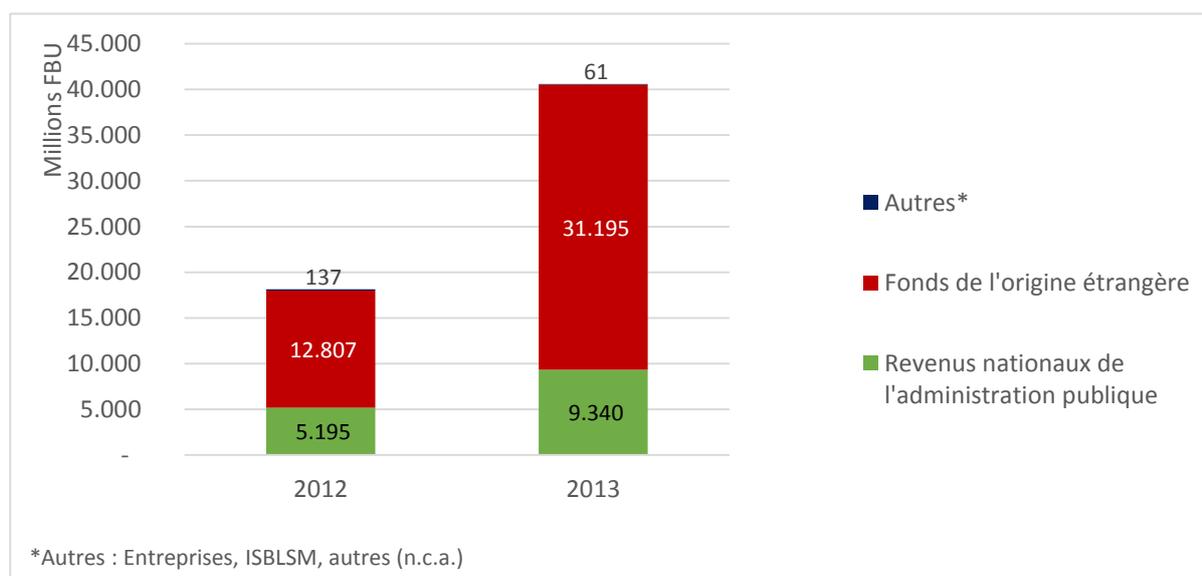


INVESTISSEMENTS

SOURCES DU FINANCEMENT D' INVESTISSEMENT

Les investissements ont plus que doublé entre 2012 et 2013, augmentant de 18 milliards à 41 milliards de FBU. Cet accroissement est dû à l'augmentation forte des contributions des bailleurs ainsi que des revenus nationaux de l'administration publique, qui ont également presque doublé et s'élevaient à 9 milliards FBU en 2013. La grande majorité de ces investissements a été allouée à la construction des hôpitaux ainsi qu'à l'achat des équipements médicaux (voir Tableaux dans l'Annexe B et C).

Graphique 12 : Sources de dépenses sur les investissements



CONCLUSION

Ce rapport présente les dépenses dans le secteur de la santé au Burundi en 2012 et 2013. Malgré une augmentation des dépenses totales en santé de 304 milliards FBU en 2010 à 328 milliards FBU en 2012 et 430 milliards FBU en 2013, les dépenses par habitant et en termes réels ont diminué de 23.898 FBU en 2010 à 21.045 FBU en 2013. Ce correspond à une dépense par habitant de 29,93 USD en 2013, restant loin des 44 USD recommandés par le Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base. Cependant, le Burundi dépense plus sur le secteur de la santé comme pourcentage du PIB que les autres pays avec un PIB comparable.

Les fonds de l'origine étrangère constituent la source de financement la plus importante, à hauteur de 53% et 62% des DCS en 2012 et 2013, respectivement. Les paiements directs des ménages, soit sous forme d'un ticket modérateur, soit comme paiement sans partage de coût, constituent la deuxième source de fonds, contribuant 19% aux DCS en 2013. Seulement 13% des DCS en 2013 étaient issus des revenus nationaux des fonds publics. Quant au financement du système sanitaire, 140 milliards FBU (2013), soit environ 45% des DCS, ont été dépensés au niveau des CDS, reflétant bien l'importance des CDS comme point d'entrée dans le système sanitaire pour les soins préventifs ainsi que les soins curatifs. L'importance des soins préventifs a augmenté de 22% des DCS en 2010 à 33% en 2013, conforme au rôle important confié à la prévention dans l'amélioration de l'état de la santé de la population. Le paludisme et le VIH/Sida sont les maladies pour lesquelles les plus gros montants ont été dépensés, tandis que les maladies tropicales négligées, la tuberculose, les maladies diarrhéiques et les maladies non-transmissibles ne reçoivent presque pas de financement. Cela peut être expliqué par un faible taux de morbidité en rapport avec ces maladies, par des coûts unitaires bas ou par faible priorisation de ces domaines dans les politiques de santé.

Le financement du secteur santé est insuffisant afin d'assurer un paquet minimum des services. Ce qui engendre que les prestataires du secteur de santé évoquent souvent un gap financier. La forte dépendance du financement du secteur aux sources extérieures pose un risque pour la prévisibilité des revenus et, par conséquent, pour une planification stratégique et opérationnelle fiable. Un suivi des ressources prévues pour le secteur est donc essentiel pour améliorer la planification.

La faible importance des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques comme par exemple la CAM, les mutuelles communautaire, la MFP et les assurances privées ainsi que le niveau élevé des dépenses directes des ménages avec, en moyenne, 37 772 FBU par ménage par an, pose un risque économique lié au dépenses catastrophique et empêchent des individus d'accéder à des soins de santé de qualité.

La mutualisation des risques à travers les prépaiements pourrait réduire le fardeau pour les ménages en convertissant des paiements élevés et non-planifié au moment des besoins des services de santé vers les paiements abordable et réguliers. En outre, un tel système peut protéger les ménages les plus pauvres et les plus malades qui seront subventionné par les ménages les plus aisés. Le faible taux de mutualisation à travers les prépaiements devra être pris en compte pour une bonne conceptualisation de la nouvelle stratégie de financement. Les dépenses significatives des ménages pour les produits pharmaceutiques ont aussi des implications sur le paquet de services qui seront recommandé dans la stratégie.

Pour donner un accès aux soins de santé de qualité pour toute la population burundaise, le gouvernement et tous les autres acteurs dans le secteur de la santé doivent augmenter leurs contributions financières et, en même temps, trouver des mécanismes de mutualisation des risques.

Pour évaluer l'allocation spatiale des dépenses de santé, il serait nécessaire d'effectuer des analyses des dépenses par province. Cependant, avec les données disponibles pour le moment, une telle analyse n'est pas possible. Il serait donc souhaitable que les acteurs du secteur se coordonnent afin de collecter des données qui permettent d'analyser les dépenses selon les provinces pour l'élaboration des futurs CS.

Basée sur les résultats de ce rapport, les recommandations suivantes sont formulées :

Au MSPLS et au gouvernement en général :

- élaborer et de mettre en œuvre la stratégie de financement pour pérenniser le financement du secteur, diminuer l'importance des paiements directs des ménages ainsi que augmenter le rôle des mécanismes de prépaiement et de la mutualisation des risques
- institutionnaliser l'élaboration des CS tel qu'ils sont élaborés régulièrement avec la participation des tous les acteurs du secteur de la santé.

Aux partenaires techniques et financiers du gouvernement du Burundi :

- aligner leurs activités et appui financier aux priorités nationales et maintenir et, où possible, étendre l'appui financier ;
- mettre à la disposition du MSPLS les données sur leurs décaissements et budgets, aussi par rapport à la répartition géographique ;
- appuyer l'institutionnalisation et l'élaboration régulière des CS par l'assistance technique et financière.