

Gratuité Sélective & Financement Basé sur la Performance au Burundi :

Une opportunité d'améliorer l'Offre des Services, en particulier pour la Santé de la Reproduction

Personne de contact :

Dr Jean KAMANA

Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA,
Cellule Technique Nationale Financement Basé sur la Performance

Email : jkamana54@yahoo.fr

Téléphone : +257 77 755 804

Contexte et diagnostic de départ

Ces dernières années, de nombreux pays africains ont adopté des politiques de gratuité des soins de santé pour accélérer l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment l'OMD 5 (Meessen et al. 2009). Le Burundi en fait partie et, en 2006, il a adopté une politique de gratuité des soins ciblée aux accouchements et enfants de moins de cinq ans. Dès le début, la mise en œuvre de cette politique a été handicapée par des faiblesses liées à un système de santé encore en rétablissement post-conflit. Ceci a entraîné des retards répétés de remboursement des formations sanitaires par le Gouvernement, des facturations indues (absence d'un système de vérification), la surcharge de travail du personnel de santé (suite à l'utilisation accrue des services de santé, mais aussi à un surplus de tâches administratives) et une démotivation du personnel de santé. Des problèmes similaires ont été observés dans d'autres pays d'Afrique sub-saharienne ayant adopté des mesures similaires de gratuité (Meessen et al. 2009).

Pour remédier à ces problèmes et profitant des résultats encourageants des expériences pilotes de financement basé sur la performance (FBP) en cours dans certaines provinces, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA (MSPLS) ainsi que les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont convenu de rembourser le paquet de soins gratuit à travers des mécanismes de financement basé sur la performance à partir d'avril 2010.

Présentation de la stratégie

Le FBP est une stratégie de financement de la santé basée sur les résultats (output, performance) (Eichler & Levine 2009) qui se matérialise par une relation contractuelle entre les différents acteurs du système de santé. Il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins reçoivent tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement avec une faible obligation de résultats.

Le FBP tel que mis en œuvre en Afrique, consiste à rémunérer les services de santé sur base d'une part, d'un tarif forfaitaire par activité contractualisée (voir annexe 1) et d'autre part, d'indices résumant différentes dimensions de qualité (*Exemples : présence de matériel et produits médicaux de base pour la prise en charge des cas dans différents services telle que la table d'accouchement et*

*utilisation correcte du partogramme en maternité par exemple..., les conditions d'hygiène et salubrité en milieu sanitaire, présence de personnel qualifié etc....).*¹

Dans ce système de financement, le niveau central détient un pouvoir fort par son contrôle des barèmes de remboursement et la centralisation des moyens financiers. Une certaine autonomie est par contre laissée à chaque structure de santé pour mettre en œuvre des stratégies novatrices pour servir plus de patients (dans le respect des normes sanitaires nationales et internationales). Ce système, s'il est nouveau pour l'Afrique, est assez proche de solutions adoptées de longue date dans les pays à revenu élevé. Les accents sont toutefois mis ailleurs, vu que les priorités sanitaires sont spécifiques.

A ces qualités génériques, le Burundi a ajouté deux innovations : (1) le remboursement est orienté en grande partie vers les services offerts gratuitement à la population² et (2) le système favorise une distribution équitable des ressources entre provinces par une différenciation des barèmes de remboursement en fonction de la pauvreté, de la densité et de l'éloignement de la province. C'est donc une stratégie avec de grandes qualités en matière d'allocation des ressources en faveur des groupes les plus vulnérables. Le fait que le FBP soit couplé à la politique de gratuité fait que la santé de la reproduction soit particulièrement prise en compte, en termes d'indicateurs (voir annexe 1, pour les activités rémunérées), mais aussi de paiements aux formations sanitaires.³

La stratégie « gratuité & FBP » adoptée par le Burundi se veut systémique. Elle poursuit plusieurs objectifs: (i) améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population ; (ii) améliorer les mécanismes de vérification et de remboursement des prestations du paquet de soins gratuit en faveur de la femme enceinte et des enfants de moins de cinq ans ; (iii) motiver et stabiliser le personnel de santé ; (iv) inciter le personnel de santé à travailler dans les structures de soins périphériques ; (v) renforcer la gestion, l'autonomie et l'organisation des structures de santé ; (vi) améliorer la redevabilité générale du système, y compris en prenant en compte le point de vue des bénéficiaires dans la gestion et la résolution des problèmes de santé (Basenya et al. 2011).

Cet objectif de renforcement des systèmes de santé est notamment assuré par une sélection large d'indicateurs (éviter de se concentrer sur 1-2 problèmes de santé), par une centralisation de la fonction d'achat (éviter que les programmes ou PTF multiplient des canaux parallèles pour acheter 'leurs' indicateurs), par une réflexion holistique sur les différentes fonctions du système (avec un souci de confier chaque fonction à l'acteur le plus efficace mais aussi d'éviter les conflits d'intérêt) et par une implication des différentes parties prenantes dans la gouvernance du système. Le FBP est donc bien plus qu'un simple mécanisme de paiement ; c'est une excellente

¹ Chaque trimestre, un bonus de qualité équivalent à 25% des fonds reçus sur la quantité le trimestre précédent est attribué aux FOSA ayant obtenu un score de qualité supérieur ou égal à 70%. Cette prise en compte de la qualité dans la rémunération envoie un signal fort au personnel quant à l'importance de veiller également la qualité des soins et des services.

² Ils couvrent 48% des paiements aux formations sanitaires sur les 12 premiers mois de l'expérience nationale (MSPLS, 2011).

³ La santé de la reproduction correspond à 33% des paiements aux formations sanitaires sur les 12 premiers mois de l'expérience nationale (MSPLS, 2011).

porte d'entrée pour enclencher des réformes importantes du système de santé (Meessen, Soucat & Sekabaraga 2011).

Comment est-on sûr de la pertinence et de réalité des activités rémunérées?

Comme tout mode de paiement, un paiement à l'output a des avantages et des inconvénients. Si le FBP introduit une incitation forte, au niveau des formations sanitaires, à être entreprenant, il peut introduire aussi un incitant à délivrer des services inappropriés ou même à rapporter des activités fictives.

Le premier risque est géré par une sélection raisonnée des indicateurs à rémunérer. On évite par exemple de rémunérer des prestations pour lesquelles le caractère approprié est difficile à évaluer rétrospectivement. Le FBP ne rémunère pas par exemple les actes de laboratoire, connus pour être principalement déterminé par le prescripteur médical. Ce problème est aussi géré par une attention aux barèmes relatifs ; on veillera par exemple à ce que la césarienne ne soit pas trop rémunératrice (par rapport à un accouchement par voie basse).

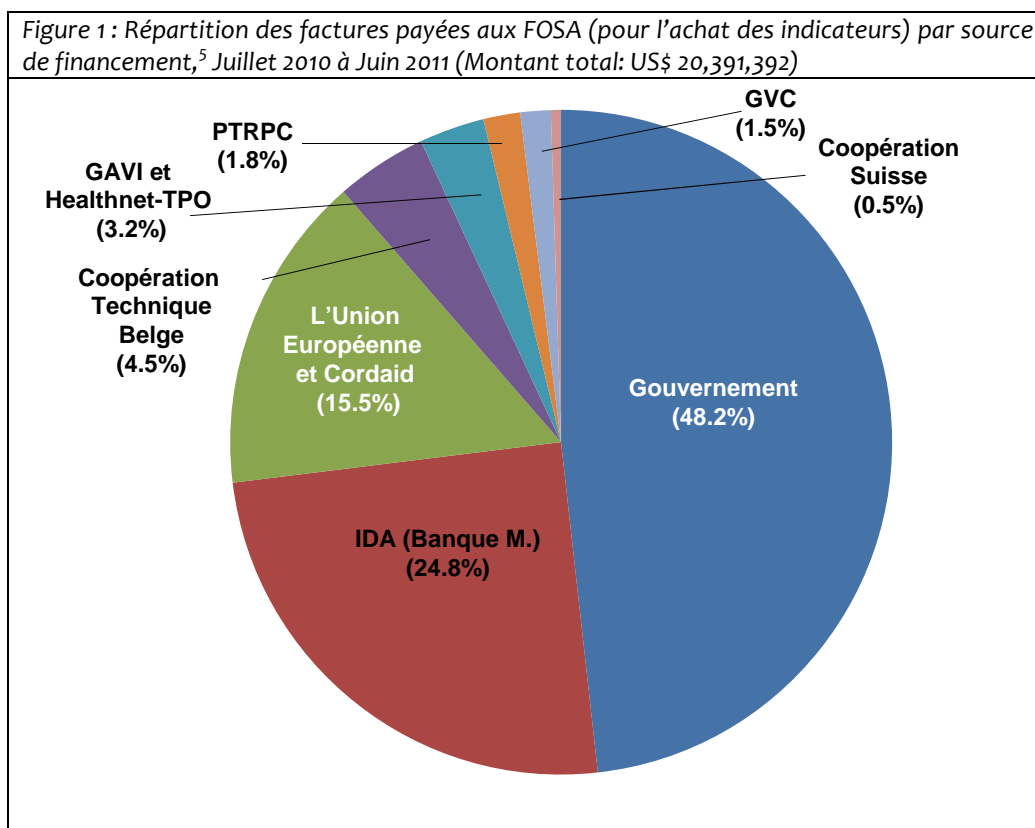
Le second risque est géré par une attention importante à ce qui est appelé la fonction de vérification. Le modèle de FBP au Burundi comporte un système de vérification de quatre types : (i) la vérification quantitative des prestations des formations sanitaires (FOSA) réalisée une fois par mois par des Comités Provinciaux de Vérification et de Validation à composition multisectorielle incluant les organisations de la société civile; (ii) l'évaluation de la qualité technique des prestations effectuée une fois par trimestre par les Bureaux Provinciaux de Santé et les Bureaux de Districts Sanitaires au niveau des centres de santé et par les pairs au niveau des hôpitaux ; (iii) la vérification communautaire réalisée une fois par trimestre par des associations locales à travers des enquêtes communautaires (elle a pour objectifs d'authentifier les prestations déclarées par les formations sanitaires et de mesurer le degré de satisfaction de la population) ; (iv) la contre-vérification qui est réalisée une fois par trimestre par un organisme externe indépendant (il s'agit de vérifier, de façon aléatoire, la rigueur de l'ensemble du système, y compris du travail des différentes étapes de la vérification) (MSPLS 2010).

Ce système de vérification et de contre vérification permet donc de rembourser des prestations réellement effectuées dans des conditions de qualité acceptables et de réduire le risque de notification de données incorrectes au système d'information sanitaire. De façon intéressante, il a été noté que le FBP renforce en fait la rigueur du rapportage générale dans le système de santé et la complétude du rapport (les formations sanitaires ne peuvent être payées qu'après avoir communiqué leurs chiffres !).

Sources de financement et gestion centralisée des ressources financières

La politique de gratuité & FBP du Burundi est financée par différents acteurs. A la date d'aujourd'hui, le budget est approximativement de 2.41 USD par habitant. Le premier contributeur est le gouvernement du Burundi via son budget national. Deux autres contributeurs importants sont la Banque Mondiale/IDA et la Commission Européenne. Mais le système a aussi séduit d'autres partenaires techniques et financiers couramment spécialisés pour d'autres types d'interventions (sur une province ou sur un problème de santé particulier) (voir figure 1).

Pour gérer ces contributions multiples, une solution internet centralisée a été mise en place.⁴ Cette plateforme permet aux provinces d'encoder les prestations de leurs formations sanitaires et d'analyser leur performance par rapport aux objectifs fixés, (ou par exemple aussi, en comparant les formations sanitaires de la province entre elles, et/ou en se comparant avec les autres provinces du pays), mais assure plus fondamentalement deux fonctions cruciales : (1) une facturation automatisée aux différents financeurs et (2) la gestion réactive et prévisionnelle de l'ensemble du budget. La plateforme génère également une base de données précieuse pour des analyses de santé publique ou de prévisions budgétaires à moyen terme. Cet outil prévoit en outre une interface Web destinée à faciliter les échanges d'informations entre les acteurs du système en particulier et à assurer la communication de masse d'une manière générale.



Chaque mois, la cellule technique nationale émet la facture spécifique à chaque financeur qui s'est engagé à soutenir la stratégie. Reste ensuite à chaque financeur à assurer le virement de ses propres paiements directement sur les comptes en banque des formations sanitaires qu'il soutient.

Cette innovation est considérée par de nombreux experts comme la réalisation d'un panier commun, mais avec des qualités inédites (par rapport par exemple aux modalités classiques des

⁴ <http://fbpsanteburundi.bi/bddfbbp>

⁵ GAVI = Global Alliance for Vaccines and Immunization; GVC = Groupe de Volontariat Civil (Dénomination originale en italien: Gruppo di Volontariato Civile); PTRPC = Programme Transitoire de Reconstruction Post Conflict; TPO = Transcultural Psychosocial Organization.

SWAp⁶): (1) forte réduction des coûts de coordination entre contributeurs au SWAp; (2) compatibilité avec les instruments financiers des différents acteurs; (3) décaissement des budgets prévisible, régulier, élevé⁷ et avec des coûts de transaction limités (pas de processus de passation de marché); (4) transferts des fonds directement au niveau des formations sanitaires; (5) grande transparence du système.

Le fait que le Gouvernement du Burundi soit le premier financeur est aussi un gage de pérennité de la stratégie (à contrario, par exemple des nombreuses activités et programmes essentiellement financés par un PTF). La centralisation des fonds a aussi des atouts théoriques systémiques : elle pourrait aider à résoudre un problème structurel au Burundi : la trop grande indépendance des programmes verticaux au sein même du MSPLS (aujourd'hui chaque programme garde jalousement les fonds que ses partenaires privilégiés lui fournit).

La combinaison de la gratuité et du FBP a créé des incitants forts, tant du côté de l'offre que de la demande, conduisant à une augmentation des activités (voir section suivante). Le principal défi en matière de financement de la gratuité & FBP est dès lors clair : il s'agit de rester dans l'enveloppe budgétaire pluriannuelle disponible. Ce défi est reconnu par le Gouvernement du Burundi et ses PTF. La Cellule Technique Nationale dispose d'un appui des PTF à cet égard à travers la CT-FBP élargie⁸. Il est à noter que cette tension sur les ressources est une caractéristique de tout système de financement de la santé intégrant l'activité dans le mode de calcul (cf. les négociations et ajustements annuels dans les pays européens). Il faut donc considérer que ce nouveau risque est l'indicateur d'une plus grande maturité du système de santé burundais.

Résultats (y compris la santé de la reproduction)

L'évidence scientifique est en train de s'accumuler sur l'efficacité et l'efficience de la stratégie FBP telle qu'elle est mise en œuvre en Afrique, et de façon singulière dans la Région des Grands Lacs (Basinga et al. 2011, Soeters et al. 2011).

Si aucune étude d'impact équivalente n'a été faite au Burundi, nous disposons de preuves qui montrent que les changements actuels en termes d'utilisation des services sont conformes aux hypothèses fondant la politique de « gratuité & FBP ». Ainsi la figure 2 montre comment l'utilisation des services a fortement augmenté dès l'entrée en vigueur du nouveau programme de « gratuité & FBP » en avril 2010 (comparaison entre le 2^{ème} trimestre de 2010 et le 2^{ème} trimestre de 2011). Des changements similaires ont également été observés pour des activités non incluses dans la politique de gratuité.

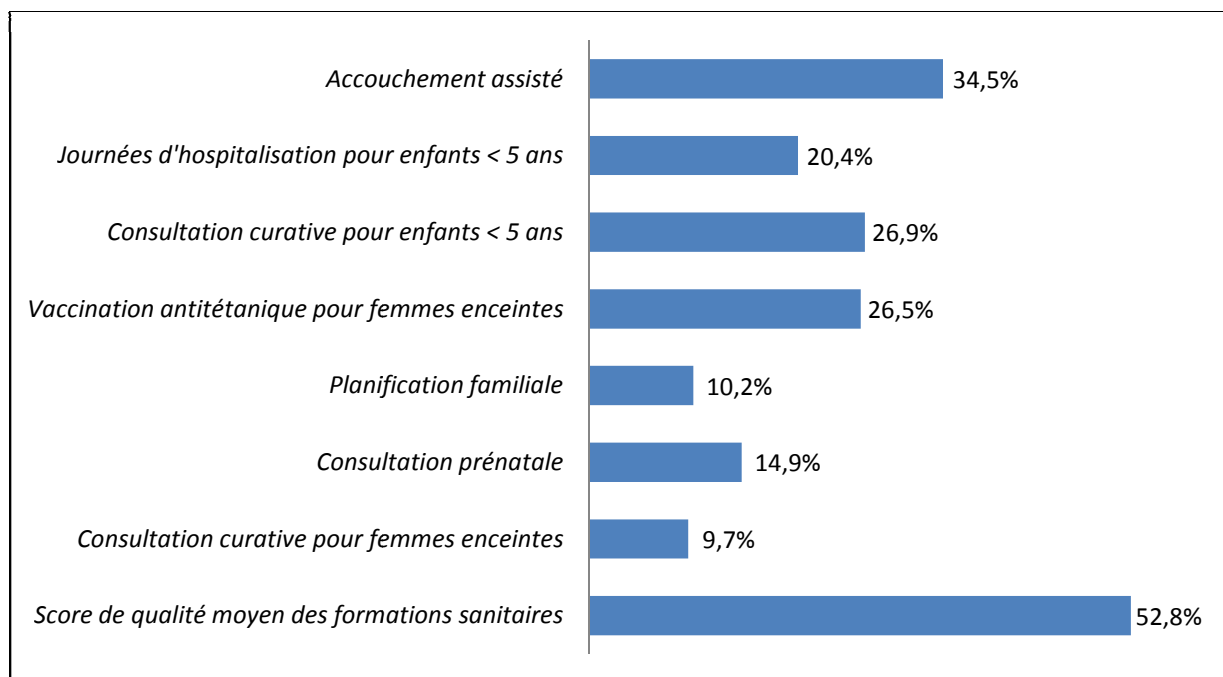
⁶ Sector-Wide Approach.

⁷ Le montant décaissé chaque mois par le biais du FBP oscille entre 1.500.000 et 1.900.000 USD. Le taux d'exécution budgétaire est excellent.

⁸ La CT-FBP Elargie est un cadre technique d'échange et de concertation créé au niveau central du MSPLS et composé, en plus des membres de la CT-FPB, des membres appartenant à l'équipe d'évaluateurs nommée pour appuyer la CT-FBP ainsi que les staffs techniques venant des différents PTF du FBP. Une réunion ordinaire mensuelle est régulièrement organisée et présidée par le Coordonnateur de la CT-FBP, et les membres sont désignés par binôme pour ce qui est de l'appui technique à chaque province.

Ces fortes progressions conduisent à des taux de couverture aujourd'hui plus qu'honorables pour un pays comme le Burundi. Ainsi, selon les données de routine du système « gratuité & FBP », 69 % des accouchements se feraient aujourd'hui dans une structure de santé.⁹

Figure 2 : Evolution de certains indicateurs de FBP (pourcentage de croissance) entre le 2^{ème} trimestre de 2010 (quand le nouveau programme de gratuité et FBP a commencé) et le 2^{ème} trimestre de 2011¹⁰



Vision et défis

Le destin du système de santé burundais est celui des systèmes de santé des pays plus avancés dans leur développement économique : au fil des années, le système sanitaire sera plus décentralisé, plus attentif aux incitations et son pilotage recourra aux données chiffrées, communiquées par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Le financement des formations sanitaires va progressivement s'éloigner des modes relativement rustres (par exemple, la fourniture des intrants en nature par le niveau central ou un PTF) et opter pour des formules de paiement reflétant mieux les besoins prioritaires (qui vont évoluer dans les prochaines décennies), les activités et profils des prestataires.

Le chemin à parcourir est encore long, mais le Burundi commence le voyage très tôt et sur d'excellentes bases. Ce périple, le Burundi tient à le faire avec le plus grand nombre de partenaires. Le MSPLS est conscient que leur expertise sera cruciale ; il fait bon accueil aussi à des ressources financières et matérielles susceptibles de consolider son système de santé.

⁹ Une récente Enquête Démographie et Santé a confirmé de fortes réductions en matière de mortalité infantile et maternelle par rapport à une enquête MICS (Multiple Indicators Cluster Survey) de 2005; l'amélioration de ces indicateurs est probablement à attribuer à une diversité de facteurs (amélioration de la sécurité au Burundi, actions classiques en matière de services en santé maternelle, gratuité de 2006, projet pilote FBP dès 2006...).

¹⁰ Nous présentons les résultats des 2^{èmes} trimestres de 2010 et de 2011 pour des raisons de comparabilité saisonnière.

Références

Basenya O., M. Nimpagaritse, F. Busogoro et al. (2011). "Le Financement Basé sur la Performance comme stratégie pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins : premières leçons de l'expérience du Burundi." *CoP FBP Working Paper* n° 5.

Basinga P., P. J. Gertler, A. Binagwaho, A. Soucat, J. Sturdy et C. Vermeersch (2011). "Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation." *The Lancet* 377: 1421–8.

Eichler R. et R. Levine (2009). *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Center for Global Development, Washington DC.

Meessen B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, A. Bicaba, C. Tashobya et L. Gilson (2009). *Removing User Fees in the Health Sector in Low-Income Countries: A Multi-Country Review*. UNICEF, New York.

Meessen B., A. Soucat et C. Sekabaraga (2011). "Performance-Based Financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform?" *Bulletin of the World Health Organization* 89: 153–156.

MSPLS (2010). "Rapport définitif de la contre-vérification." Bujumbura, Burundi.

MSPLS (2011). "Rapport de la mise en œuvre du financement basé sur la performance – avril 2010-mars 2011." Bujumbura, Burundi.

Soeters R., P. B. Peerenboom, P. Mushagalusa et C. Kimanuka (2011). "Performance-Based Financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo." *Health Affairs* 30 (8): 1518-1527.

Annexe 1: liste des indicateurs et barèmes (1^o trimestre 2011)

#	Paquet minimum d'activités (pour les centres de santé)	Francs burundais ¹¹
1	Nouvelle Consultation Curative (> 5 ans)	260
2	Nouvelle Consultation Curative (< = 5 ans)	600
3	Journée d'hospitalisation > 5 ans	450
4	Journée d'hospitalisation < = 5 ans	900
5	Petite chirurgie	1100
6	Référence et patient arrivé à l'hôpital	1700
7	Enfants complètement vaccinés	3000
8	Femmes enceintes VAT complètement vacciné	1300
9	Distribution des MII	1100
10	Latrines construites dans l'aire d'attraction du CDS	1500
11	Femme enceinte VIH+ mise sous protocole ARV prophylactique	13000
12	Prise en charge du nouveau-né d'une femme VIH +	13000
13	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	1700
14	Nombre de nouveaux cas sous ARV	13000
15	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	43000
16	Cas des IST traitées	875
17	Dépistage des cas TBC positifs par mois	15000
18	Nombre de cas TBC traités pendant une semestre et guéris	37000
19	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	2600
20	Accouchement eutocique	6000
21	PF: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes	2500
22	PF: Implants et DIU	8500
23	Consultation postnatale	850
24	Consultation prénatale standard (3x)	850

Note: CDS = Centre de Santé, VAT = Vaccin Antitétanique, MII = Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide, ARV = Antirétroviraux, IST = Infection Sexuellement Transmissible, TBC = Tuberculose, DIU = Dispositif Intra-utérin, PF = Planification Familiale, VIH=Virus de l'Immunodéficience Humaine, SIDA=Syndrome de l'Immunodéficience Acquise.

¹¹1 USD=1335 FBU

#	Paquet complémentaire d'activités (pour les hôpitaux)	Francs burundais ¹²
1	Nouvelle Consultation Curative Médecin (> 5 ans)	2400
2	Nouvelle Consultation Curative Médecin (< = 5 ans)	2900
3	Nouvelle Consultations Curative Femme Enceinte	6150
4	Contre-référence arrive au CDS	2500
5	Chirurgie majeure	46000
6	Petite chirurgie	2500
7	Accouchement eutocique	8750
8	Césarienne	78000
9	Accouchement dystocique	56000
10	Journée hospitalisation >5 ans	1250
11	Journée hospitalisation < = 5 ans	4000
12	Femme enceinte VIH+ sous protocole ARV prophylactique	18000
13	Prise en charge du nouveau né d'une femme VIH +	18000
14	Dépistage volontaire du VIH/SIDA	2500
15	Nombre de nouveaux cas sous ARV	18000
16	Nombre de clients ARV suivi semestriellement	62000
17	Cas des IST traitées	1250
18	Dépistage des cas TBC positifs par mois	25000
19	Circoncisions masculines	18000
20	PF: Implants et DIU	12000
21	PF: Tot. Nouveaux + Anciennes Acceptantes	3500
22	PF: ligature trompes - vasectomie	50000
23	Consultation postnatale	1250
24	Consultation prénatale standard	1250

Note: CDS = Centre de Santé, ARV = Antirétroviraux, IST = Infection Sexuellement Transmissible, TBC = Tuberculose, DIU = Dispositif Intra-utérin, PF = Planification Familiale.

¹²1 USD=1335 FBU