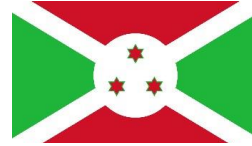


REPUBLIQUE DU BURUNDI



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

**RAPPORT DES COMPTES DE
LA SANTE DU BURUNDI
ANNEE 2016**

COMPTES DE LA SANTE-2016

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES ET FIGURES	ii
LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	iii
PREFACE	vi
RESUME EXECUTIF	vii
REMERCIEMENT	ix
0. INTRODUCTION	1
I. OBJECTIFS DES COMPTES DE LA SANTÉ	2
II. CONTEXTE NATIONAL	3
II. 1. Situation géographique du pays	3
II. 2. Situation démographique	4
II. 3. Situation socio-économique	4
II. 4. Profil épidémiologique	5
II. 4. 1. Santé de la mère et du nouveau-né	5
II. 4. 2. La santé des enfants	6
II. 4. 3. La santé des jeunes et adolescents	6
II. 4. 4. La santé des adultes et des personnes âgées	7
II. 4. 5. Organisation du système de santé	7
II. 5. Financement de la santé	8
III. METHODES ET SOURCES DE DONNEES	9
III. 1. Définition et utilité des comptes de la santé	9
III. 2. Cadre du système de la santé et comptes de la santé	9
III. 3. Définition opérationnelle des concepts	10
III. 4. Processus d'élaboration des comptes de la santé	11
III. 4. 1. Activités préparatoires	12
III. 4. 2. Collecte de données	12
III. 4. 3. Traitement des données	13
III. 4. 4. Difficultés et Limites de l'étude	13
IV. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE	14
IV. 1. Volume du financement de la santé	14
IV. 2. Dépenses courantes en santé	15
IV. 2. 1. Source du financement du secteur de la santé	15
IV. 2. 2. Régime de financement des soins de santé	18

IV. 2. 3. Prestataires de soins de santé	19
IV. 2. 4. Facteurs de prestation de soins de santé	21
IV. 2. 5. Fonctions de soins de santé	23
IV. 2. 6. Dépenses par maladies et affections	24
IV. 2. 7. Dépense de santé des ménages par prestataires de soins	26
IV. 3. Dépenses des investissements en santé	27
V. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTE	28
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	30
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	32
I. EQUIPE D'ELABORATION	32
II. TABLEAUX CROISES	33

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES ET FIGURES

Tableau 1: Répartition de la dépense totale de santé.....	14
Tableau 2: Dépenses courantes de santé par source de financement	16
Tableau 3 : Dépenses courantes de santé par régimes de financement	18
Tableau 4 : Dépenses courantes de santé par prestataires de soins en 2016.....	20
Tableau 5: Dépenses courantes de santé par facteurs de prestation	21
Tableau 6: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé.....	23
Tableau 7: Dépenses courantes de santé par source de financement et par maladies et affections.....	25
Tableau 8 : Dépenses de santé des ménages par prestataires de soins de santé	27
Tableau 9: Investissement en santé par source de financement	27
Tableau 10: Principaux indicateurs en santé de 2010 à 2016.....	29
Graphique 1: Evolution de la dépense totale de santé.....	15
Graphique 2: Structure des dépenses par source de financement de 2010 à 2016.....	18
Graphique 3: Structure des prestataires de soins de santé en 2013 et 2016	20
Graphique 4: Structure des fonctions de soins de santé de 2013 et 2016	23
Graphique 5: Distribution des dépenses suivants les groupes de maladies en 2016.....	26
Graphique 6: Comparaison internationale des dépenses courantes en santé en % du PIB en 2016.....	29
Figure 1 : Carte géographique du Burundi.....	3
Figure 2 : Les flux financiers dans le système de santé	8
Figure 3 : Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé.....	100

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

ABUPED	: Association Burundaise de Pédiatrie
ANECCA	: African Network for the Care of the Children
ARV	: Antirétroviral
AVP	: Accident de Voie Publique
BDS	: Bureau du District Sanitaire
BIRD	: Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
BPS	: Bureau Provincial de Santé
CAM	: Carte d'assistance médicale
CDS	: Centre de Santé
CESAG	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CHUK	: Centre Hospitalier Universitaire de Kamenge
CICOP	: Classification of Individuel Consumption according to Purpose
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
EDSB	: Enquête Démographique et de Santé
FA	: Agents de financement des soins de santé
FBCF	: Formation Brute de Capital Fixe
FBP	: Financement Basé sur la Performance
FBU (BIF)	: Francs Burundais
FM	: Fond Mondial

FOSA	: Formation sanitaire
FP	: Facteurs de prestations des soins de santé
FS	: Sources de financement des soins de santé
GAVI	: Global Alliance for Vaccination and Immunization
GHED	: Global Health Expinditures Database
HAPT	: Health Account Production Tool
HC	: Fonctions des soins de santé
HF soins de santé	: Code pour la classification des dépenses par régimes de financement des soins de santé
HP	: Prestataires des soins de santé
HTA	: Hypertension Artérielle
ICHA	: International Classification for Health Account
IDA	: Association Internationale de Développement
INSS	: Institut National de Sécurité Sociale
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
ISBLSM	: Institutions sans but lucratif au service des ménages
ISTEEBU	: Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
MEV	: Maladie à Virus Ebola
MFP	: Mutuelle de la Fonction Publique
MII	: Moustiquaire Imprégnées d'Insecticide
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
MST	: Maladies Sexuellement Transmissibles
NV	: Naissances Vivantes
OBR	: Office Burundais des Recettes
OCDE/ OECD	: Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	: Objectifs de Développement Durables

OMD	: Objectifs du Millénaire de Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non-gouvernementale
ONUSIDA	: Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PIB	: Produit intérieur brut
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PPA	: Parité de pouvoir d'achat
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH/Sida
RDC	: République Démocratique du Congo
SCS	: Système des Comptes de la Santé
SHA	: System Health Account
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIGEFI	: Système de Gestion des Finances Publiques
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
TB	: Tuberculose
TIC	: Technique d'Information et de Communication
UE	: Union Européenne
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Agency for International Développement
USD	: Dollar Américain
VIH	: Virus d'Immunodéficience Humaine

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 visant l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité en vue d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) à travers le renforcement du système de santé du pays.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter de la 4^{ième} édition des comptes de santé. La démarche d'élaboration des comptes de santé trouve 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.

Les Comptes de la santé (CS) sont d'une importance capitale pour le suivi et l'évaluation de l'utilisation des ressources financières pour l'atteinte des objectifs des engagements nationaux et internationaux. En effet, le rapport des comptes indique le niveau des dépenses de santé et analyse les tendances de leurs différentes composantes. Il fait ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement qui interviennent aussi bien dans le processus de mobilisation et de gestion des fonds que dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

Le présent rapport des comptes de la santé 2016 constitue une source d'informations pour le décideur politique ainsi que tous les intervenants dans le secteur de la santé. Les CS 2016 constituent donc un outil utile pour le Gouvernement et ses partenaires techniques et financiers pour la mobilisation et l'allocation efficace, efficiente et équitable des ressources dans le secteur de la santé.

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

Dr Sylvie NZEZIMANA



RESUME EXECUTIF

Le rapport des Comptes de la santé 2016 constitue le quatrième du genre produit par le Ministère de la santé publique et de la lutte contre le Sida depuis 2008. Il renforce ainsi l'institutionnalisation de cet exercice et permet de disposer d'une série de données sur la période de 2010 à 2016. Les résultats des comptes 2016 se présentent comme suit :

La Dépense totale de santé (DTS) est estimée à 370 milliards BIF en 2016 (213,9 millions USD) contre 430 milliards de BIF en 2013 (249,0 millions USD) soit une baisse de 14,1%. La dépense de santé par habitant et en termes nominal est passé de 46 541 FBU (30 USD) en 2013 à 32 971 FBU (19,07 USD) en 2016 représentant 7,6% du PIB. Cette dépense totale de santé par habitant est loin des 86\$ par habitant recommandés pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle. C'est encore plus bas que le minimum exigé (112 USD par habitant) pour atteindre l'ODD3. Il faut noter que la DTS est la somme des dépenses courantes de santé (administration et programmes de santé) et des dépenses en investissement.

La Dépense courante de santé (DCS) est évaluée à 349,7 milliards BIF en 2016 (202,2 millions USD) contre à 389,9 milliards BIF en 2013 (225,5 millions USD) soit une baisse de 10,3%. Elle représente pratiquement 95% de la dépense totale en santé. Seulement 5% de la DTS sont consacrées aux investissements. La structure de la DCS montre que les bailleurs de fonds constituent la première source de financement de la santé soit 37,5% de la DCS. La participation du Gouvernement par le biais du budget alloué à la santé représente 24,36% de la dépense courante en santé. Proportionnellement au budget global de l'Etat, si cette contribution a connu une augmentation passant de 10,9% en 2013 à 12,5% en 2016, elle reste tout de même inférieure à l'objectif de 15% établi dans la déclaration d'Abuja. Le financement de la santé provenant des paiements directs des ménages est évalué à 98 097,12 millions BIF (56,7 millions USD), soit 29% des dépenses courantes de santé. La mutuelle des fonctionnaires contribue à environ 7% aux dépenses courantes de santé.

La répartition des dépenses courantes de santé selon les niveaux de soins révèle que 96 milliards FBU (55,6 millions USD), soit environ 27,49% des DCS, sont destinés aux hôpitaux tandis que les centres de santé cumulent 19,7% des DCS. La proportion des services administratifs est de 15%. Les principales fonctions des soins de santé en 2016 sont les soins curatifs qui consomment 40,35% des DCS. Les dépenses allouées aux soins préventifs représentent 22,52% des dépenses courantes en santé. Par ailleurs, les dépenses de santé des ménages sont orientées principalement vers les médicaments (56,05%), les soins hospitaliers (38,4%) et les prestataires de soins ambulatoires (5,55%).

Les dépenses liées au paludisme (18,23%), au VIH/Sida (13%), aux affections maternelles (14%) et aux infections des voies respiratoires (9,2%) constituent la plus grande part des dépenses courantes en santé. Les dépenses liées aux carences nutritionnelles et aux maladies non transmissibles représentent respectivement 5% et 4% des DCS. Par ailleurs, une analyse de la distribution des dépenses par maladies laisse entrevoir une forte dépendance des ressources

extérieures de 96,33% pour le VIH, de 92,77% la Tuberculose et de 92,44% pour les carences nutritionnelles.

Les dépenses en investissement sont évaluées à 20,1 milliards BIF en 2016 (11,6 millions USD) contre 40,1 milliards BIF en 2013 (23,5 millions USD) soit une baisse de plus de 50%. Elles sont assurées à 65,57% par les ressources extérieures et à 34,16% par l'administration publique. Les investissements, qui représentent 5% de la DTS, ont porté principalement sur les infrastructures (37%), les équipements médicaux (44,6%) et le matériel de transport (16,02%). La formation brute de capital est financée par l'administration publique et les partenaires

Le financement du secteur santé est caractérisé par une baisse des dépenses de santé sur la période de 2013 à 2016. Le poids des dépenses des ménages par rapport à la DCS reste toujours élevé malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires dans l'offre des soins. Aussi à l'issue de cet exercice, les recommandations suivantes ont été formulées :

- 1) Augmenter le budget de l'Etat alloué à la santé pour atteindre l'objectif d'Abuja (15%)
- 2) Accroître le niveau des investissements dans la santé surtout dans les infrastructures et équipement pour garantir la qualité des soins
- 3) Revoir à la hausse le budget de la formation en capitale afin de combler le déficit en personnel qualifié
- 4) Mettre en place des stratégies innovantes pour améliorer la mobilisation des ressources domestiques
- 5) Mettre en place des mécanismes de prépaiement notamment l'extension de la mutuelle de la fonction publique vers une assurance maladie universelle afin d'améliorer l'accès aux soins des populations.

REMERCIEMENT

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida vient de se doter de la 4^{ème} édition des comptes de santé. Les résultats de ces comptes de santé la 2016 fournissent des informations financières fiables indispensables pour la prise de décision pour la mobilisation et l'allocation efficace, efficiente et équitable des ressources dans le secteur de la santé. L'élaboration des comptes de la santé 2016 a requis la participation de nombreux partenaires. C'est dans ce sens que, nous adressons nos remerciements plus particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour son appui technique et financier dont l'expertise technique a fait appel aux consultants Internationaux, le Fonds Mondial (FM), à travers African Network for the Care of the Children (ANECCA) et l'Association Burundaise de Pédiatrie (ABUPED).

L'élaboration des CS 2016 n'aurait pu être possible sans le travail assidu de l'équipe technique nationale des comptes de la Santé au Burundi sous le lead de la Direction Générale de la Planification.

Nous sommes reconnaissants vis-à-vis des départements, des programmes et projets, des services du MSPLS, d'autres ministères et institutions de l'Etat, la société civile (les secteurs privé et associatif) et les partenaires internationaux de la santé qui ont participé activement au processus d'élaboration des CS malgré leur charge de travail.

Puissent les résultats de ces comptes servir de base factuelle pour orienter la prise de décision dans le secteur de la santé.

0. INTRODUCTION

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 visant l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité en vue d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) à travers le renforcement du système de santé du pays.

Toutes ces réformes doivent être appuyées par des informations détaillées et fiables sur les sources et les usages des fonds destinés à la santé afin d'améliorer la performance de son système, d'où l'importance que revêtent les comptes de la santé. En effet, les comptes de la santé sont l'un des comptes satellites des comptes nationaux qui retracent la production, la consommation et le financement de la fonction santé, entendue, selon la Comptabilité nationale, comme l'ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

Ce faisant, les comptes de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers du système de santé, ils indiquent l'origine, l'utilisation des ressources et permettent également d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leur impact dans le temps.

L'élaboration des comptes de la santé constitue un processus continu et permanent au service de la planification, de la prise de décision et des études liées aux réformes éventuelles. Ce rapport est le quatrième exercice du Burundi et permet de disposer d'une vue globale des financements, ainsi que les contributions effectives des différents intervenants et la répartition des ressources sur les divers domaines d'intervention. Il permet ainsi au pays de disposer d'une série d'indicateurs permettant le suivi temporel de l'évolution des dépenses de santé sur la période.

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble du contexte du système de santé et la méthodologie ayant servi à la production des comptes dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2016. Aussi, il fait un rappel de la définition des principaux agrégats des Comptes de la santé avant de présenter les résultats des comptes globaux. Le rapport fait également un focus sur les dépenses par maladies, groupes de maladie et par domaines. Il se termine par la formulation de recommandation en vue d'améliorer le financement de la santé.

I. OBJECTIFS DES COMPTES DE LA SANTÉ

Les comptes de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Ils contribuent par ailleurs à évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps. Les Comptes de la santé permettent aux décideurs d'évaluer les flux et l'utilisation des ressources et de corriger les déséquilibres du financement du système de santé. Ils permettent de répondre aux questions telles que celles énumérées ci-dessous :

- Comment les ressources sont-elles mobilisées et gérées pour le système de santé ? Les comptes de la santé aident à fournir la base qui permet d'évaluer si les ressources financières mises à la disposition du système de santé sont adéquates, et de concevoir des stratégies qui permettent d'augmenter ces ressources ;
- Qui paye pour les soins de santé et combien est dépensé ? Savoir quels sont les acteurs qui financent les soins de santé et dans quelle mesure la charge financière correspond à leurs moyens, permet de comprendre quel est le type de protection financière en vigueur et d'évaluer l'équité de la distribution de la charge financière ;
- Qui fournit les biens et les services et avec quelles ressources ? Les réponses à ces questions décrivent la répartition des dépenses par différents types de prestataires et selon les facteurs de production utilisés dans le système. Ce sont des dimensions de planification économique et d'analyse d'efficacité économique, toutes deux essentielles dans la prise de décision ;
- Comment les fonds sont-ils répartis entre les différents services, interventions et activités produits par le système de santé ? Les comptes de la santé indiquent ce qui est produit et ce qui est dépensé pour ces différents produits. L'allocation des ressources aux fonctions de santé est un bon moyen de mesurer les priorités d'un système de santé. Cela permet de déterminer si oui ou non les ressources sont allouées suivant les priorités du système de santé ;
- Qui bénéficie des dépenses en santé ? On peut répondre à cette question en observant différentes dimensions telles que les catégories de revenus, les groupes d'âge/sexe, les zones géographiques, l'état ou les conditions de santé, ou encore les types d'interventions fournies.

II. CONTEXTE NATIONAL

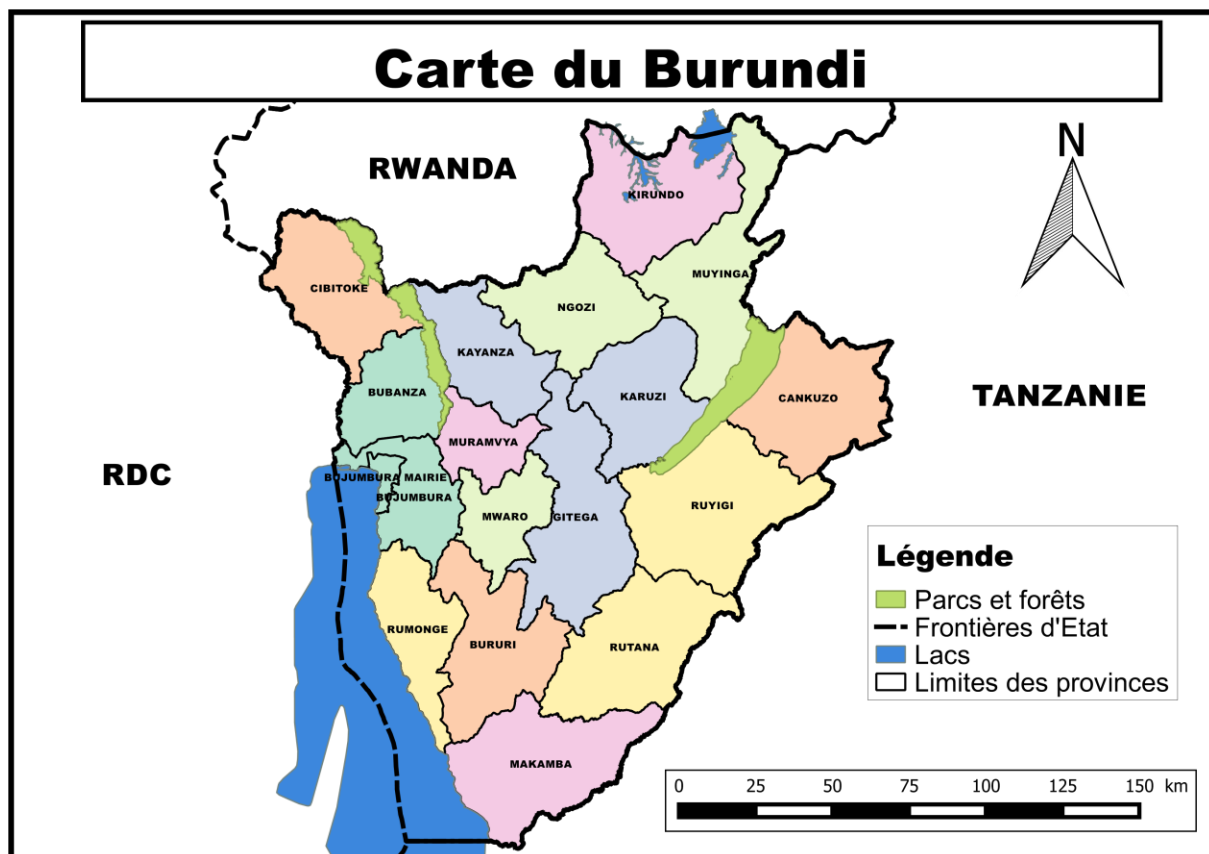
II. 1. SITUATION GEOGRAPHIQUE DU PAYS

Le Burundi est un pays situé à cheval entre l’Afrique de l’Est et l’Afrique Centrale. Il est frontalier au nord avec le Rwanda, au Sud et à l’Est avec la Tanzanie et à l’Ouest avec la République Démocratique du Congo (RDC). Sa superficie est de 27.834 km² incluant la surface des eaux territoriales. Il est situé à 3°22’ 34’’ de latitude sud et à 29°21’36’’ de longitude Est.

Son relief est dominé par de hauts plateaux au centre et le reste du territoire est occupé par la plaine de l’Imbo à l’Ouest, la dépression de Kumoso à l’Est ainsi que les lacs dont le plus grand est le lac Tanganyika.

Son climat est tropical avec quatre saisons, une petite saison sèche (Janvier à Février), la grande saison des pluies (de Mars à Mai), la grande saison sèche (de Juin à Septembre) et une petite saison de pluie (d’Octobre à Décembre).

Figure 1 : Carte géographique du Burundi



II. 2. SITUATION DEMOGRAPHIQUE¹

La population du Burundi est estimée à 11,2 millions d'habitants² en 2016 et pourrait atteindre 14,9 millions d'habitants en 2050 avec un taux d'accroissement naturel de 2,4% par an, une taille moyenne de 4,8 personnes par ménage et un indice synthétique de fécondité de près de 5,9 enfants par femme (, EDS III 2016-2017).

La démographie sans cesse croissante est un défi pour la santé et le bien-être de la population burundaise. Les données démographiques montrent que la population burundaise est relativement jeune avec 65% de personnes de moins de 25 ans, tandis que les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent que 5,4% (EDS III 2016-2017). La densité moyenne de cette population, l'une des plus forte d'Afrique, est estimée à environ 403 hab. /km² en 2016³. Cette forte croissance démographique a pour conséquence, une pression de plus en plus forte sur les ressources naturelles et sur les services de base avec plus de 90% de la population qui vit en zone rurale.

II. 3. SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

Situation économique⁴.

La structure de l'économie burundaise met en évidence sa faible diversification avec un secteur rural prépondérant ainsi qu'une forte dépendance vis-à-vis de l'aide internationale. L'économie reste vulnérable aux chocs externes et aux aléas liés aux changements climatiques. Depuis 2005, en rythme annuel, la croissance économique oscille autour de 4,4% alors que la plupart des autres pays de l'Afrique de l'Est affiche des taux qui varient entre 6% à 8%. Le faible niveau des investissements observé au cours de cette période, est sans doute l'un des principaux facteurs qui ont limité les possibilités du Burundi à atteindre un nouveau palier de croissance.

Composition des ménages⁵.

Au Burundi, un ménage compte, en moyenne, 4,8 personnes. Trois ménages sur dix (29 %) sont dirigés par une femme. Près de la moitié (49 %) de la population des ménages est composée d'enfants de moins de 15 ans.

Eau, installations sanitaires et électricité⁶.

Plus de 8 ménages sur 10 (83 %) s'approvisionnent en eau de boisson auprès d'une source améliorée. La quasi-totalité de ménages urbains (98 %) s'approvisionnent en eau de boisson auprès d'une source améliorée contre 81 % de ménages ruraux. Globalement, 39 % de ménages utilisent des toilettes améliorées, 10 % utilisent des toilettes partagées, 47 % utilisent des toilettes non

¹Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, ISTEERU, Avril 2017

² Idem que ci-haut

³Idem que ci-haut.

⁴ Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie de ménage (2013 – 2014), Mai 2015.

⁵ EDS 2016-2017.

⁶Idem que ci-haut.

améliorées, et 3 % n'ont pas de toilettes. Neuf pour cent de ménages disposent d'électricité. Six ménages sur dix en milieu urbain (60 %) disposent d'électricité contre 2 % de ménages en milieu rural.

Niveau d'instruction⁷.

La population féminine est moins instruite par rapport à celle masculine. Plus d'un tiers (36 %) de femmes et 24 % d'hommes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction et 39 % de femmes et 46 % d'hommes ont un niveau d'instruction primaire. Quinze pour cent de femmes et d'hommes ont un niveau d'instruction secondaire premier cycle et 9 % de femmes et 12 % d'hommes ont un niveau d'instruction secondaire deuxième cycle. Seulement 1 % de femmes et 3 % d'hommes ont un niveau d'instruction supérieur. Dans l'ensemble, 68 % de femmes et 79 % d'hommes sont alphabétisés.

II. 4. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

II. 4. 1. SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE

Dans le domaine de la santé de la mère et du Nouveau-né, le Burundi a connu des progrès considérables bien que les agendas des OMD soient restés à l'état inachevé.

En effet, le ratio de mortalité maternelle est passé de 500 à 334 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes entre 2010 et 2016 alors que la cible des ODD est fixée à moins de 70 décès d'ici 2030.

Le taux de mortalité néo-natale est passé de 31 à 23 décès pour 1000 naissances vivantes de 2010 à 2016 alors que la cible des ODD est fixée à 12 d'ici 2030.

Selon l'EDS III 2016-2017, le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est passé de 153 ‰ en 1987 à 96 ‰ en 2010 et à 78 ‰ en 2016. Entre 2010 et 2016, on constate aussi une tendance à la baisse de la mortalité néonatale. En effet, le quotient de mortalité est passé de 31 ‰ en 2010 à 23 ‰ en 2016.

Les données de l'EDS III montrent que chez les femmes enceintes, 39 % sont anémiques dont 29 % sous la forme légère, 10 % sous la forme modérée et moins de 1 % sous la forme sévère. La prévalence de l'anémie est beaucoup plus élevée en milieu rural (42 %) qu'en milieu urbain (22 %). Parmi les femmes qui vivent dans un ménage du quintile le plus bas, 50 % sont anémiques contre 25 % de celles dont le ménage est classé dans le quintile le plus élevé.

⁷Idem que ci-haut.

II. 4. 2. LA SANTE DES ENFANTS

Entre les années 2010 et 2016, le Burundi a enregistré des progrès dans le domaine de la santé des enfants avec un taux de mortalité infanto-juvénile passant de 96 à 78 décès pour 1000 NV alors que la cible de l'ODD est de 25 décès pour 1000 NV d'ici 2030.

Selon l'Annuaire Statistique 2016, les principales causes de morbidité dans les centres de santé (CDS) chez les enfants de moins de cinq ans sont : le paludisme (63.76%), les IRA autres que la pneumonie (21.43%), la conjonctivite (4.12%), la pneumonie (2.95%), les géo helminthiases (2.36%), la malnutrition aigüe (1.97%), la diarrhée avec déshydratation (1.65%).

Certains domaines comme celui des maladies congénitales (Drépanocytose, Hémoglobinopathies, cardiopathies congénitales, Insuffisance motrice cérébrale, malformations congénitales : pieds bots, etc.) restent faiblement explorés et moins soutenus.

Selon l'EDSIII, 56 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique : 31 % sous sa forme modérée et 25 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de six mois que la prévalence est la plus faible (25 %). L'augmentation progressive jusqu'à la tranche d'âge de 36-47 mois, âges auxquels les deux-tiers des enfants sont affectés par ce type de malnutrition (66 %). Au-delà, le niveau de la malnutrition chronique diminue, tout en restant élevé, puisque 59 % des enfants de 48-59 mois accusent un retard de croissance. La prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants est 5%. L'insuffisance pondérale est de 29% dont 21% sous forme modérée et 8% sous forme sévère.

La comparaison des résultats de l'EDSB-II 2010 et ceux de l'EDSIII met en évidence une augmentation de la prévalence de l'anémie parmi les enfants de 6-59 mois, celle-ci étant passée de 45 % à 61 %. Parmi ces tranches d'âge en 2017, la forme légère représente 25 % ; modérée 33 % et sévère 4 %. La prévalence de l'anémie chez les enfants est plus élevée en milieu rural (62 %) qu'en milieu urbain (48 %).

II. 4. 3. LA SANTE DES JEUNES ET ADOLESCENTS

Selon les projections démographiques 2010-2050 de l'ISTEEBU, les jeunes et adolescents de 15 à 24 ans représentent 19,29% de la population et leur accessibilité aux services de santé reste faible (34%). Leur santé reste marquée par la précocité de la vie procréative (8% ont commencé leur vie procréative) selon l'EDS III 2016-2017. Selon les chiffres contenus dans les rapports du Ministère de l'éducation, en 2013, un total de 1994 cas de grossesses non désirées en milieu scolaire a été rapporté⁸ ; ce nombre a augmenté au cours de l'année scolaire 2015-2016 passant à 2208 cas. Ce même rapport indique que 16 % des élèves qui réintègrent l'école le font après abandon scolaire suite aux grossesses non désirées.

⁸Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA

Le niveau de connaissance des méthodes de prévention du VIH et des maladies sexuellement transmissibles demeure faible : 42 % des filles contre 50% des garçons ont une bonne connaissance de méthodes de prévention. L'accès aux services de santé sexuelle et de reproduction, qui pour la plupart, ne leur sont pas adaptés demeure un secteur à améliorer. En outre, les adolescents et les jeunes sont exposés à d'autres problèmes tels que la malnutrition, l'usage d'alcool, du tabac et d'autres substances psycho-affectives.

L'enquête STEPS⁹ réalisée de Mars à Avril 2013 dans la Province de Kirundo et publiée en Juin 2014 a révélé que 88% de la population consomment l'alcool et que 20% de la population consomment du tabac fumé. La mortalité maternelle chez les jeunes et adolescentes de 15 à 24 ans représente 24.1% de la mortalité maternelle globale.

II. 4. 4. LA SANTE DES ADULTES ET DES PERSONNES AGEES

Le Burundi fait actuellement face au double fardeau de la morbi-mortalité liée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Le taux de mortalité des adultes est de 3,24‰ chez les femmes et 4,55‰ chez les hommes selon l'EDS III 2016-2017. Les principales causes étant les maladies transmissibles (paludisme, le VIH/Sida, tuberculose, les autres infections respiratoires, les hépatites, etc.), les maladies non transmissibles (les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension artérielle (HTA), les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies métaboliques comme le diabète, les cancers, etc.), ainsi que les accidents de la voie publique (AVP). Cependant, ces maladies non transmissibles sont faiblement documentées au niveau national. Seules quelques études parcellaires ont été jusque-là réalisées.

II. 4. 5. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

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 18 Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et le niveau périphérique avec 46 Bureaux des Districts Sanitaires (BDS).

Les soins de santé sont fournis au niveau national et intermédiaire à travers 77 hôpitaux/cliniques dont 41 publics, 13 confessionnels, 22 privés et 1 associatif. Le point d'entrée dans le système de soins est assuré par 993 centres de santé dont 568 publics, 135 confessionnels, 9 associatifs et 281 privés en 2016. En plus, en Mairie de Bujumbura et aux autres centres urbains, la population a accès aux cabinets privés généraux et spécialisés selon leur choix.

⁹ Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles dans la province de Kirundo, Juin 2014

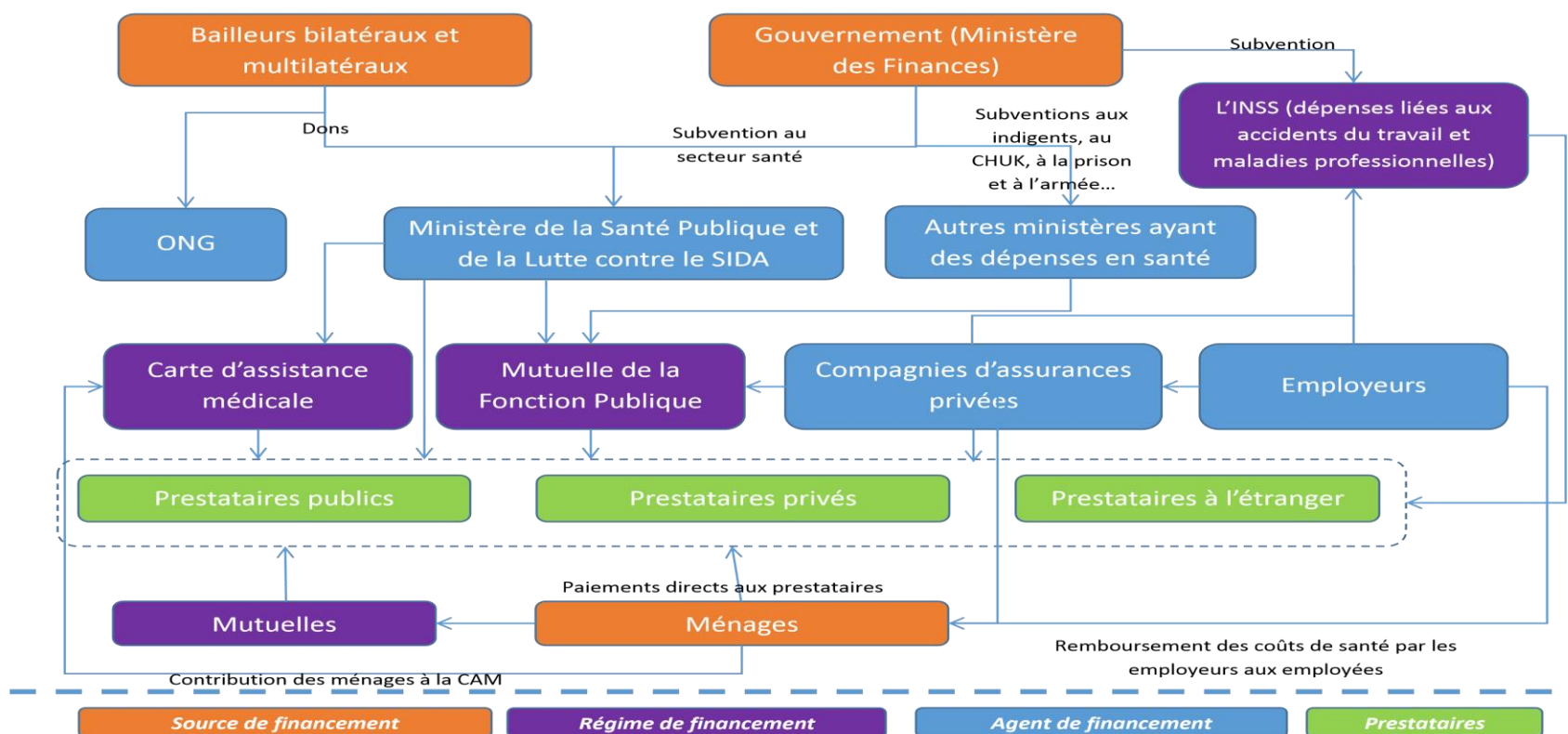
II. 5. FINANCEMENT DE LA SANTE

Le financement de la santé s'inscrit dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU).

L'élaboration des CS fournit l'information nécessaire pour capter toutes les dépenses du secteur de la santé. Le graphique suivant présente les flux de financement de la santé du Burundi.

Figure 2 : Les flux financiers dans le système de santé au Burundi

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



III. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

III. 1. DEFINITION ET UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE

Les comptes de la santé (CS) fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des politiques publiques, leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé.

III. 2. CADRE DU SYSTEME DE LA SANTE ET COMPTES DE LA SANTE

Le cadre du Système de santé (SCS) décrit les liens existants entre toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le but primaire est d'améliorer la santé¹⁰ Quatre composantes ou fonctions dans ce cadre sont indispensables pour atteindre les objectifs ultimes, qui constituent également les normes par lesquelles l'on mesure sa performance.

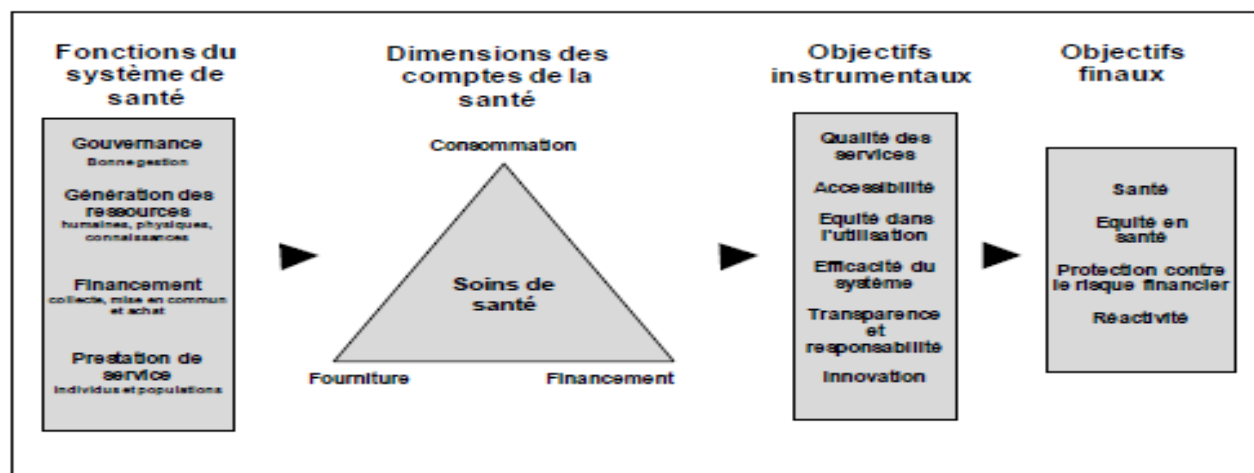
Il s'agit de :

- **La gouvernance** : supervision du système, formulation de politique, réglementation appropriée et suivi ;
- **La création de ressources** : investissements dans les ressources humaines, infrastructures, produits de santé et technologies essentielles (intrants, technologies médicales et équipement) ;
- **Le financement** : mobilisation de ressources pour la santé, mise en commun des ressources et achat de services ;
- **La fourniture de services** : combinaison d'apports entrant dans le processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté.

La figure ci-dessous présente les différentes dimensions du Système de compte de santé SCS et les liens entre les différentes fonctions du système de santé ainsi que les objectifs du cadre de ce système de santé.

¹⁰ SCS 2011, OMS

Figure 3 : Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes de la santé



Source : Manuel du SHA 2011

III. 3. DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

Concepts	Définition
La dépense de santé	Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé.
Les paiements directs des ménages	Les paiements directs sont des sommes d'argent versées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire ou non. Ne sont pas comptabilisées dans les débours directs, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie).
La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	Il s'agit des investissements réalisés (équipements medicotechniques, microscopes,) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.
La dépense totale de santé (DTS)	La DTS est égale à la dépense courante de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et privée, les dépenses liées au handicap et on retranche les indemnités journalières, les dépenses de recherche, dépenses d'enseignement et les dépenses de prévention collective alimentaire.
Les biens médicaux dispensés	Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.

Les revenus des régimes de financement (FS)	Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.
Les régimes de financement (HF)	Ce sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités à l'intérieur de la frontière des Comptes de la santé (CS).
Les prestataires (HP)	Les entités qui reçoivent de l'argent en échange ou en anticipation de la réalisation d'activités au sein de la frontière des comptes de la santé.
Les fonctions (HC)	Les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans la frontière des comptes de la santé.
La formation de capital (HK)	Les types d'actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé.
Les transferts directs étrangers	Les revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.
Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique	Les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins.
Les données de sources primaires	Les données de sources primaires sont issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés en respectant un plan de sondage établi.
Les données de sources secondaires	Les données de sources secondaires aussi appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

III. 4. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE

La réalisation des comptes de la santé 2016 s'est faite selon les étapes suivantes : les activités préparatoires, la collecte des données, le traitement des données et la codification. A la suite de la codification, l'équipe a procédé à la production des tableaux, à l'analyse des résultats et à la rédaction suivie de la validation du rapport.

III. 4. 1. ACTIVITES PREPARATOIRES

Les activités préparatoires d'élaboration des CS 2016 ont débuté par la mise en place de l'équipe technique chargée de préparer les outils de collecte, l'identification des sources de données (Bailleurs, ONGs et assurances, Ministère des finances, du Budget et de la privatisation et l'Institut des statistiques et des études économiques du Burundi), la formation et le suivi de l'équipe de collecte des données. Celle-ci a bénéficié d'une formation de mise à niveau afin d'avoir une même compréhension des questionnaires à utiliser après la mobilisation des fonds par le Ministère auprès de ses partenaires.

III. 4. 2. COLLECTE DE DONNEES

Nous distinguons deux sources de données (primaire et secondaire) utilisées pour élaborer les Comptes de la Santé.

La source primaire consiste à faire la collecte directement auprès des fournisseurs de données en utilisant les questionnaires. La collecte a concerné les entités suivantes : bailleurs de fonds, ONGs/Associations, et les sociétés d'assurances.

Les sources secondaires : Les données de sources secondaires ont permis de renseigner les informations sur le financement des structures du ministère de la santé. Ces dernières sont issues de l'exploitation de divers rapports et de bases de données, du circuit de gestion des finances publiques (SIGEFI), des rapports financiers des projets et programmes de santé, des rapports des ONG et de certains partenaires techniques et financiers. Les données épidémiologiques et les données de ressources humaines en santé ont été collectées et exploitées pour les besoins des clés de répartition.

L'estimation de la dépense de santé des ménages selon la nature des biens ou de services consommés a pris comme base les résultats de l'enquête modulaires sur les conditions de vie des ménages, effectuée par l'institut de la statistique et des études économiques du Burundi (ISTEEBU) de 2014.

Ainsi, le volume de la dépense de santé des ménages est calculé en faisant le produit du volume de la dépense totale des ménages issu des comptes nationaux par le coefficient budgétaire de la santé provenant du coefficient budgétaire santé issu de la répartition des dépenses selon la fonction de consommation de la COICOP 12.

III. 4. 3. TRAITEMENT DES DONNEES

Données de sources primaires : Les données des sources primaires des partenaires, des ONG, des entreprises et des mutuelles de santé ont été préalablement organisées autour des questionnaires de l'outil HAPT suivant la nomenclature du système des comptes de la santé. Les différentes triangulations de données appliquées ont permis de supprimer les doublons dans le souci de comparer les données des bailleurs avec les sources internationales.

Données de sources secondaires : Les données de l'administration publique étaient essentiellement constituées des exécutions budgétaires de 2016 du Ministère de la santé. Les données de cette base ont été réorganisées suivant un format Excel importable dans l'outil de production des comptes. Des identifiants ont été créés suivant une logique standard permettant de prendre en compte la structure, l'activité, l'orientation stratégique du PNDS et la source de financement.

L'outil de production des comptes de la santé (HAPT) a servi de base pour le codage des données. Cet outil renferme plusieurs modules organisés autour des différentes sources de données. Toutes les données ont été importées dans l'outil et codifiées suivant la classification internationale du système des comptes de santé (ICHA) 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque ligne de dépense, les codes correspondants aux dimensions du financement du SHA 2011 (FS, HF, FS.RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Age, Sexe et PNDS). Des clés de répartition ont été utilisées pour répartir les dépenses transversales suivant plusieurs centres d'intérêt. Ces clés proviennent principalement de l'exploitation des données épidémiologiques. Les tableaux croisés des dépenses globales, par maladie et par caractéristiques des bénéficiaires ont été produits. Ces tableaux ont servi de base à l'analyse du rapport des comptes de la santé 2016 suivant le plan d'analyse adopté par l'équipe technique.

III. 4. 4. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE

Les difficultés rencontrées sont liées à la collecte et au traitement des données. S'agissant de la collecte, l'inadaptation de la comptabilité des données des ONG et des entreprises au canevas des comptes de la santé, explique une insuffisance dans le renseignement des items du questionnaire. A cela s'ajoute la réticence de certaines entreprises.

Certains partenaires techniques et financiers ainsi que certaines ONG n'ont pas transmis les données financières relatives à leurs interventions spatiales dans le secteur de la santé. Il en résulte une insuffisance dans la complétude des données des partenaires.

La distribution de certaines dépenses communes réalisées au niveau central sont toujours tributaires des clés de répartition. C'est le cas notamment des dépenses d'administration réalisées au niveau central. Les clés de répartition des dépenses de santé des ménages par prestataires, par fonction de soins et par caractéristiques de bénéficiaires sont élaborées à partir des données de fréquentation des formations sanitaires retracées dans le système national d'information sanitaire (SNIS).

IV. RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE

IV. 1. VOLUME DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Le volume global des dépenses en santé en 2016 s'élève à 369 774,24 millions BIF. Cette somme est à majorité (96,2%) constituée de dépenses courantes de santé dont la valeur totale est estimée à 349 663,27 millions BIF. Les investissements en santé sont évalués à 20 110,98 millions BIF, ce qui représente 5,44% de la dépense totale en santé.

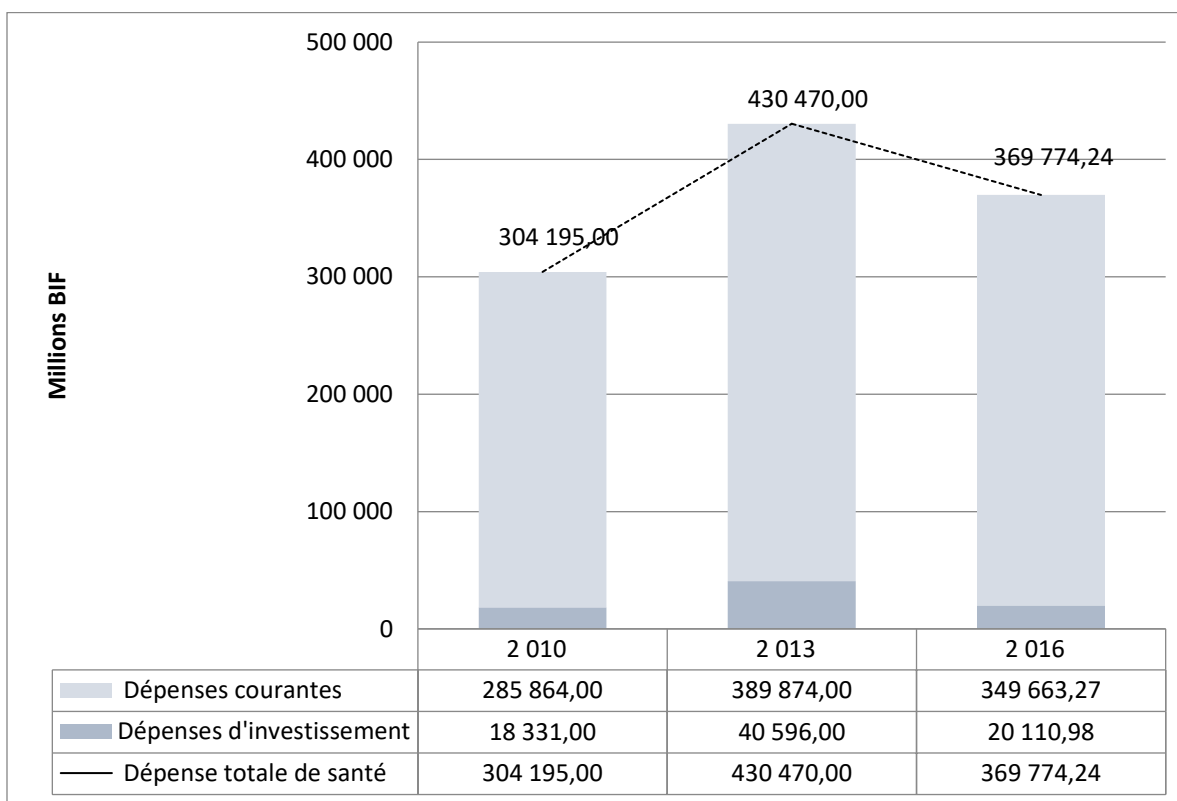
Tableau 1: Répartition de la dépense totale de santé

Dépenses	Montant en millions BIF	Proportion (%)
Dépenses courantes	349 663,27	94,56
Dépenses d'investissement	20 110,98	5,44
Dépenses totales de santé	369 774,24	100,00

En effet, entre 2010 et 2013, le volume global des dépenses en santé a augmenté de 42%, passant de 304 195 millions de BIF à 430 470 millions BIF. Par contre, l'indicateur a enregistré une baisse de 14% en 2016 par rapport au niveau atteint en 2013.

Tout comme en 2016, l'essentiel des dépenses en santé en 2010 (94%) et en 2013 (90,6%) concerne les dépenses courantes de santé. Inversement, la part des investissements dans les dépenses en santé est restée faible en ces années, soit 6% en 2010 et 9,4% en 2013. Toutefois, le volume des investissements a plus que doublé en 2013 par rapport à 2010, passant de 18 331 millions BIF à 40 596 millions BIF. Cependant, le volume des investissements en 2016 est en dessous du niveau atteint en 2013.

Graphique 1: Evolution de la dépense totale de santé



IV. 2. DEPENSES COURANTES EN SANTE

IV. 2. 1. Source du financement du secteur de la santé

En 2016, le reste du monde a accompagné le financement des dépenses courantes de santé au Burundi à hauteur de 131 138,19 millions BIF. Cela représente 37,5% de l'ensemble des dépenses courantes de santé enregistrées en cette année. Le reste du monde s'inscrit ainsi comme le principal acteur du financement de la santé dans le pays.

Cette performance résulte d'une participation significative de bailleurs bilatéraux (23 668,53 millions BIF) et multilatéraux (107 280,83 millions BIF) dont les financements des dépenses courantes de santé représentent respectivement 6,77% et 30,68% de l'ensemble.

Au niveau des bailleurs bilatéraux, les financements les plus élevées sont apportées par les Etats-Unis (6 964,31 millions BIF), la Suisse (4 829,66 millions BIF), l'Allemagne (4 494,40 millions BIF), la Belgique (3 598,48 millions BIF) et les Pays-Bas (3 038,45 millions BIF). Ces partenaires ont assuré 6,56% des dépenses courantes de santé et justifié 96,9% du financement global des bailleurs bilatéraux en 2016.

Concernant les bailleurs multilatéraux, les financements les plus élevés proviennent du Fonds mondial (43 022,20 millions BIF), de la Banque mondiale (30 659,91 millions BIF), de GAVI

(15 112,43 millions BIF), de l'UNICEF (14 087,54 millions BIF). Leurs contributions représentent 27,71% des dépenses courantes de santé et 95,90% du financement global des bailleurs multilatéraux.

L'administration publique représente le deuxième principal acteur du financement de la santé dans le pays. Sa contribution est évaluée à 109 230,89 millions BIF, soit 31,24% des dépenses courantes

Elle est suivie des ménages qui justifient 28,81% des dépenses courantes de santé en raison d'un financement de 100 728,26 millions BIF La part des dépenses courantes de santé prises en charge par les entreprises est de 2,0%, ce qui correspond à un montant de 6 993,92 millions BIF. Cette part est de seulement 0,44 % pour les ONG et associations nationales pour un montant de 1 529,52 millions BIF.

Ces différentes performances enregistrées révèlent qu'un plus grand engagement de l'administration publique dans le financement de la santé est nécessaire. Cela permettra de réduire la charge des ménages dans le financement de la santé ce qui favorisera significativement l'accessibilité de ces acteurs aux établissements de santé.

Tableau 2: Dépenses courantes de santé par source de financement

Unités institutionnelles	Montant en BIF	Proportion (%)
Administration publique	109 230,89	31,24
Entreprises	6 993,92	2,00
Ménages	100 728,26	28,81
ISBLSM (ONG/Associations nationales)	1 529,52	0,44
Reste du monde	131 138,19	37,50
<i>Bailleurs bilatéraux</i>	23 668,53	6,77
Belgique	3 598,48	1,03
France	409,02	0,12
Allemagne	4 494,40	1,29
Japon	175,46	0,05
Pays-Bas	3 038,45	0,87
Suisse	4 829,66	1,38
Royaume-Uni	121,50	0,03
Etats-Unis (USAID)	6 964,31	1,99
Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés	37,26	0,01
<i>Bailleurs multilatéraux</i>	<i>107 280,83</i>	<i>30,68</i>

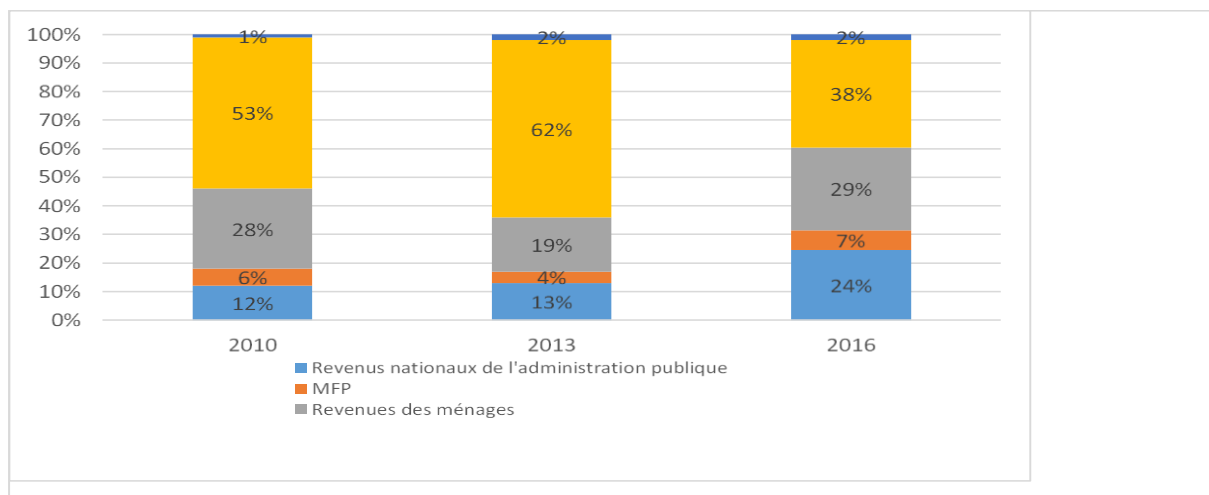
Institutions de l'UE	783,61	0,22
GAVI	15 112,43	4,32
Fonds mondial	43 022,20	12,30
Banque Mondiale (IDA + BIRD)	30 659,91	8,77
ONUSIDA	84,55	0,02
UNFPA	195,96	0,06
UNICEF	14 087,54	4,03
OMS	2 175,70	0,62
Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	1 158,94	0,33
Bailleurs privés	188,83	0,05
Autres bailleurs privés et Bailleurs privés non spécifiés (n.c.a.)	188,83	0,05
Unités institutionnelles non spécifiées (n.c.a.)	42,48	0,01
Total DCS	349 663,27	100,00

Le graphique 2 montre qu'en 2010 et 2013, presque 55% des dépenses courantes de santé étaient de l'origine étrangère, soit venant des bailleurs bilatéraux, multilatéraux et des ONGs internationales. Cependant, en 2016, la contribution des ressources extérieures au financement de la santé a enregistré une baisse (38%). Cette baisse s'explique en partie par la crise socioéconomique que le pays a connue en cette période.

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. Sur la période de l'analyse, ce mécanisme de financement a évolué en dent de scie passant de 28% en 2010, 19% en 2013 puis de 29% en 2016. En 2016, la baisse des ressources extérieures est compensée par une hausse relative des dépenses des ménages qui se sont établies à 29% de la dépense courante de santé.

Les revenus nationaux de l'administration publique sont la troisième source des dépenses, avec 10% des dépenses en 2010, 13% en 2013 et 24% en 2016. Cette hausse régulière s'explique entre autres par les efforts budgétaires consentis par le gouvernement dans le financement de la santé. Les dépenses de la Mutuelle de la Fonction Publique (MFP) constituent environ 7% de la DCS.

Graphique 2: Structure des dépenses par source de financement de 2010 à 2016



IV. 2. 2. Régime de financement des soins de santé

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement de la santé constituent les plus importants régimes de financement de la santé. Ils justifient à eux seuls plus de la moitié (59,95%) des dépenses courantes de santé en raison d'une dépense évaluée à 209 631,58 millions BIF.

Le financement de la santé provenant des paiements directs des ménages est évalué à 98 097,12 millions BIF, soit 28,05% des dépenses courantes de santé. Cette proportion est de 9,98% pour les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé. Cela correspond à un financement de 34 881,90 millions BIF.

Les régimes de financement du reste du monde sont les moins importants. En effet, le financement de la santé concernant ces régimes est évalué à 7 052,67 millions BIF, ce qui représente seulement 2,00% des dépenses courantes de santé.

Tableau 3 : Dépenses courantes de santé par régimes de financement

Régimes de financement	Montant en BIF	Proportion (%)
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	209 631,58	59,95
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	34 881,90	9,98
Paiement direct des ménages	98 097,12	28,05
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	7 052,67	2,02
Total DCS	349 663,27	100,00

IV. 2. 3. Prestataires de soins de santé

La répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires révèle que les hôpitaux sont les plus importants prestataires de soins de santé en 2016. Les dépenses courantes de santé allouées à ces structures de soins s'élèvent à 96 138,88 millions BIF, soit 27,5% des dépenses courantes de santé.

Ils sont suivis des prestataires de soins de santé ambulatoire qui cumulent 19,7% des dépenses courantes de santé. Cette proportion correspond à un montant de 68 714,00 millions BIF.

La part des dépenses courantes de santé allouée aux détaillants et aux autres prestataires de biens médicaux est de 20,4%. Cette proportion est de 15,0% pour les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé.

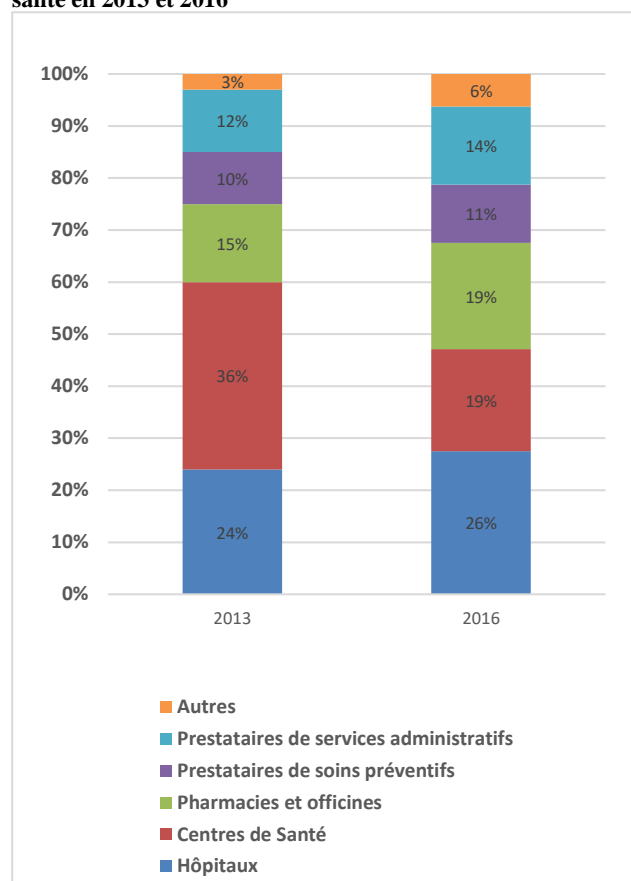
Les autres prestataires, notamment les prestataires de soins préventifs (11,2%), le reste de l'économie (4,7%) et les prestataires de services auxiliaires (1,5%) médicaux (1,1%) se partagent 60 994,12 millions BIF, soit 17,44% des dépenses courantes de santé.

L'analyse de la structure des dépenses des prestataires par année laisse apparaître que la part des dépenses des centres de santé, a connu une baisse sur la période 2013 à 2016. Cette part dans la DCS en 2016 était de 19% contre 36% en 2013. Cependant, les parts des hôpitaux, des pharmacies, des prestataires des soins préventifs et des prestataires des services administratifs ont enregistré des hausses pour se situer respectivement en 2016 à 26%, 19%, 11% et 14%.

Tableau 4 : Dépenses courantes de santé par prestataires de soins en 2016

Prestataires	Montant	Proportion (%)
Hôpitaux	96 138,88	27,49
Prestataires de soins de santé ambulatoire	68 714,00	19,65
Prestataires de services auxiliaires	5 341,71	1,53
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	71 346,61	20,40
Prestataires de soins préventifs	39 215,15	11,22
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	52 469,66	15,01
Reste de l'économie	16 437,26	4,70
Total DCS	349 663,27	100

Graphique 3: Structure des prestataires de soins de santé en 2013 et 2016



IV. 2. 4. Facteurs de prestation de soins de santé

Les équipements et services constituent le principal facteur de prestation de soins de santé utilisé par les prestataires dans l'offre des biens et des services de santé en 2016. Le financement de la santé alloué aux équipements et services s'élève à 300 784,07 millions BIF, montant représentant jusqu'à 86,02 % des dépenses courantes de santé. Il s'agit de services de soins de santé (26,33 %), des biens de santé (36,59%), des services non sanitaires (20,49%) et de biens non sanitaires (0,32%). Plus spécifiquement, la part des dépenses courantes de santé allouée aux produits pharmaceutiques est de 35,09%. Cette proportion est de 5,17% pour les formations, 1,16% pour l'assistance technique, 0,17% pour les services de laboratoire et d'imagerie et 0,04% pour la recherche opérationnelle.

La rémunération des employés représente le deuxième principal facteur de prestation de soins de santé. Elle s'élève à 48 582,44 millions BIF, soit 13,89 % des dépenses courantes de santé. Cette somme se répartie en traitements et salaires (15 834,88 millions BIF), en cotisations sociales (1 128,80 millions BIF) puis regroupe tous les autres coûts relatifs aux employés (31 618,76 millions BIF). Cette dernière composante représente 9,04 % de l'ensemble des facteurs de prestations.

Les deux facteurs de prestation de soins de santé susmentionnés cumulent 99,92% des dépenses courantes de santé enregistrées en 2016. La part restante concerne les autres rubriques de dépenses en ressources (0,06%) comme les impôts (0,001%) et les facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (0,024%).

Tableau 5: Dépenses courantes de santé par facteurs de prestation

Facteurs de prestation de soins de santé	Montant en millions BIF	Proportion (%)
Rémunération des employés	48 582,44	13,89
Traitements et salaires	15 834,88	4,53
Cotisations sociales	1 128,80	0,32
Tous autres coûts relatifs aux employés	31 618,76	9,04
Rémunération des professionnels particuliers	15,20	0,00
Equipements et services utilisés	300 784,07	86,02
Services de soins de santé	92 071,49	26,33
Service de laboratoire et d'imagerie	602,24	0,17
Autres services de soins de santé	91 469,25	26,16

Biens de santé	127 929,03	36,59
Produits pharmaceutiques	122 685,92	35,09
Autres produits de santé	5 243,11	1,50
Services non sanitaires	71 633,43	20,49
Training / Formation	18 066,15	5,17
Assistance technique	4 057,47	1,16
Recherche opérationnelle	135,01	0,04
Autres services non sanitaires	49 374,80	14,12
Biens non sanitaire	1 120,85	0,32
Autres équipements et services utilisés	8 029,27	2,30
Autres rubriques de dépenses en ressources	196,37	0,056
Impôts	2,48	0,001
Autres rubriques de dépenses	193,89	0,06
Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés	85,18	0,024
Total DCS	349 663,26	100,00

IV. 2. 5. Fonctions de soins de santé

Les principales fonctions de soins de santé en 2016 sont les soins curatifs. Les dépenses courantes de santé relatives à ces soins s'élèvent à 141 074,65 millions BIF. Ce montant représente 40,35% de l'ensemble des dépenses courantes de santé.

Les soins préventifs expliquent également une part importante des dépenses courantes de santé. En effet, le financement des soins préventifs est évalué à 78 733,74 millions BIF, soit 22,52% des dépenses courantes de santé.

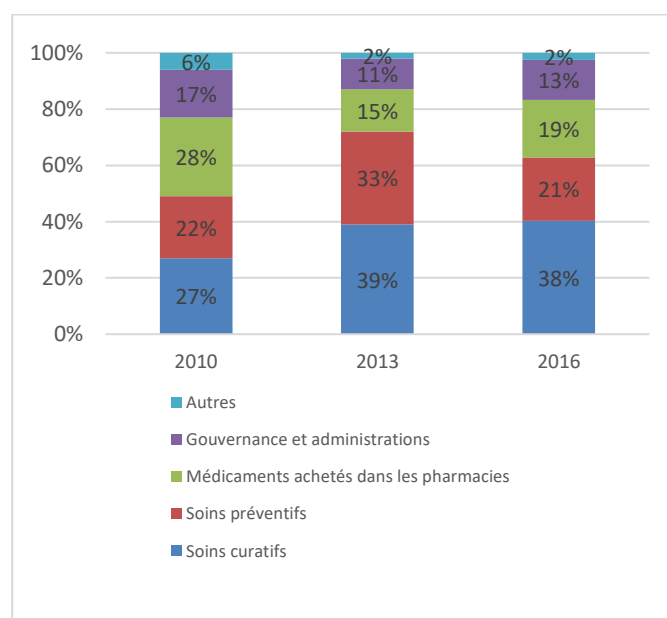
La gouvernance et l'administration du système de santé et des financements ont bénéficié d'une part significative des dépenses courantes de santé. Le financement de cette fonction de santé est estimé à 49 748,85 millions BIF, ce qui correspond à 14,23% des dépenses courantes de santé.

Les autres fonctions de soins de santé que sont les soins de réadaptation (3 589,20 millions BIF), les soins de longue durée (1 060,10 millions BIF) et les services auxiliaires non-spécifié par fonction (3 872,57 millions BIF) cumules 2,30% de l'ensemble des dépenses courantes de santé. Cette proportion correspond à un montant de 8531,90 millions BIF.

Tableau 6: Dépenses de santé par fonctions de soins de santé

Fonctions de soins de santé	Montant en BIF	Proportion (%)
Soins curatifs	141 074,65	40,35
Soins de réadaptation	3 589,20	1,03
Soins (de santé) de longue durée	1 060,10	0,30
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	3 872,57	1,11
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	71 574,14	20,47
Soins préventifs	78 733,74	22,52
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	49 748,85	14,23
Autres services de soins de santé non classés ailleurs	10,03	0,00
Total DCS	349 663,27	100

Graphique 4: Structure des fonctions de soins de santé de 2013 et 2016



IV. 2. 6. Dépenses par maladies et affections

Les maladies infectieuses et parasitaires sont à l'origine de 50,26% des dépenses courantes de santé. Cela correspond à des dépenses de santé estimées à 175685,86 millions BIF. Les ménages ont assuré 32,50% de ces dépenses contre 23,27% pour l'administration publique et 2,37% pour les entreprises.

Parmi les maladies infectieuses et parasitaires, c'est le paludisme qui consomme le plus de ressources. En effet, le montant des dépenses de santé du paludisme est de 63 751,59 millions BIF, soit 18,23% des dépenses courantes de santé. Le VIH/SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles comptent parmi les maladies infectieuses et parasitaires consommant le plus de ressources. La prise en charge de ces maladies a coûté 45 313,83 millions BIF, soit 12,96% des dépenses courantes de santé. Viennent ensuite les infections des voies respiratoires qui justifient 9,21% des dépenses courantes de santé, pour un montant de 32 187,62 millions BIF.

Les dépenses de santé relatives à la santé de la reproduction sont évaluées à 59 902,24 millions BIF. Ce montant représente près de 17,13% des dépenses courantes de santé. Plus spécifiquement, les affections maternelles cumulent 13,91 % des dépenses courantes de santé en raison d'un montant de 48 639,69 millions BIF. Au niveau de la prise en charge des contraceptions, le montant des dépenses en santé est évalué à 8 146,96 millions BIF, ce qui représente 2,33% des dépenses courantes de santé.

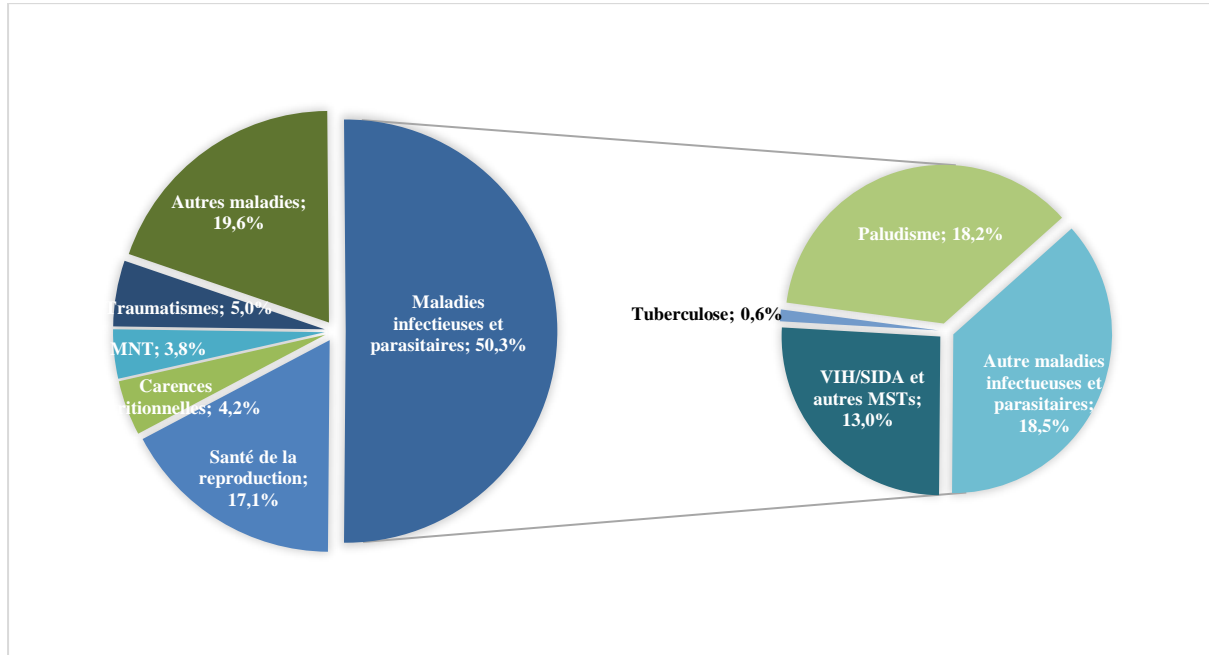
La carence nutritionnelle et les maladies non transmissibles cumulent respectivement 4,21% et 3,75% des dépenses courantes de santé. La prise en charge des carences nutritionnelles est assurée à 92,44% par les ressources extérieures. Les dépenses courantes de santé liées aux maladies non transmissibles sont évaluées à 13 107,54 millions BIF, soit 3,75% de l'ensemble. La part des ménages dans ces dépenses est de 41,01% contre 28,02% pour l'administration publique, 3,21% pour les entreprises et 0,04% pour les ONG/Associations nationales. En particulier, la prise en charge des maladies bucco-dentaires s'élève à 9 889,26 millions BIF, soit 2,83% des dépenses courantes de santé.

Les traumatismes justifient une part non négligeable des dépenses courantes de santé. Le montant des dépenses courantes de santé liées aux traumatismes est de 17 579,33 millions BIF, soit 5,03% de l'ensemble. Ces dépenses sont financées à 44,25% par les ménages et à 34,06% par l'administration publique.

Tableau 7: Dépenses courantes de santé par source de financement et par maladies et affections

Maladies/ Affections	Administration publique	Entreprises	Ménages	ISBLSM	Reste du monde	Total	Proportion (%)
Maladies infectieuses et parasitaires	40 898,36	4 167,77	57 117,33	36,45	73 465,95	175 685,86	50,25%
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	1 506,67	7,53	101,07	6,69	43 649,39	45 271,35	12,95%
Tuberculose	151,1			0,21	1 941,01	2 092,32	0,60%
Paludisme	21 085,08	2 281,05	31 263,68	20,02	9 101,74	63 751,57	18,23%
Infections des voies respiratoires	11 905,03	1 355,47	18 594,25	6,58	326,29	32 187,62	9,21%
Maladies diarrhéiques	4 062,73	469,65	6 423,68	0,94	64,92	11 021,92	3,15%
Maladies tropicales négligées	17,06			0,79	243,62	261,47	0,07%
Maladies évitables par la vaccination	1 618,42				18 095,26	19 713,68	5,64%
Maladies à Virus Ebola (MVE)	57,66					57,66	0,02%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires	494,6	54,08	734,65	1,22	43,72	1 328,27	0,38%
Santé de la reproduction	15 827,93	1 579,33	25 064,67	1 475,60	15 954,70	59 902,23	17,13%
Affections maternelles	15 161,03	1 549,42	24 711,74	3,99	7 213,52	48 639,70	13,91%
Prise en charge d'une contraception (planning familial)	50,53	5,11	87,29		8 004,03	8 146,96	2,33%
Affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées (n.c.a.)	616,38	24,81	265,64	1 471,61	737,16	3 115,60	0,89%
Carences nutritionnelles	447,49	43,49	621,24	0,21	13 609,78	14 722,22	4,21%
Maladies non transmissibles	3 672,83	420,55	5 769,27	5,55	3 239,34	13 107,54	3,75%
Troubles mentaux et du comportement, et affections neurologiques					4,09	4,09	0,00%
Maladies de l'appareil urogénital					35,39	35,39	0,01%
Maladies bucco-dentaires	3 660,71	420,55	5 769,27	0,03	38,7	9 889,26	2,83%
Autres maladies, et maladies non spécifiées, non transmissibles (n.c.a.)	12,12			5,52	3 161,17	3 178,81	0,91%
Traumatismes	5 986,67	566,38	7 779,21	10,65	3 236,42	17 579,33	5,03%
Non lié à une maladie spécifique	41 306,54	214,92	3 869,86		21 601,14	66 992,46	19,16%
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	1 091,07	1,48	506,68	1,05	30,84	1 631,12	0,47%
Total DCS	109 230,89	6 993,92	100 728,26	1 529,52	131 138,19	349 620,78	100,00%

Graphique 5 : Distribution des dépenses suivants les groupes de maladies en 2016



IV. 2. 7. Dépense de santé des ménages par prestataires de soins

Les dépenses de santé des ménages sont principalement orientées vers les prestataires de biens médicaux (56,05%) les hôpitaux (38,40%) et les prestataires de soins de santé ambulatoire (5,55%). Ces deux prestataires de soins de santé se partagent 43,95% des dépenses de santé assurées par les ménages.

Les dépenses de santé des ménages enregistrées chez les détaillants et autres prestataires de biens médicaux représentent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses des ménages. Cette proportion milite en faveur de la mise en place d'un système de réduction de ces dépenses.

Selon les données disponibles la désagrégation des dépenses par prestataire n'a pas été possible, ce qui n'a pas permis d'avoir les dépenses des prestataires des services auxiliaires. Des soins préventifs et du reste de l'économie issu des ménages. Cela s'explique par les limites de l'enquête ménage qui n'a pas permis de disposer de ces informations.

Tableau 8 : Dépenses de santé des ménages par prestataires de soins de santé

Prestataires de soins de santé	Montant en millions BIF	Proportion (%)
Hôpitaux	38 682,99	38,40
Prestataires de soins de santé ambulatoire	5 588,27	5,55
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	56 457,01	56,05
Total Dépense de santé des Ménages	100 728,26	100,00

IV. 3. DEPENSES DES INVESTISSEMENTS EN SANTE

Évalué à 20 110,98 millions BIF, les investissements en santé sont assurés à 65,57 % par les ressources extérieures et à 34,16% par l'administration publique. Les ONG/Associations ont également participé au financement des investissements en santé, à hauteur 0,27%.

Les dépenses d'investissement en santé les plus importantes sont celles allouées à la formation brute de capital fixe. En effet, le graphique ci-dessous présente la part des investissements en santé alloué à la réalisation des Infrastructures de santé (37,3%) et à l'acquisition d'équipements médicaux (44,60%), de matériel de transport (16,02%), puis de machines et autres équipements (13,02%). La formation brute de capital est uniquement financée par l'administration publique, le reste du monde et les ISBLSM.

Les actifs non financiers non produits sont évalués à **969,90** millions BIF et représentent 4,80% des investissements en santé. L'acquisition de ces actifs est uniquement financée par l'administration.

Tableau 9: Investissement en santé par source de financement

	Administration publique	ISBLSM	Reste du monde	Proportion %	Total
Formation brute de capital	6 869,72	54,91	13 186,34	-	20 110,98
Formation brute de capital fixe	6 869,72	54,91	13 186,34	-	20 110,98
Infrastructure	4 030,04	0,00	3 471,82	37,3	7 501,86
Bâtiments résidentiels et non résidentiels	4 030,04	0,00	3 471,82	-	7 501,86
Machines et équipements	1 869,77	54,91	9 714,52	57,9	11 639,21
Equipements médicaux	899,87	25,41	8 034,67	44,6	8 959,95
Matériel de transport	0,00	16,02	0,00	0,1	16,02
Equipements TIC	0,00	1,85	0,00	0,0	1,85

Machines et autres équipements	969,90	11,63	1 679,86	13,2	2 661,39
Produits de la propriété intellectuelle	969,90	0,00	0,00	4,8	969,90
Total	6 869,72	54,91	13 186,34	100,00	20 110,98
Proportion (%)	34,16	0,27	65,57		100,00

V. PRINCIPAUX INDICATEURS EN SANTE

Sur les périodes 2010 et 2016, il y a eu un accroissement remarquable dans les dépenses courantes en santé (DCS), qui sont passées de 286 milliards FBU en 2010 à 350 milliards FBU en 2016 avec un pic en 2013 qui est de 390 milliards FBU. Le même comportement s'observe avec les dépenses d'investissement qui sont passées de 18 milliards FBU à 20 milliards FBU pendant la même période.

Cependant, tenant compte de la croissance de la population ainsi que du taux d'inflation, il devient clair que les dépenses totales en santé (DTS) par habitant en termes nominale ont d'abord augmenté entre 2010 et 2013 de 35 840 FBU à 46 541 FBU et ont ensuite baissé pour atteindre 32 971 FBU en 2016, soit 19,07 USD. Toutes fois, les dépenses par habitant restent en deçà des 112 USD de DTS par habitant et par an recommandé par les financements innovants des systèmes de Santé pour assurer une prestation de service de santé de base.

La participation du Gouvernement par le biais du budget alloué à la santé en pourcentage du budget total a augmenté fortement de 10,41% en 2010 à 10,9% en 2013 et 12,9% en 2016. 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.

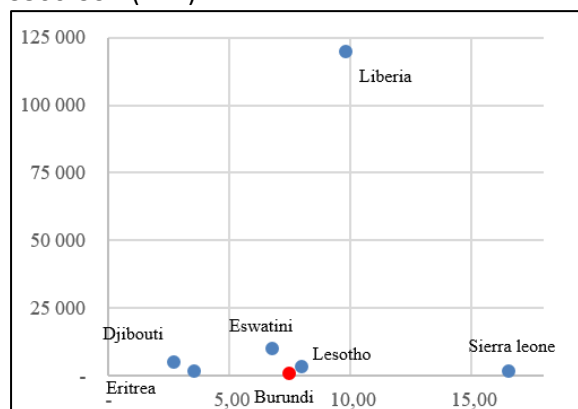
Cependant, les DTS comme pourcentage du PIB s'élèvent à 7,6% en 2016 (voir tableau 10) et cet indicateur est donc plus faible au Burundi que dans les autres pays avec un PIB comparable (voir Graphique a). En plus, au niveau de la Communauté de l'Afrique de l'Est (EAC), seulement le Kenya dépense plus dans le secteur de la santé par rapport à son PIB que le Rwanda et l'Ouganda. Le Burundi est le pays qui dépense moins dans la santé parmi les pays de l'EAC excepté la Tanzanie ou les données n'ont pas été disponibles (voir Graphique b). Néanmoins, en comparaison avec les autres pays de l'EAC, le Burundi a traversé une crise socioéconomique en 2015, ce qui explique le niveau de l'indicateur. Ce résultat peut aussi être expliqué en tenant compte du fait que les autres pays ont des PIB par habitant plus élevé et donc des DTS absolues élevées par rapport au Burundi. Aussi, les dépenses de santé élevées en santé ne se traduisent pas automatiquement et dans l'immédiat dans une amélioration de l'état de santé de la population, mais d'autres facteurs, comme l'histoire récente d'un pays et l'efficacité de la mobilisation et de l'utilisation des fonds dans le secteur jouent également un rôle important.

Tableau 10: Principaux indicateurs en santé de 2010 à 2016

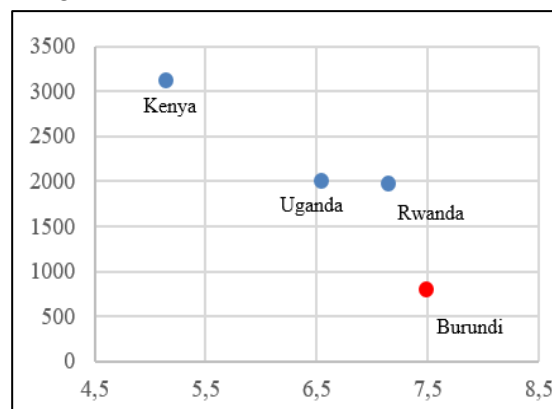
INDICATEURS	2010	2013	2016
Dépenses courantes en Santé (Millions FBU courant)	285 864	389 874	349 663
Dépenses d'investissement (Millions FBU courant)	18 331	40 596	20 111
Dépenses totales en Santé (DTS, Millions FBU courant)	304 195	430 470	369 774
Population ¹¹	8 487 650	9 249 336	11 215 024
DTS par habitant (FBU courant)	35 840	46 541	32 971
DTS par habitant (USD)	29,12	29,93	19,07
DTS en % du PIB	12,2%	10,2%	7,6%
% du budget de l'État alloué à la santé	10,4%	10,9%	12,9%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses courantes de santé	28,0%	19,0%	28,8%
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	22,0%	33,0%	21,2%
Dépenses des soins curatifs en % des dépenses totales de santé	27,0%	39,0%	38,0%
Dépenses des médicaments en % des dépenses courantes de santé	28,0%	15,0%	19,3%
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	53,0%	62,0%	37,5%
Dépenses des salaires payés par l'État en % les dépenses de santé de l'État			37,0%
Dépenses des assurances maladies en % dépense totale de santé	6,0%	4,0%	6,9%

Graphique 6 : Comparaison internationale des dépenses courantes en santé en % du PIB en 2016¹²

a) Comparaison avec pays avec PIB entre 2500 et 3500 USD (PPA)



b) Comparaison avec les autres pays membres de l'EAC



¹¹ ISTEERU

¹² Source : GHED

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Ce rapport présente les dépenses dans le secteur de la santé au Burundi en 2016. Malgré une augmentation des dépenses totales en santé de 304 milliards FBU en 2010 à 430 milliards FBU en 2013, les dépenses totales de santé ont connu une baisse pour s'établir 370 milliards FBU en 2016. Les dépenses par habitant et en termes nominal ont diminué de 46 541 FBU en 2013 à 32 971 FBU en 2016. Ce qui correspond à une dépense par habitant de 19,07 USD en 2016, restant loin des 112 USD recommandés pour les financements innovants des systèmes de santé pour assurer une prestation de service de santé de base. Par ailleurs, le Burundi dépense moins sur le secteur de la santé comme pourcentage du PIB que les autres pays de l'EAC avec un PIB comparable.

Les fonds d'origine étrangère constituent la source de financement la plus importante, à hauteur de 37,5% en 2016. Les paiements directs des ménages constituent la deuxième source de fonds et contribuent sous forme d'un ticket modérateur ou de paiement direct sans partage de coût avec une part estimée à 28,81% des DCS en 2016. L'administration publique en tant que Troisième source de financement contribue aux dépenses de santé à hauteur de 24,36% y compris la mutuelle de la fonction publique qui contribue à environs 7%.

L'analyse du financement de la santé selon les prestataires montre que 96 milliards FBU (2016), soit environ 27,49% des DCS ont été dépensés au niveau des hôpitaux, reflétant bien l'importance de ces prestataires dans le système sanitaire. Les dépenses des pharmacies et des centres de santé sont estimées respectivement à 71 milliards FBU et 69 milliards FBU. La part des soins préventifs a connu une légère hausse passant de 10% des DCS en 2013 à 11% en 2016.

Le paludisme, le VIH/Sida, les affections maternelles et les infections des voies respiratoires 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.

La distribution des dépenses par maladies laisse entrevoir une forte dépendance aux ressources extérieures variant de 96,41 pour le VIH à 92,77% pour la Tuberculose d'où **la nécessité de mettre en place des stratégies innovantes de mobilisation de ressources domestiques et de renforcer le plaidoyer pour la mobilisation supplémentaire des ressources auprès de l'Etat, permettant de garantir la pérennité du financement pour la lutte contre ces maladies.**

L'analyse des dépenses des ménages fait ressortir une hausse des paiements directs des ménages dans la DCS de 10 % sur la période de 2013 à 2016 pour une part absolue de 29%. Cette part reste toujours élevée malgré les efforts consentis par l'Etat et ses partenaires dans la mise des soins de santé dans un contexte où la dépense de santé par tête d'habitant estimée à 19,07 \$ USD est de loin inférieures à la norme de 112 \$USD. Cette analyse milite en faveur de **l'extension de la mutuelle de la fonction publique vers une assurance maladie universelle afin d'améliorer davantage**

l'accès aux soins des populations et de réduire les risques financiers associés, avec un accent particulier pour les populations pauvres et vulnérables.

Le financement du secteur santé connaît une baisse sur la période de 2013 à 2016 du fait de la crise socioéconomique qu'a traversé le pays. Aussi, il reste insuffisant pour assurer un paquet minimum des services.

La faible importance des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques comme par exemple la CAM, les mutuelles communautaires, et les assurances privées (6,7%) ainsi que le niveau élevé des dépenses directes des ménages estimées à 100, 8 millions de FU en 2016 soit (28,8%), constituent un frein pour l'accès des populations aux soins de qualité. La mutualisation des risques à travers les prépaiements pourrait réduire le fardeau pour les ménages et surtout la proportion de populations exposées aux dépenses catastrophiques.

Les données collectées en 2016 n'ont pas permis de faire une distribution spatiale des dépenses de santé. 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. Aussi, pour améliorer la qualité des prochains exercices à travers l'estimation des dépenses par maladies, il serait nécessaire d'élaborer une matrice des clés de répartition avec les données épidémiologiques, ce qui permettra de disposer d'un outil actualisable et qui servira à renforcer la qualité des données.

Les recommandations suivantes sont formulées :

Au MSPLS et au gouvernement en général :

- Élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de financement de la santé qui promeut la mutualisation des risques et le renforcement des mécanismes de prépaiement.
- Institutionnaliser l'élaboration des CS à travers la mise en place officielle des comités technique et de pilotage et assurer régulièrement leur production.
- Pour une meilleure appropriation des résultats des comptes par les acteurs du financement du système de santé, il s'avère nécessaire de procéder à une large diffusion des rapports et requérir les orientations des utilisateurs avant le début de chaque exercice des comptes

Aux partenaires techniques et financiers du gouvernement du Burundi :

- Aligner leurs activités et appui financier sur les priorités nationales ;
- Soutenir l'institutionnalisation et l'élaboration régulière des CS
- Faciliter la formation/la mise à niveau régulière des membres de l'équipe nationale des comptes de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

- OMS, Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011, version abrégée, Juin 2012
- Annuaire statistique du MSLS, 2016
- Plan National de Développement Sanitaire 2019-2023, décembre 2018
- Projections démographiques 2010-2050 niveau national et provincial, ISTEEBU, Avril 2017
- Rapport de l'enquête modulaire sur les conditions de vie de ménage (2013 – 2014), Mai 2015
- Troisième Enquête Démographique et de Santé du Burundi (EDSB-III 2016-2017), Mai 2017
- Etude sur les grossesses en milieu scolaire, Novembre 2013, Ministère de la Santé Publique en appui avec l'UNFPA
- Enquête STEPS sur les facteurs de risque des maladies chroniques non transmissibles dans la province de Kirundo, Juin 2014
- <http://apps.who.int/nha/database>
- <https://www.banquemondiale.org>
- <https://www.populationdata.net>

ANNEXES

I. EQUIPE D'ELABORATION

❖ Equipe technique :

1. Dr MINANI Pierre, Directeur Général de la Planification ;
2. Dr KUBWIMANA Zacharie, Directeur de la Planification et Suivi-Evaluation
3. M. NGABONZIZA Ignace, DPSE, Point Focal des CS/MSPLS
4. Dr NGEZAHAYO Clément, DSNIS
5. Dr NDAYIKEZA Christine, DGP
6. Mme NAHANIYO Consolata, DGP
7. Mme NDAYININAHAZA Goreth, DGP
8. M. NIYONEMEYE Ladislav, DGP
9. Mme NKURUNZIZA Alice, ABREMA
10. Mme BARUTWANAYO Jeannette, DPSE
11. M. DUNIA Prudence, ISTEEBU
12. M. IRAMBONA Eric, MFBPE

❖ Point Focal des CS/OMS :

1. M. NZAMBIMANA Joseph

❖ Consultants:

1. M. DOAMBA J. Edouard
2. M. NASSA T. Simon

II. TABLEAUX CROISES

1) HF x FS

Recettes des régimes de financement des soins de santé		FS.1	FS.2	FS.3	FS.5	FS.6	FS.7	Tous FS
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>		Transferts issus des revenus nationaux de l'administration	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Cotisations d'assurance sociale	Prépaiement volontaire	Autres revenus nationaux n.c.a.	Transferts directs étrangers	
Régimes de financement								
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	98 619,06	104 990,77	6 021,75				209 631,58
HF.1.1	Régimes de l'administration publique	80 525,98	104 990,77					185 516,75
HF.1.2	Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	18 093,08		6 021,75				24 114,83
HF.2	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	10 234,20			3 603,31	2 009,82	19 034,56	34 881,90
HF.2.1	Régimes d'assurance maladie facultative	10 234,20			3 603,31			13 837,51
HF.2.2	Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)					2 009,82	19 034,56	21 044,39
HF.3	Paiement direct des ménages					98 097,12		98 097,12
HF.3.1	Paiement direct sans partage de coûts					98 097,12		98 097,12
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)						7 052,67	7 052,67
HF.4.2	Régimes facultatifs (non-résidents)						7 052,67	7 052,67
Tous HF		108 853,25	104 990,77	6 021,75	3 603,31	100 106,95	26 087,23	349 663,27

2) HP x HF

Régimes de financement		HF.1	HF.2	HF.3	HF.4	Tous HF
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	
Prestataires de soins de santé						
HP.1	Hôpitaux	49 975,73	9 109,74	36 127,05	926,35	96 138,88
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	45 230,51	15 350,53	5 585,66	2 547,30	68 714,00
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	3 878,41	1 461,29		2,01	5 341,71
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	13 250,03	1 712,17	56 384,41		71 346,61
HP.6	Prestataires de soins préventifs	35 117,04	4 098,11			39 215,15
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	51 719,59	230,62		519,46	52 469,66
HP.8	Reste de l'économie	10 460,27	2 919,44		3 057,55	16 437,26
Tous HP		209 631,58	34 881,90	98 097,12	7 052,67	349 663,27

3) HC x HF

Régimes de financement		HF.1	HF.2	HF.3	HF.4	Tous HF
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	
Fonctions des soins de santé						
HC.1	Soins curatifs	80 785,65	17 787,12	41 591,21	2 352,06	142 516,04
HC.2	Soins de réadaptation		3 589,20			3 589,20
HC.3	Soins (de santé) de longue durée	1 060,10				1 060,10
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	3 865,88	6,69			3 872,57
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	13 373,25	1 816,47	56 384,41		71 574,14
HC.6	Soins préventifs	62 066,62	10 923,08	121,50	4 181,15	77 292,35
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	48 480,08	749,31		519,46	49 748,85
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)		10,03			10,03
Tous HC		209 631,58	34 881,90	98 097,12	7 052,67	349 663,27

4) HC x HP

Prestataires de soins de santé		HP.1	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	Tous HP
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>		Hôpitaux	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de	Reste de l'économie	
Fonctions des soins de santé									
HC.1	Soins curatifs	95 114,71	43 672,15	14,55		439,56	3 254,22	20,85	142 516,04
HC.2	Soins de réadaptation	570,56	3 018,64						3 589,20
HC.3	Soins (de santé) de longue durée		1 060,10						1 060,10
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)		5,69	3 866,88					3 872,57
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	227,52			71 346,61				71 574,14
HC.6	Soins préventifs	156,89	20 422,41	1 460,29		38 763,44	142,53	16 346,80	77 292,35
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	69,20	535,00			2,12	49 072,92	69,61	49 748,85
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)					10,03			10,03
Tous HC		96 138,88	68 714,00	5 341,71	71 346,61	39 215,15	52 469,66	16 437,26	349 663,27

5) HF x FA

Agents de financement		FA.1	FA.2	FA.4	FA.5	FA.6	Tous FA
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>							
Régimes de financement		Administrations publiques	Sociétés d'assurance	Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	Ménages	Reste du monde	
HF.1	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	209 631,58					209 631,58
HF.2	Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	10 234,20	3 603,31	21 044,39			34 881,90
HF.3	Paiement direct des ménages				98 097,12		98 097,12
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)					7 052,67	7 052,67
Tous HF		219 865,78	3 603,31	21 044,39	98 097,12	7 052,67	349 663,27

6) HP x FP

Facteurs de prestation de soins de santé		FP.1	FP.2	FP.3	FP.5	FP.nec	Tous FP
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>		Rémunération des employés	Rémunération des professionnels particuliers	Equipements et services utilisés	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	Facteurs de prestation de soins de santé non	
Prestataires de soins de santé							
HP.1	Hôpitaux	2 280,12	12,20	78 697,53	15 083,50	65,52	96 138,88
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	2 653,96		56 297,00	9 763,03		68 714,00
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	360,10		4 968,32	13,30		5 341,71
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	2 157,53		50 870,18	18 318,90		71 346,61
HP.6	Prestataires de soins préventifs	3 760,91		34 118,72	1 315,86	19,66	39 215,15
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	39 608,94	3,00	12 857,73			52 469,66
HP.8	Reste de l'économie	1 040,86		9 819,34	5 577,06		16 437,26
Tous HP		51 862,41	15,20	247 628,82	50 071,66	85,18	349 663,27

7) DIS x FS.RI

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	FS.RI.1.1	FS.RI.1.2	FS.RI.1.3	FS.RI.1.4	FS.RI.1.5	FS.RI.1.5.1	FS.RI.1.5.2	FS.RI.1.5.3	FS.RI.1.nec	Tous FS.RI
	Administration publique	Entreprises	Ménages	ISBLSM	Reste du monde	Baillleurs bilatéraux	Baillleurs multilatéraux	Baillleurs privés	Unités institutionnelles non spécifiées fournissant des	
<i>Burundi Franc (BIF), Million</i>										
Classification des maladies / affections										
DIS.1.1 VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles	1 506,67	7,53	101,07	6,69	43 649,39	3 189,40	40 347,14	112,85	42,48	45 313,83
DIS.1.2 Tuberculose	151,10			0,21	1 941,01	19,42	1 921,59			2 092,33
DIS.1.3 Paludisme	21 085,08	2 281,05	31 263,68	20,02	9 101,74	3 581,97	5 519,77			63 751,59
DIS.1.4 Infections des voies respiratoires	11 905,03	1 355,47	18 594,25	6,58	326,29	151,17	175,13			32 187,62
DIS.1.5 Maladies diarrhéiques	4 062,73	469,65	6 423,68	0,94	64,92	46,49	18,42			11 021,91
DIS.1.6 Maladies tropicales négligées	17,06			0,79	243,62	3,61	240,01			261,47
DIS.1.7 Maladies évitables par la vaccination	1 618,42				18 095,26	189,53	17 905,73			19 713,68
DIS.1.9 Maladies à Virus Ebola (MVE)	57,66									57,66
DIS.1.nec Autres maladies infectieuses et parasitaires	494,60	54,08	734,65	1,22	43,72	10,41	33,31			1 328,27
DIS.2.1 Affections maternelles	15 161,03	1 549,42	24 711,74	3,99	7 213,52	2 164,93	5 048,58			48 639,69
DIS.2.3 Prise en charge d'une contraception (planning familial)	50,53	5,11	87,29		8 004,03	5 987,27	2 016,76			8 146,96
DIS.2.nec Autres Affections liées à la SR	616,38	24,81	265,64	1 471,61	737,16	278,56	384,16	74,43		3 115,59
DIS.3 Carences nutritionnelles	447,49	43,49	621,24	0,21	13 609,78	2 244,92	11 364,86			14 722,22
DIS.4 Maladies non transmissibles	3 672,83	420,55	5 769,27	5,55	3 239,34	3 234,32	5,02			13 107,54
DIS.5 Traumatismes	5 986,67	566,38	7 779,21	10,65	3 236,42	970,14	2 266,28			17 579,33
DIS.6 Non lié à une maladie spécifique	41 306,54	214,92	3 869,86		21 601,14	1 591,34	20 008,25	1,55		66 992,45
DIS.nec Autres maladies/affections	1 091,07	1,48	506,68	1,05	30,84	5,04	25,80			1 631,13
Tous DIS	109 230,89	6 993,92	100 728,26	1 529,52	131 138,19	23 668,53	107 280,83	188,83	42,48	349 663,27