

BURKINA FASO
MINISTERE DE LA SANTE
.....
SECRETARIAT GENERAL
.....



**SUPPORTING THE USE OF RESEARCH EVIDENCE (SURE) FOR
POLICY IN AFRICAN HEALTH SYSTEMS**

(Soutenir l'utilisation des évidences scientifiques issues de la recherche pour l'élaboration des politiques dans les systèmes de santé en Afrique)

**NOTE DE POLITIQUE : Stratégies d'amélioration des allocations
budgétaires pour la santé au Burkina Faso**

Rapport final

novembre 2011

04 novembre 2011

Note de politique

Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso

A qui s'adresse cette note de politique?

Décideurs et gestionnaires, leurs collaborateurs et les personnes intéressées par le sujet de la note de politique

Pourquoi cette note a-t-elle été rédigée?

Cette note de politique a été rédigée pour fournir une synthèse de données probantes relatives au problème ainsi que des options pour y faire face

! Cette note d'information comprend:

- Une description d'un problème du système de santé
- Des options politiques
- Des considérations de mise en œuvre de ces options

X Cette note ne contient pas de recommandations

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des approches explicites et systématiques pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta analyses.

Les auteurs

Zida André¹, Economiste administrateur des services de santé, Gbangou Adjima², Economiste démographe, Bocar Kouyaté³, MD, MPH, PhD, Alain D. ZOUBGA⁴, MD, MPH, ZONGO Oumarou⁵, Juriste administrateur des services financiers, Salimata Ki/Ouédraogo⁶, Juriste Administrateur civil, Msc

¹Chargé de l'élaboration des comptes nationaux de la santé, Ministère de la santé

²Chef de service coordination des activités de recherche, Ministère de la santé

³Conseiller technique du Ministre de la santé, Ministère de la santé

⁴Chef de service renforcement des capacités, Ministère de la santé

⁵chef de service financier, Ministère de la santé

⁶Chef de service valorisation des résultats de recherche, Ministère de la santé, coordonnatrice du projet SURE

Adresse pour toute correspondance

Salimata KI/OUEDRAOGO

Coordonnatrice du projet SURE/Burkina Faso

Ministère de la Santé,

03 BP 7009 Ouagadougou 03 Burkina Faso

E-mail: salimata_ki@yahoo.fr

Suggestion pour les citations

Zida André, Ki/Ouédraogo S, Kouyaté B, **Stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso** (Note de politique SURE). Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de la santé, 2010. www.evipnet.org/sure

SOMMAIRE

MESSAGES CLES	5
RESUME	6
ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
I. PROBLEME	12
1.1. Historique des allocations budgétaires au ministère de la santé	12
1.1.1. Les engagements pris par l'Etat en matière de financement de la santé	13
1.1.2. Les stratégies mises en œuvre dans le cadre du financement	14
1.1.3. Allocation budgétaire au sein du Ministère de la santé	17
1.1.4. Les dépenses de santé au Burkina Faso	17
1.1.5. Stratégies mises en place par le Ministère de la santé pour améliorer l'allocation budgétaire	20
1.1.6. Budget programme	22
1.1.7. Facteurs entravant la réussite de ces stratégies	23
1.2. Identification des problèmes	24
1.2.1. Coûts élevés des services de santé	24
1.2.2. Méthode d'allocation des ressources financières inappropriée	24
1.2.3. Faible capacité financière des populations face aux besoins de santé	25
1.3. Formulation du problème	25
II. OPTIONS POLITIQUES	26
2.1. Utilisation des clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé	26
2.2. Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé (CNS)	30
III. CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES OPTIONS POLITIQUES	32
3.1. Coûts financiers des options politiques	33
CONTRIBUTION DES AUTEURS	34
CONFLITS D'INTERET	34
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	35
ANNEXES	37

MESSAGES CLES

- les allocations budgétaires ne tiennent pas toujours compte des problèmes réels que rencontrent les structures de santé et les populations ;
- les ménages constituent la première source de financement de la santé (38% ménages, 31% Etat, 29% partenaires techniques et financiers et 1% entreprises) ;
- les ressources, malgré leur faiblesse, ne sont pas suffisamment orientées vers les interventions à gain rapide ;
- les allocations budgétaires ne tiennent pas compte de la performance des structures ;
- les allocations budgétaires au Burkina Faso sont généralement basées sur le modèle historique ;
- l'utilisation des clés et critères de répartition des financements permettrait une meilleure allocation budgétaire au sein du ministère de la santé ;
- l'utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé pourrait contribuer à une amélioration de la mobilisation de financements additionnels.

RESUME

La présente note de politique, deuxième du genre, a été préparée par l'équipe pays du projet « Soutenir l'utilisation des bases factuelles issues de la recherche (SURE) pour l'élaboration des politiques dans les systèmes de santé en Afrique » du Burkina Faso. Elle porte sur les stratégies d'amélioration des allocations budgétaires pour la santé au Burkina Faso.

Problème

Depuis les indépendances, les stratégies d'allocation budgétaire au niveau du ministère de la santé étaient basées sur l'analyse des budgets passés (allocation historique), les contraintes budgétaires générales et sur des pourcentages d'augmentation des crédits par rapport aux exercices précédents. Elles ne se fondaient pas sur les priorités des programmes. En effet, dans la pratique, la circulaire budgétaire est généralement accompagnée des montants alloués à chaque structure, calculés sur la base des allocations de l'année précédente.

La mise en œuvre parfois concomitante de différents instruments ou initiatives (CDMT, PPTE, CGAB, Cadre de planification et de suivi des financements du secteur de la santé) et de différentes stratégies d'allocation budgétaire (IGR, alignement du cycle de planification à l'élaboration du budget de l'Etat, financement basé sur les résultats, budget programme) a certes contribué à accroître globalement le financement de la santé, mais les allocations budgétaires n'ont tenu compte ni des besoins des structures de santé, ni du niveau de santé de la population, ni de l'émergence et la réémergence de certaines pathologies. La conséquence qui en a résulté, est une allocation budgétaire inadaptée et répartie de manière non équitable.

Causes du problème

Plusieurs causes pourraient expliquer l'insuffisance des stratégies d'allocation budgétaire au niveau du Ministère de la santé. Parmi celles-ci, les plus importantes sont :

- l'inadéquation de l'allocation des ressources financières résultant de la non application des critères de répartition (besoins réels des structures de santé, taille de la population, niveau des indicateurs de santé, etc.) ;
- la multiplicité des stratégies et des outils d'allocation des ressources financières ;
- l'insuffisante exploitation des outils d'aide à la décision (comptes nationaux de la santé, revue des dépenses publiques, Cadre des dépenses à moyen terme et Marginal Budgeting for Bottlenecks (MBB)) ;
- la faiblesse des ressources économiques du pays ;
- la pauvreté des populations.

Options politiques

Au regard de l'analyse de la situation, deux options politiques sont proposées dans la présente note de politique pour améliorer l'allocation budgétaire au niveau du Ministère de la santé. Il s'agit de :

- utilisation de l'outil sur les clés et critères harmonisés de répartition des fonds du budget de l'Etat et des partenaires techniques et financiers ;
- l'utilisation optimale des résultats des comptes nationaux de la santé (CNS).

Elles peuvent être adoptées et mises en œuvre de façon indépendante ou complémentaire. Pour ce faire, des évidences scientifiques sont apportées pour soutenir chaque option.

Option 1 : Utilisation de l'outil sur les clés et critères de répartition des fonds du Ministère de la santé

L'allocation des ressources financières au sein du ministère de la santé doit tenir compte des zones géographiques, du niveau des indicateurs de santé, du niveau de pauvreté des populations et inclure d'autres critères permettant d'avoir des clés objectifs de répartition. Elle doit se faire suivant un modèle permettant une transparence et qui prenne en compte l'équité. L'examen des revues internationales sur l'allocation des financements confirme la nécessité d'utiliser des modèles et des critères d'allocation des financements de la santé afin de réduire l'iniquité. Le modèle généralement utilisé est le modèle « resource allocation working party » (RAWP). Il a été développé par la Grande Bretagne pour réduire les disparités et établir une équité dans l'allocation des financements de la santé. Le modèle RAWP recommande la prise en compte des éléments suivants dans l'allocation budgétaire aux structures de santé :

- la taille de la population ;
- un ajustement qui prend en compte les facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe ;
- une pondération qui tienne compte des besoins en soins de santé ;
- l'évolution des indicateurs de santé ;
- le développement des services locaux.

Il a été utilisé par des pays tels que le Ghana, la Nouvelle Zélande, le Canada, l'Afrique du Sud, la Zambie et l'Ouganda afin d'améliorer l'équité dans le financement de la santé.

Option 2 : Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé (CNS)

Les comptes nationaux de la santé peuvent être utilisés pour améliorer les allocations budgétaires dans le système de santé à deux niveaux :

- l'augmentation du volume du budget de la santé par le Ministère de l'économie et des finances et par les partenaires techniques et financiers ;
- l'accroissement de l'allocation des financements sur les fonctions de santé sous-financées pour une meilleure atteinte des résultats.

Plusieurs pays ont utilisé les données des CNS pour augmenter le volume des financements de la santé. A titre d'exemple, en 2006, l'équipe technique d'élaboration des comptes de la santé du Niger a utilisé les données des CNS en combinaison avec d'autres données pour mieux argumenter les discussions budgétaires face au Ministère de l'Economie et des Finances et la commission sociale de l'assemblée nationale. Ce qui a permis d'accroître le budget de la santé de 49,9% entre 2006 et 2007. Par ailleurs, en 2008, une étude réalisée dans l'espace CEDEAO et en Mauritanie a confirmé que les CNS ont été utilisés non seulement pour augmenter les enveloppes globales des budgets de certains Ministères de la santé, mais aussi pour accroître l'allocation des ressources au profit des structures de santé du niveau périphérique.

Considérations pour la mise en œuvre des options politiques

Tableau n°1 Identification des barrières et des stratégies de mise en œuvre des options politiques

Options	Obstacles	Stratégies de mise en œuvre
Utilisation de l'outil sur les clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé	La faible adaptation des clés de répartition de 2008 ; L'insuffisance de concertation des acteurs du système de santé ; La réduction des allocations de certaines structures de santé ; L'insuffisance de volonté politique.	Actualisation des clés de répartition des financements de la santé proposées en 2008 ; Révision de l'outil Excel de répartition automatisée des financements ; Organisation d'un atelier national avec les directeurs régionaux, les médecins chefs de districts, les directeurs centraux et des hôpitaux, de même que les gestionnaires et DAF des différentes structures ; Priorisation des activités à gain rapide ; Amendement de l'outil par les différents niveaux ; Développement d'un plaidoyer .
Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé	L'insuffisance de la qualité des données collectées au niveau du secteur privé et de certains partenaires techniques et financiers ; Le délai de production long ;	Mise en place des mécanismes formels de concertation et d'harmonisation entre les acteurs du développement sanitaire ; Renforcement des capacités pour l'élaboration à temps ;

Options	Obstacles	Stratégies de mise en œuvre
<p>Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé</p>	<p>L'insuffisance de disponibilité des données financières pour la réalisation des CNS ;</p> <p>La faible utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé ;</p> <p>L'insuffisance de financement pour la réalisation des comptes nationaux de la santé ;</p> <p>Les coûts élevés de la production des CNS.</p>	<p>Developpement de plaidoyer ;</p> <p>Dissemination des résultats des CNS Utilisation des CNS ; Adopter les outils actuel pour l'adapter au budget ;</p> <p>Inscription d'une ligne budgétaire pour la réalisation des CNS (plaidoyer) ;</p> <p>Collecte routinière des données financières dans le système de santé ; Utilisation de la base de données du bilan du plan d'action du Ministère de la santé.</p>

ABREVIATIONS

ARV	Anti- rétroviraux
BIT	Bureau international du travail
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CGAB	Cadre général d'organisation des appuis budgétaires
CNS	Comptes nationaux de la santé
CSD	Cadres sectoriels de dialogue
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DAF	Direction de l'administration et des finances
IGR	Intervention à gain rapide
ISBLM	Institution sans but lucratif au service des ménages
MBB	Outil de budgétisation pour la levée des goulots d'étranglement
NST	Non spécifié par type
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest-africaine de la santé
OUA	Organisation de l'unité africaine
PADS	Programme d'appui au développement sanitaire
PAS	Programme d'ajustement structurel
PCIM/VIH	Prise en charge intégrée des maladies liées au VIH
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEMFAR	Public Expenditure Management and Financial Accountability

PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PTF	Partenaires techniques et financiers
RAWP	Resource Allocation Working Party
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SURE	Supporting the use of research evidence (sure) for policy in african health systems
TDO	Traitement directement observé
UEMOA	Union économique et monétaire ouest africaine
VIH/SIDA	Virus immunodéficience humain/Syndrome immunodéficience acquise

INTRODUCTION

L'allocation budgétaire consiste à affecter des ressources à des stratégies et activités définies dans le cadre des plans d'action élaborés pour développer un secteur ou l'ensemble des secteurs de l'économie nationale. Cette affectation est en fait une évaluation réaliste du coût de la mise en œuvre de chaque activité et de chaque stratégie. Toutefois, dans un contexte de ressources insuffisantes comme c'est souvent le cas, l'allocation budgétaire devrait tenir compte des stratégies et activités les plus porteuses de résultats car l'objectif de cet exercice est d'allouer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés, ceci à moindre coût.

Au Burkina Faso, l'allocation budgétaire au niveau du secteur de la santé ne semble pas obéir à cette logique. En effet, l'historique des stratégies d'allocation budgétaire mises en œuvre dans le secteur de la santé révèle que plusieurs approches ont été utilisées par le Ministère de la santé, principalement celle basée sur l'analyse des budgets antérieurs, les contraintes budgétaires générales et les pourcentages d'augmentation des crédits par rapport aux exercices précédents. On note que le Ministère de la santé et les partenaires techniques et financiers de la santé utilisent des stratégies d'allocation budgétaires différentes. Et même au sein du Ministère de la santé, plusieurs méthodes différentes sont utilisées par la DAF et le PADS. De surcroît, aucun d'eux ne fondait l'allocation de ses ressources sur des critères géographiques, de niveau de santé, de niveau de pauvreté des populations et d'autres critères permettant de disposer des clés objectifs de répartition. Il en est résulté une allocation budgétaire inadaptée et répartie de manière non équitable.

Les causes du problème sont multiples. Cependant, on peut incriminer fortement la non application des clés de répartition, la multiplicité des stratégies et des outils d'allocation des ressources financières, l'exploitation insuffisante des outils d'aide à la décision tels que les comptes nationaux de la santé, la revue des dépenses publiques, le cadre des dépenses à moyen terme, etc.

Pour améliorer l'allocation budgétaire au niveau du Ministère de la santé, des options politiques soutenues par des preuves scientifiques sont nécessaires.

I. PROBLEME

1.1. Historique des allocations budgétaires au ministère de la santé

Cette section sur l'historique va porter essentiellement sur les points suivants :

- les engagements pris par l'Etat en matière de financement de la santé ;
- les stratégies mises en œuvre dans le cadre du financement ;

- l'allocation budgétaire au sein du Ministère de la santé ;
- les dépenses de santé au Burkina Faso ;
- les stratégies mises en place par le Ministère de la santé pour améliorer l'allocation budgétaire ;
- les facteurs entravant la réussite de ces stratégies.

1.1.1. Les engagements pris par l'Etat en matière de financement de la santé

Dans le cadre du financement de la santé, le Burkina Faso a souscrit à plusieurs engagements internationaux dont entre autres :

La déclaration d'Alma-Ata : suite à la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata de 1978, il a été souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde(1) ; **cette déclaration qui consacrait la primauté des soins de santé primaires a privé pendant longtemps les hôpitaux de partenaires techniques et financiers, faisant ainsi de l'Etat l'unique financeur des hôpitaux.**

L'initiative de Bamako (IB): cette initiative a été adoptée par les Ministres africains de la santé lors du Comité régional de l'OMS/AFRO de Bamako/Mali en septembre 1987. L'IB se voulait un ensemble de réformes stratégiques élaborées en réponse à la dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en développement pendant les années 1970 et 1980. Elle avait pour but d'assurer à l'ensemble de la population l'accès universel aux services de soins de santé primaire à un coût abordable et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé, en améliorant la qualité des prestations. Les objectifs de l'IB étaient les suivants : i) renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local; ii) promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ; iii) renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ; iv) assurer des financements permanents pour le fonctionnement des unités de soins.

La Déclaration d'Abuja en avril 2001: lors du sommet des Chefs d'Etat africains tenu à Abuja au Nigéria sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes, les Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA se sont engagés à prendre toutes les mesures nécessaires à la mobilisation des ressources nécessaires auprès de toutes les sources et pour qu'elles soient utilisées de manière judicieuse et efficace. Les Chefs d'Etat se sont engagés à allouer au moins 15% des budgets annuels à l'amélioration du secteur de la santé. Au niveau du Burkina Faso cet engagement a pris corps dans le budget de l'Etat. Cependant, il existe un écart entre cet engagement et les dépenses réellement effectuées dans le budget de l'Etat.

1.1.2. Les stratégies mises en œuvre dans le cadre du financement

Depuis les indépendances, l'allocation budgétaire au ministère de la santé se référait aux services votés. Ceux-ci ne se fondaient pas sur la pertinence des programmes par rapport aux priorités stratégiques du pays pour le moyen terme mais seulement sur la base de l'analyse des budgets antérieurs, des contraintes budgétaires générales et sur des pourcentages d'augmentation des crédits par rapport aux exercices précédents. Depuis les années 90, plusieurs stratégies ont influencé les allocations budgétaires au Burkina Faso.

Ainsi, en 1991, le Burkina Faso a mis en œuvre son premier programme d'ajustement structurel. L'objectif des PAS était de rétablir l'équilibre macro-économique interne et externe, permettant de relancer la croissance économique et de fournir une base solide pour le développement. La démarche du PAS qui s'inscrit dans la continuité des réformes de la gestion budgétaire a été confortée par la nécessité d'adapter l'instrument budgétaire aux exigences du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) qui a fait place à la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD).

C'est ainsi qu'en 2000, le Burkina Faso a élaboré son premier Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) dont le but était d'énoncer les objectifs prioritaires de développement fixés par le Gouvernement. Suite à cela, il a été mis en place un Cadre général d'organisation des appuis budgétaires pour soutenir le CSLP. Le CGAB sert de cadre de mobilisation des financements avec comme secteurs prioritaires les secteurs sociaux que sont entre autres la santé et l'éducation.

Les signataires du protocole de mise en œuvre du CGAB s'étaient fixés comme objectifs, entre autres, de :

- améliorer la prévisibilité des ressources à moyen terme et favoriser des déboursements en cohérence avec le cycle budgétaire de l'Etat et la programmation initialement arrêtée avec les partenaires ;
- assurer le bon fonctionnement du CGAB-CSLP et la coordination entre les partenaires techniques et financiers (PTF), tout en renforçant le leadership du gouvernement et en réduisant les coûts de transaction ;
- assurer une meilleure visibilité des activités conduites dans le cadre du CGAB-CSLP et des appuis budgétaires généraux à travers une meilleure communication.

Ces quelques objectifs relatifs à la mobilisation et à la gestion des ressources ont permis d'accroître le financement du secteur de la santé (cf. annexe n° 1).

Suite à ces stratégies, plusieurs initiatives ont contribué à mobiliser des ressources additionnelles pour le secteur de la santé :

a) l'affectation des ressources dégagées par l'initiative PPTE à la santé

Le Burkina Faso a atteint le point d'achèvement de l'initiative en faveur des *pays pauvres très endettés (PPTE)* en 2002, période à partir de laquelle le pays était devenu éligible aux financements.

En 2005, les ressources dégagées par l'initiative PPTE, affectées au compte spécial destiné aux dépenses de lutte contre la pauvreté, représentaient 20,5 milliards de francs CFA. Depuis le début de l'initiative, le compte PPTE avait été crédité à hauteur de 124 milliards(3) de francs CFA. Ce montant a été réparti, pour moitié, dans les secteurs prioritaires tels que l'éducation et la santé et, pour moitié, dans les secteurs de la lutte contre la pauvreté comme l'agriculture, l'action sociale et l'emploi.

Un total de 1 252 agents ont été recrutés sur fonds PPTE(4) ; ce qui représentait 11% de l'effectif global du ministère de la santé en 2005.

Sur la base des hypothèses de projection, la contribution attendue des ressources propres de l'Etat sur la période 2005-2010(5) était estimée à 281 402 millions de FCFA soit en moyenne 46 900 millions de FCFA par an. Les prévisions de financement ont été fortement basées sur les fonds de l'initiative PPTE. Le CDMT étant glissant, les chiffres prévisionnels sont corrigés chaque année.

A partir de 2007, le PPTE n'apparaît plus séparément dans le budget du Ministère de la santé. Il est confondu avec tous les autres financements de l'Etat. Les fonds PPTE ont ainsi contribué à un fort accroissement du budget du Ministère de la santé et à l'amélioration des allocations budgétaires.

b) le CDMT du Ministère de la santé

Le Ministère de la santé s'est engagé dans le processus d'élaboration du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) depuis mars 2004.

Le CDMT est un cadre de recherche de performance dans la gestion des fonds publics et surtout dans le processus de mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), devenu stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD). Il est un outil de budgétisation à moyen terme, de plaidoyer au niveau du gouvernement et de l'Assemblée nationale lors des arbitrages budgétaires et auprès des partenaires au développement pour la mobilisation des ressources en faveur du secteur de la santé. Il permet d'améliorer l'allocation des ressources aux différents objectifs intermédiaires du PNDS grâce à l'analyse de la dépense.

Depuis 2005, l'élaboration du CDMT est continue et contribue à la mobilisation de ressources additionnelles pour le secteur de la santé, cependant, l'allocation des ressources aux structures ne tient pas suffisamment compte des prévisions du CDMT.

c) le cadre de planification et de suivi des financements du secteur de la santé

Le processus de gestion décentralisée basée sur la performance du Ministère de la santé a débuté en 2005 avec l'appui des partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé. Aussi, chaque année, les différentes structures à tous les niveaux du système de santé (directions centrales, directions régionales de la santé, districts sanitaires, hôpitaux, centres nationaux de recherche, établissements publics de santé non hospitaliers et projets et programmes de développement) élaborent des plans d'action. Ces plans sont ensuite synthétisés en un document appelé « plan d'action du Ministère de la santé ». Outre le plaidoyer pour augmenter le financement en faveur du secteur de la santé, ce plan d'action permet entre autres :

- d'avoir plus de visibilité sur les allocations des financements pour l'année concernée de l'ensemble des structures du Ministère de la santé ;
- de faciliter le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS ;
- d'apprécier l'évolution vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé.

Depuis 2009, un bilan annuel du plan d'action du Ministère de la santé est réalisé. Ce bilan permet de dresser les écarts entre les financements promis par l'Etat, les partenaires et les montants réellement dépensés.

D'autres études de suivi des financements de la santé tels les comptes nationaux de la santé sont réalisés chaque année. Ces comptes nationaux de la santé ont permis de faire de 2003 à 2009, le point sur :

- la contribution des différentes sources de financement de la santé ;
- les dépenses par fonction de santé ;
- les dépenses de santé par sous comptes (paludisme, tuberculose, santé de la reproduction et VIH/SIDA) ;
- les dépenses de santé par prestataire ;
- les dépenses de santé par agent de financement ;
- les dépenses de santé par région sanitaire.

Selon les résultats des CNS du Burkina Faso, les dépenses de santé des ménages sont généralement orientées plus vers les médicaments et les examens de laboratoire¹. Cependant, lors de la planification, les actions visant à alléger le poids des dépenses des ménages sont faiblement pris en compte.

¹ Burkina Faso, Comptes nationaux de la santé 2007-2008 ; juin 2010

1.1.3. Allocation budgétaire au sein du Ministère de la santé

Chaque année, le Ministère de la santé élabore son avant-projet de budget conformément aux instructions contenues dans la circulaire budgétaire.

En principe, l'élaboration du budget du Ministère de la santé devrait débiter par une évaluation des besoins des différents services qui seront consolidés au niveau des directions respectives. Ensuite, ces besoins seront centralisés puis vérifiés par la Direction de l'administration et des finances (DAF) du Ministère de la santé.

Les différentes propositions sont ensuite discutées en commission interne présidée par le Ministre lors des arbitrages budgétaires avant d'être discutés au niveau du Ministère de l'économie et des finances. Toutefois, il faut noter que les enveloppes notifiées aux différents départements ministériels par la circulaire budgétaire peut connaître des modifications à l'issue des arbitrages budgétaires des avant projets de budget par le gouvernement et le parlement.

Dans la pratique, l'on constate que la circulaire budgétaire est généralement accompagnée des montants alloués à chaque structure, calculés sur la base des allocations de l'année précédente. Les structures sont donc invitées à élaborer les avant-projets de budget en respectant les montants inscrits dans la circulaire budgétaire.

En 2010, pour l'élaboration de l'avant-projet de budget de l'année 2011, le secrétaire général du ministère de la santé a adressé une circulaire budgétaire(6) qui invite les structures à "...proposer un budget qui prend en compte toutes vos préoccupations mais qui doit être réaliste et très précis". Cependant, il a été demandé aux structures de conserver les dotations budgétaires de l'année 2010.

Ainsi, chaque année, les structures considèrent leur budget de l'année précédente ajusté d'un certain pourcentage qui reste le même pour le niveau central, les districts sanitaires et les hôpitaux. Les allocations budgétaires ne tiennent donc pas compte des problèmes réels que rencontrent les structures, ni du niveau de santé des populations, ni de l'apparition de certaines pathologies. Ce qui contribue à dégrader fortement le pouvoir d'achat des ménages.

Aux allocations budgétaires une situation des dépenses de santé doit être faite afin d'analyser les écarts.

1.1.4. Les dépenses de santé au Burkina Faso

a) Définition de la dépense de santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée (cf. guide CNS).

Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution ou entité fournissant ou finançant l'activité de santé. Cependant, selon la définition des CNS, toutes les activités du Ministère de la santé ne sont pas couvertes par la définition des dépenses de santé. Ainsi, ne seront considérées comme dépenses de santé que celles qui entrent dans le périmètre des comptes nationaux de la santé. Ce choix de considérer le périmètre des CNS tient compte de la disponibilité des données, mais aussi de la norme reconnue internationalement comme dépense de santé.

Dans les faits, ne sont par exemple pas considérés comme dépense de santé, les financements que le Burkina Faso octroie aux organismes internationaux ou sous régionaux comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation ouest africaine de la santé (OOAS), pour leur fonctionnement.

b) Evolution de la structure des dépenses de santé au Burkina Faso

Le tableau n°1 suivant présente l'évolution de la dépense nationale de santé de 2003 à 2008 selon les sources de financement.

Tableau n° 1: Evolution de la structure de la DNS par source de financement de 2003 à 2008

Source de financement/montant en milliards	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Mont.	%	Mont.	%	Mont	%	Mont.	%	Mont	%	Mont	%
Fonds publics	34,8	25,5	44,2	26,9	48,3	23,9	64,4	31,2	68,6	31,2	79,5	31,3
Fonds des employeurs privés	2,6	1,9	1,2	0,8	6,2	3,1	0,1	-	2,6	1,2	3,1	1,2
Fonds des ménages	67,8	49,8	73,7	45	75,6	37,4	80,6	39	84,2	38,3	97,5	38,4
Fonds des ISBLM	ND	-	ND	ND	0,13	0,1	0,4	0,2	-	-	-	-
Fonds du reste du monde (financement extérieur)	27,9	20,5	43,9	26,8	70,7	35	61,2	29,6	64,5	29,3	74,1	29,1
Fonds NST	3,1	2,2	0,8	0,5	0,9	0,5	-	-	-	-	-	-
Ensemble	136,2	100	164	100	202	100	206,5	100	220	100	254	100

Source : Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé de 2007 et 2008

Les données du tableau n°1 montrent que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé au Burkina Faso. Entre 2003 et 2008, leur contribution au financement de la santé est passée de 49,8% en 2003 à 38,4% en 2008. Entre 2007 et 2008, la contribution des ménages a connu un accroissement élevé (15,8%), malgré les efforts déployés par le gouvernement pour réduire les dépenses de santé des ménages à travers les mesures de subvention des accouchements et la gratuité dans la prise en charge du paludisme grave chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Par rapport à l'évolution des financements publics, on constate une augmentation en valeur absolue, sur la période allant de 2003 à 2008, passant de 34,8 milliards en 2003 à 79,6 milliards de FCFA en 2008. Entre 2003 et 2005, l'augmentation de la part des financements publics par rapport aux dépenses nationales de santé a été de 38,8%, tandis que, entre 2005 et 2008, elle s'est située à 64,6%.

Le reste du monde (financement extérieur) constitue la troisième source de financement de la santé après les ménages et l'Etat. Les financements du reste du monde sont passés de 27,9 milliards en 2003 à 74 milliards de FCFA en 2008. Il est noté deux sous périodes d'évolution de la contribution du reste du monde aux dépenses nationales de santé. De 2003 à 2005, la contribution du reste du monde a augmenté de 15,3%, tandis que de 2005 à 2008, l'augmentation s'est située à 4,8%.

Les comptes nationaux de la santé suggèrent la "Dépense de santé en pourcentage du PIB" comme l'indicateur de comparaison internationale de la dépense nationale de santé. Rapportée au PIB, la dépense nationale de santé représentait 5,5% en 2003, 6,7% en 2007 et 6,9% en 2008.

c) Dépenses de santé par tête d'habitant

Bien que les ressources internes de l'Etat soient croissantes d'année en année et que l'exécution globale de ces dotations soit en moyenne supérieure à 90%, l'impact de la dépense publique sur le secteur de la santé est limité par la faiblesse des dotations budgétaires par habitant au regard de la norme de 56 dollars US préconisée par la commission macroéconomie et santé de l'OMS en 2008. Les dépenses de santé par tête d'habitant sont croissantes au Burkina Faso(7). Elles sont passées de 15 687 FCFA en 2005 à 17 259 à 2008 soit respectivement, 28,52 dollars et 36 dollars US. Cependant, une désagrégation de cet indicateur par composante de financement laisse apparaître une forte contribution des ménages par rapport aux autres sources de financement (38% pour les ménages, 31% pour Etat, 29% pour les partenaires financiers et 1% entreprises).

1.1.5. Stratégies mises en place par le Ministère de la santé pour améliorer l'allocation budgétaire

Afin d'améliorer l'allocation des ressources financières au Burkina Faso, plusieurs stratégies ont été entreprises dont :

a) Les interventions à gain rapide

En dépit des efforts considérables déployés par l'Etat, appuyé par les Partenaires Techniques et Financiers et les performances enregistrées dans le domaine de la santé au cours de la mise en œuvre du PNDS 2001-2010, les progrès demeurent timides pour permettre d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement définis pour la santé. Les mortalités spécifiques demeurent encore très élevées: 307 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (RGPH, 2006), 141,9 pour 1000 pour la mortalité infanto juvénile (RGPH, 2006), etc. Les principales causes de cet état de morbidité et mortalité élevées sont le paludisme, les complications obstétricales et néo natales, les maladies cibles du PEV, la malnutrition; les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le VIH/SIDA et la tuberculose qui connaît une recrudescence due à la prévalence du VIH/SIDA. Par ailleurs, dans les pays à ressources limitées, il était devenu important pour l'Etat d'éviter une allocation non appropriée des ressources financières à des stratégies de santé peu porteuses de résultats. C'est pourquoi, l'accent a été mis sur des interventions dites à gain rapide (IGR). La concentration des actions sanitaires sur ces types «d'interventions/de stratégies à gains ou effets rapides» a fait ses preuves dans plusieurs pays développés et en développement.

Dans le cas du Burkina Faso, à l'issue de plusieurs rencontres de réflexion, une liste d'interventions a été retenue afin d'y concentrer l'allocation des ressources. Il s'agit entre autres des Soins obstétricaux et neonataux (SOUB, SOUC), la PCIME (clinique et communautaire), la promotion des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides, le traitement préventif intermittent du paludisme, la mise en œuvre du PMA nutrition à tous les niveaux, la Vaccination, la PTME, la promotion du dépistage volontaire, la planification familiale, le traitement aux ARV, la PCIM/VIH, la surveillance de seconde génération, le traitement directement observé (TDO), la décentralisation de la collecte des crachats. Malheureusement, jusqu'à présent, les acteurs du système de santé peinent à orienter les ressources financières vers ces IGR.

b) Harmonisation du cycle de planification et de suivi avec celui de la SCADD

Le dispositif institutionnel de suivi et d'évaluation de la SCADD met en avant d'une part, la communalisation intégrale qui confère un rôle clé aux collectivités territoriales dans la gestion du développement et d'autre part, le souci d'implantation du budget-programme qui va introduire une dynamique nouvelle dans la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de développement ainsi que l'allocation des ressources.

Le mécanisme de coordination et de supervision de la mise en œuvre de la SCADD comprend d'une part, les organes chargés de l'animation des cadres de dialogue entre les divers acteurs de développement (c'est à dire le Conseil des ministres, le Comité national de pilotage de la SCADD, le Secrétariat technique national de la SCADD, les cadres sectoriels de dialogue, et les cadres de concertation régionaux) et d'autre part, les instances suivantes qui constituent les cadres de dialogue : la revue annuelle de la SCADD, les revues sectorielles et les revues régionales.

Il est prévu que les revues sectorielles tiennent lieu de sessions des cadres sectoriels de dialogue (CSD). Elles ont lieu deux fois dans l'année et leurs rapports alimentent la revue annuelle de la SCADD. Elles comprennent une revue sectorielle à mi-parcours et une revue sectorielle annuelle.

Au cours de la revue sectorielle à mi-parcours, le CSD examine le bilan à mi-parcours de l'année en cours, les actions à entreprendre pour corriger les insuffisances constatées dans la mise en œuvre du plan d'action et la définition des priorités pour les trois années ultérieures. Au cours de la revue sectorielle annuelle, le CSD examine notamment et de façon détaillée le bilan du plan d'action sectoriel de l'année N-1, le rapport d'évaluation d'impact produit au moins tous les trois ans, les plans d'action sectoriels des années N+1, N+2 et N+3, et le CDMT sectoriel de la même période.

En outre, les revues sectorielles doivent intégrer les questions de l'efficacité de l'aide. Au regard des moyens à mettre en œuvre, l'Etat seul ne peut exécuter convenablement la SCADD. Elle sera donc mise en œuvre par un partenariat actif multi-acteurs. Sont concernés : les entreprises, les universités et centres de formation, les administrations, les collectivités territoriales, le secteur privé, les institutions de financement et les populations. La SCADD est l'occasion pour valoriser la décentralisation en responsabilisant les collectivités sur des questions de leur compétence et à leur portée, tout en stimulant la coopération entre les différents acteurs autour d'un programme national et des projets innovants qui créent de la valeur ajoutée au bénéfice des populations. Ainsi, la revue du secteur de la santé fait partie intégrante du dispositif institutionnel de suivi et d'évaluation de la SCADD.

c) Alignement du processus de planification-budgétisation au sein du secteur de la santé sur celui de l'élaboration du budget de l'Etat

S'agissant du cycle de planification et de suivi, son alignement à celui de l'élaboration du budget de l'Etat vise une meilleure prévisibilité de financements, la mise à disposition à temps des ressources aux structures et l'identification des stratégies pour résoudre les problèmes de santé des populations. La difficulté réside dans la non prise en compte des performances et des besoins des structures en temps réel du fait que seuls les indicateurs de l'année N-2 sont disponibles pour la planification de l'année N en lieu et

place de ceux de l'année N-1. La maîtrise du processus d'alignement se fait de façon progressive.

d) Utilisation des comptes nationaux de la santé comme instrument d'amélioration des allocations budgétaires

Compte tenu de leur importance, l'élaboration des premiers CNS a été une recommandation des Etats généraux de la santé, tenus en juin 1999.

L'élaboration des CNS fait partie des principales activités du Ministère de la santé et ce depuis 2005. Cependant, les acteurs du développement sanitaire utilisent peu ou pas du tout les résultats des comptes nationaux de la santé dans leur planification.

Les CNS regroupent un ensemble d'informations économiques et financières systémiques et cohérentes sur le système de santé. Associés aux indicateurs de santé, les comptes permettent aux décideurs de disposer de plus d'évidences pour une meilleure appréhension du système de santé, une planification stratégique et une meilleure allocation des financements de la santé toutes sources confondues. Ils constituent une approche utile et réalisable de la mesure de l'efficacité du système de santé, même dans les pays où le système d'information n'est pas très développé. Les comptes peuvent être utilisés comme un instrument de diagnostic afin d'identifier des problèmes d'allocation des ressources, de proposer des pistes de solution et d'évaluer le degré de progression vers un objectif déterminé.

e) Financement basé sur les résultats

Le financement basé sur les résultats est une stratégie de financement des services de santé qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins à travers une approche contractuelle. Il consiste au paiement de ressources financières incitatives basé sur la performance des prestataires en lien avec une offre de services prioritaires répondant aux normes et standards de qualité. La stratégie de financement basé sur les résultats est une option d'allocation des financements en phase d'expérimentation au Burkina Faso dans le but d'une utilisation efficace et efficiente des ressources financières. A cette phase d'expérimentation, les informations disponibles sont encore parcellaires.

1.1.6. Budget programme

Le budget programme est une approche qui a été introduite au Burkina Faso en 1997 par la circulaire budgétaire n°97-054/PRES du 26 mai. A cette période, six (6) ministères dont le ministère de la santé étaient concernés par la phase pilote. En 2000, l'approche budget programme a été généralisée à tous les ministères².

² Document d'orientation pour l'implantation du budget programme au burkina faso, juin 2010, P.5

Le budget programme se définit comme un cadre de programmation, de budgétisation et d'évaluation qui met l'accent sur la relation entre les dotations budgétaires et les résultats. L'approche permettra à terme d'améliorer les allocations budgétaires du Ministère de l'économie et des finances vers les autres départements ministériels, ainsi que dans chaque département.

L'implantation du budget programme au Burkina Faso se fait par un comité de pilotage créé le 29 décembre 2009. Le comité de pilotage est doté d'une cellule permanente, qui est chargé de conduire à terme son implantation.

Mise en œuvre concrète du budget programme se fera en 2016, période à partir de laquelle le gouvernement sera doté de son premier budget programme.

1.1.7. Facteurs entravant la réussite de ces stratégies

Parmi les facteurs qui limitent la performance des allocations budgétaires dans le secteur de la santé on peut citer :

- **la faible capacité de gestion des services de santé** : malgré quelques efforts, cette faible capacité de gestion (faible taux d'absorption) a été une des insuffisances constatées durant la période de mise en œuvre du PNDS 2001-2010 ;
- **le caractère multisectoriel des problèmes de santé** : la résolution des problèmes de santé est rendue complexe du fait de leur caractère multisectoriel, nécessitant l'intervention d'autres secteurs du développement aux priorités différentes. En outre, la collaboration intersectorielle y est insuffisamment développée ;
- **l'insuffisance dans le choix des stratégies de financement** : les ressources financières ne sont pas suffisamment orientées vers des interventions à fortes externalités positives (gain rapide) pour réduire les morbidités et les mortalités spécifiques ;
- **la persistance des fonds ciblés** : dans le cadre de la mise en œuvre les financements du panier commun (PADS), une grande proportion des financements est orientée vers des thématiques ou dans des régions spécifiques, représentant la zone d'intervention du partenaire qui apporte le financement ;
- **l'exploitation insuffisante des outils d'aide à la décision** : malgré leur pertinence, la revue des dépenses publiques, le Cadre des dépenses à moyen terme, la budgétisation marginale pour lever les goulots d'étranglement et les comptes nationaux de la santé ne sont pas bien exploités ;
- **la faible performance du suivi du financement du secteur de la santé** : Il n'existe pas de mécanismes efficaces de suivi aussi bien en interne (secteur de la

- santé) qu'en externe, c'est-à-dire l'ensemble des secteurs connexes financés pour promouvoir la santé³ ;
- **l'inapplication des critères de répartition des ressources du budget de l'Etat** : cette situation entraîne l'inadéquation de l'allocation des ressources financières ;
 - **la multiplicité des stratégies et des outils d'allocation des ressources financières** : elle constitue une entrave à l'utilisation efficace et efficiente des ressources allouées.

1.2. Identification des problèmes

De l'analyse de la situation ci-dessus, il ressort un certain nombre de problèmes dont les plus importants sont en rapport avec l'allocation des ressources financières.

1.2.1. Coûts élevés des services de santé

La progression des coûts de la santé a été nettement plus marquée en 2007 et en 2008 par rapport aux autres années. La tendance à la hausse observée ces dernières années s'expliquerait par plusieurs facteurs dont l'inflation. L'inflation se situait à 10,7% en 2008 contre -0,3% en 2007. Les années 2009 et 2010 ont connu un niveau d'inflation acceptable, passant en dessous du seuil de convergence de l'UEMOA, avec respectivement 2,6 et 2,8%. La santé n'est pas restée en marge des effets de cette inflation. En effet, l'évolution des indices par fonction de consommation est passée de 0,1% en 2007 à 1,7% en 2008, puis à 1,5% en 2009⁴.

Durant ces périodes, certains projets ont revu à la baisse leurs objectifs afin de s'adapter au contexte de l'inflation et de la vie chère. Du fait de l'inflation, il convient de noter que la non prise en compte du coût de certaines pathologies dans les subventions ou dans les programmes spécifiques a rendu les dépenses de santé catastrophiques pour certaines couches de la population.

1.2.2. Méthode d'allocation des ressources financières inappropriée

Le principe d'élaboration du budget basé sur le modèle historique consistant à appliquer un certain pourcentage au budget précédent est inadapté. Cette situation est aggravée par la persistance des fonds ciblés. En outre, les ressources, en dépit de leur faiblesse, ne sont pas suffisamment orientées vers les interventions à gain rapide pour réduire les morbidités et les mortalités spécifiques (22% en 2008 ; 37% en 2009 et 32% en 2010)⁵. A cela, s'ajoute l'existence de zones de convergence bénéficiant de plus de financement

³ Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010 « évaluation finale »

⁴ IHPC Décembre 2009/ INSD et Burkina Faso rapport provisoire compte nationaux de la santé 2009

⁵ Plan d'action 2008, 2009 et 2010 du Ministère de la santé

que d'autres qui pourtant sont plus dans le besoin. En conséquence, l'allocation des ressources n'est pas équitable et il en résulte une répercussion négative sur les performances du système national de santé et de l'état de santé des populations.

1.2.3. Faible capacité financière des populations face aux besoins de santé

Malgré les efforts fournis par le gouvernement et les partenaires techniques et financiers pour réduire les coûts des prestations, l'accessibilité financière des populations aux services de santé demeure faible. Cette situation s'illustre par l'impossibilité d'honorer les frais d'évacuation, le refus de se faire évacuer, les longs délais mis pour honorer les ordonnances, etc. Cette situation s'expliquerait d'une part, par le coût généralement élevé des prestations de soins et des médicaments, par rapport au pouvoir d'achat de la majorité de la population et d'autre part, par les prescriptions irrationnelles, les insuffisances du système de prise en charge des indigents et les faiblesses des mécanismes de partage des risques liés à la maladie.

Il en résulte une forte propension à recourir d'abord aux tradipraticiens d'où les consultations tardives, une faible utilisation des services de santé et une mortalité générale élevée.

1.3. Formulation du problème

Au Burkina Faso, les allocations budgétaires en faveur de la santé ne tiennent pas suffisamment compte des problèmes réels que rencontrent les structures de santé, ni de l'état de santé des populations, ni de l'apparition de certaines pathologies qui contribuent à dégrader fortement le pouvoir d'achat des ménages. Cette situation se traduit par :

- des allocations budgétaires non fondées sur la performance des programmes, mais uniquement basés sur une allocation historique des financements ;
- les indicateurs de santé non suffisamment pris en compte dans les allocations budgétaires ;
- les difficultés des acteurs du système de santé à orienter les ressources financières vers les interventions à gains rapide.

Les causes sont principalement : l'inadaptation des méthodes d'allocation des ressources, la faible utilisation des évidences pour la définition des priorités de financement.

Les conséquences sont entre autres une faible performance des programmes, la faible accessibilité des soins par les populations, la multiplicité des stratégies d'allocation et enfin des morbidités et mortalités élevées.

II. OPTIONS POLITIQUES

Deux options politiques ont été retenues afin de permettre une mise en œuvre réussie des stratégies d’allocations budgétaires dans le secteur de la santé. Ces options sont les suivantes :

- utilisation des clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé ;
- utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé (CNS).

L’identification des options s’est faite sur la base des critères suivants :

- les avis d’experts en financement de la santé et en élaboration des budgets du Ministère de la santé et du Ministère de l’économie et des finances ;
- les études et revues systématiques ;
- les expériences de terrain.

Les critères de sélection des revues ont été les suivants : i) le thème, ii) les échantillons utilisés dans la réalisation des études, iii) l’approche globale des études iv) la pertinence des résultats (apports), v) la liste de référence des différents articles et vi) l’applicabilité des résultats des études dans le contexte du Burkina Faso.

2.1. Utilisation des clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé

2.1.1-Les principaux résultats :

Une étude menée par Augustine Danso et Al (9) définit l’allocation des ressources financières à la santé comme une répartition des financements aux structures de santé qui tiennent compte des besoins. L’allocation équitable des ressources financières au sein du ministère de la santé doit se faire sur la base des besoins réels des structures de santé et des indicateurs permettant d’avoir des clés objectives de répartition des ressources financières. L’allocation budgétaire aux structures de santé doit également tenir compte des zones géographiques, du niveau de santé et de pauvreté des populations.

L’allocation budgétaire doit se faire suivant un modèle transparent qui prend en compte l’équité dans la répartition des financements de la santé (9).

2.1.2-Situation des allocations budgétaires au sein du Ministère de la santé

Trois grandes tendances régissent les allocations budgétaires au sein du ministère de la santé : i) allocation des financements du budget de l’Etat ; ii) allocation des financements du panier commun à travers le programme d’appui au développement sanitaire (PADS) ; iii) allocation directe de certains partenaires techniques et financiers et ONG et associations.

- i) **Les allocations du budget de l'Etat** : les allocations du budget de l'Etat, théoriquement basées sur le CDMT, se fondent sur l'historique des budgets des structures. Cependant, selon Mays N. et al. l'allocation des ressources financières se fonde sur l'historique des budgets est jugée politiquement sans fondement et non pertinent pour l'atteinte des résultats de santé ; cette forme d'allocation pouvant entraîner des biais(10). En Afrique du Sud par exemple, le mauvais état de santé des noirs comparativement aux sud africains blancs s'expliquerait par l'allocation des financements de la santé basée sur le model historique et l'iniquité(9). Mc Intyre a observé que 60% de dépenses de santé en Afrique du Sud à la fin du 20^{ème} siècle était assurées par les ménages dans lesquels se retrouvait une minorité de population blanche(11). Ces dernières années, les besoins de la prise en compte de l'équité dans les soins de santé sont devenus une priorité(12). Ce qui impose donc un examen minutieux et rigoureux dans les mécanismes d'allocation des financements publics(13). Dans beaucoup de pays, les décideurs du secteur de la santé ont été contraints d'abandonner les formes d'allocation budgétaire basées sur les modèles historiques(13).
- ii) **Les allocations du panier commun** : Le principe du panier commun est la fongibilité des fonds, pour une harmonisation des financements et un alignement sur la stratégie nationale. Les allocations du panier commun sont basées sur les ressources mises en commun par les différents partenaires. Cette forme d'allocation budgétaire contribue à la mise en place d'un financement durable du Plan national de développement sanitaire (PNDS) par l'ensemble des intervenants du secteur santé. Il a pour objectifs de renforcer la gestion décentralisée basée sur la performance, d'élargir la base financière du PNDS, d'assurer une gestion rationnelle des fonds mobilisés et de capitaliser les expériences acquises. Les structures de tous les niveaux du système de santé ont été progressivement intégrées comme bénéficiaires des fonds du programme.

Les ressources du panier commun viennent en complément du budget de l'Etat et des autres financements. Les allocations des fonds du PADS aux structures se fondent sur des clés de répartition. Suite à cette répartition, les structures de santé font une répartition de ces financements à travers un processus de planification et des sessions de financement des plans d'action. Si du PADS aux structures de santé il existe des clés de répartition des financements, il n'en n'existe pas au niveau des structures de santé qui permettent de prioriser les l'allocation des financements vers les interventions à gain rapide. Selon l'évaluation finale du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010, le PADS a deux modes d'allocation, le panier commun et les fonds ciblés de certains partenaires techniques et financiers. La même étude a conclu à un sous financement de la santé, une prédominance des paiements directs à l'acte par les ménages qui limitent l'accès des plus démunis aux services offerts, une faible rationalisation des circuits de financement de la santé et

enfin, un financement non axé sur la production de résultats de santé(15). Du reste, selon la littérature, environ la moitié des paiements des patients, se fait au contact avec la structure de soins (ce sont les « paiements directs »), et dans la quasi-totalité des pays africains la part de l'assurance maladie est infime(16).

Il existe donc une différence fondamentale entre le mode d'allocation des financements du PADS et celui du budget de l'Etat aux structures de santé. Le premier utilisant des clés de répartition et le second se basant sur les financements de l'année antérieure (model historique). En 2008, le Ministère de la santé a voulu harmoniser les modes d'allocation des financements de la santé à travers une définition de clés de répartition (cf annexe n°1) pour le budget de l'Etat et les financements du PADS. Ces clés prenaient en compte plusieurs indicateurs dont la population, le niveau de pauvreté, et l'état de santé des populations. Cependant, pour diverses raisons, l'application de ces clés de répartition n'a pas été acceptée par les acteurs de terrain pour le budget de l'Etat. Les raisons de cet échec sont entre autres l'insuffisance de communication, la réduction significative des budgets de certaines structures de santé et aussi une faible volonté politique.

iii) Les allocations budgétaires par les partenaires techniques et financiers

Le secteur de la santé bénéficie de l'appui des partenaires techniques et financiers suivant trois modalités principales que sont : appui projet, appui programme et appui budgétaire (global ou sectoriel). Une part non négligeable de cette assistance obtenue à travers des accords bilatéraux et multilatéraux consiste en des dons, prêts et appuis à l'équilibre macroéconomique inscrits dans la loi des finances. Toutefois, le mode qui semble être préféré des partenaires techniques et financiers pour apporter leur assistance au secteur de la santé est le financement direct⁶ comme en témoigne l'importance des ressources allouées sur la période 2006-2010, dans le cadre du PNDS. La période 2001-2010 du PNDS a été marquée par l'introduction de nouvelles modalités de l'aide qui s'est accompagnée par l'accroissement des appuis budgétaires. En effet, de plus en plus, les partenaires ont opté pour ce mode de financement et coordonnent leurs interventions depuis 2005 à travers le Cadre Général des Appuis Budgétaires en soutien à la mise en oeuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CGAB-CSLP).

2.1.3. Examen des revues internationales

L'examen de revues internationales sur l'allocation des financements confirme la nécessité d'utilisation de modèles et de critères d'allocation des financements de la santé afin de réduire les disparités. Parmi les différents modèles examinés (resource Allocation Working Party, allocation historique, allocation basée sur la décentralisation, favoritisme politique, etc.), le modèle utilisé généralement pour l'allocation des financements de la

⁶ plan national de developpement sanitaire (pn ds) 2001-2010 « evaluation finale »

santé est le modèle « Resource Allocation Working Party » (RAWP)(17). Ce modèle a été développé par la Grande Bretagne en 1988 afin de réduire les disparités et d'établir une équité dans l'allocation des financements de la santé.

L'approche RAWP a pour but de fixer des objectifs budgétaires, chacun couvrant une certaine taille de population par région sanitaire. Le modèle RAWP recommande la prise en compte des éléments suivants dans l'allocation budgétaire aux structures de santé :

- la taille de la population ;
- un ajustement qui prend en compte les facteurs démographiques tels que l'âge et le sexe ;
- une pondération qui tienne compte des besoins en soins de santé ;
- l'évolution des indicateurs de santé ;
- le développement des services locaux.

Le résumé du modèle RAWP(18) est le suivant :

$$RA_i = \sum_j SMR_{ij} \left(\sum_k BEDS_{jk} POP_{jk} \right)$$

RA_i = allocation budgétaire aux régions sanitaires i ;

SMR_{ij} = ratios de mortalité à des conditions j dans les régions i ;

$BEDS_{jk}$ = durée moyenne d'hospitalisation par âge, sexe, selon les diagnostics k selon les conditions j, dans les régions sanitaires i ;

POP_{jk} = la population dans les régions sanitaires i selon l'âge, le sexe k.

L'étape finale du modèle consisterait à l'appliquer en tenant compte du niveau de vie (indice des prix dans les régions), afin de tenir compte des variations des prix dans les régions sanitaires.

Une étude menée au Ghana par Augustine et al sur l'équité dans l'allocation des financements de la santé confirme l'utilisation du modèle RAWP comme moyen de réduction des disparités dans l'allocation budgétaire(9). En effet, cette étude a été conduite afin d'évaluer la pertinence de l'allocation des financements au sein des régions sanitaires et également à combler les problèmes d'équité. Elle a abouti au fait que l'équité dans l'allocation doit non seulement tenir compte des spécificités entre régions sanitaires mais également des particularités à l'intérieur de chaque région. Certains pays comme la Nouvelle Zélande, le Canada, l'Afrique du Sud ont adopté l'allocation budgétaire basée sur le modèle RAWP afin d'améliorer l'équité dans le financement de la

santé. Le même modèle d'allocation des financements basé sur les besoins a également été adopté par la Zambie(19). L'Ouganda a également mis en œuvre une réforme similaire d'allocation des financements de la santé en faveur des pauvres et en fonction des besoins des régions sanitaires(20).

Suite aux constats du succès du modèle RAWP dans l'allocation des financements dans certains pays, l'adoption de l'option politique pourrait se justifier.

2.2. Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé (CNS)

Définis comme un outil d'aide à la décision, les comptes nationaux de la santé peuvent servir à améliorer les allocations budgétaires dans le système de santé. Les CNS peuvent permettre : i) l'augmentation du volume du budget de l'Etat en faveur de la santé de même que les financements des partenaires techniques et financiers; ii) une meilleure allocation des financements aux fonctions de santé sous-financées afin de faciliter l'atteinte des résultats. Plusieurs études corroborent l'utilisation des CNS pour l'augmentation du volume des financements de la santé. Selon l'étude sur l'utilisation et l'impact des résultats des CNS au niveau des pays dont la réalisation a été appuyée par AWARE-RH et conduite par le Dr Alice SOUMARE du bureau de l'OMS inter-pays, il ressort qu'en 2006, des membres de l'équipe technique d'élaboration des comptes du Niger ont utilisé les CNS en combinaison avec d'autres types de données, pour mieux argumenter les discussions budgétaires relatives au Ministère de la Santé face au Ministère de l'Economie et des Finances et devant la commission sociale de l'assemblée nationale(21). Ainsi, les résultats des CNS ont servi à l'augmentation du budget du Ministère de la santé de 31,8 milliards de CFA en 2006 à 47,55 milliards de FCFA en 2007, soit une augmentation d'environ 49,5%. Outre les résultats des CNS, l'argumentaire du budget de la santé a été fondé sur les données des statistiques sanitaires, démographiques et financières telles que la morbidité, la mortalité, le taux d'accroissement de la population, les indicateurs de la santé de la reproduction, les questions liées au renforcement des ressources humaines, etc. En 2007, les résultats des CNS ont encore une fois été utilisés comme outil de plaidoyer pour une augmentation du budget 2008 à allouer au secteur de la santé.

Selon la même étude, les résultats des CNS ont également été utilisés au Mali lors de l'élaboration du Plan pluriannuel complet 2007-2011 du PEV(22) et de la revue externe 2006 du même programme, pour le financement dudit programme.

Des partenaires comme l'OMS et la Banque mondiale se servent aussi des résultats des CNS pour un plaidoyer en vue d'un recentrage des actions et d'une augmentation des dépenses vers les zones les plus pauvres du pays. C'est ainsi que lors de l'exercice de planification dans le cadre du binôme 2008-2009, l'OMS a décidé de concentrer ses efforts dans les zones qui ont le plus besoin de ressources additionnelles.

Selon la même étude sur l'utilisation et l'impact des résultats des CNS, la Banque mondiale fait référence aux CNS dans des documents ou citations sur le financement relativement à l'allocation des fonds au secteur de la santé au Mali et de la mobilisation de ressources au profit du secteur privé. Le « Public Expenditure Management and Financial Accountability » (PEMFAR) y fait notamment allusion.

Au cours des discussions avec les partenaires techniques et financiers au Mali, il ressort que l'intérêt des résultats des CNS se situe entre autres dans la présentation de la répartition inéquitable des dépenses de santé par zone de pauvreté et dans la force d'argumentation qu'ils offrent lors du plaidoyer et de la négociation(21). En effet, ils permettent de recentrer les débats pour le développement de stratégies qui canalisent les efforts sur la réduction des dépenses de santé des ménages et vers les zones les plus pauvres. Ces CNS comportent des éléments clés à utiliser dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, dans la perspective de l'atteinte des OMD et dans le cadre du CDMT sectoriel pour recentrer le financement sur les objectifs. Le Ministère de la santé publique du Mali a fait le choix d'utiliser les CNS dans le domaine de la planification et dans le plaidoyer pour plus d'allocation de ressources financières.

En 2008, une étude réalisée pour le développement d'un cadre harmonisé d'élaboration des comptes nationaux de la santé dans les Etats de la CEDEAO et en Mauritanie, confirme l'utilisation des comptes nationaux de la santé comme outil d'aide à la décision pour l'allocation des financements de la santé. Il ressort de cette étude que les CNS ont été utilisés pour augmenter les enveloppes globales des budgets de certains Ministères de la santé dans l'espace CEDEAO, pour l'allocation et la réallocation des ressources au profit des structures de santé du niveau périphérique, pour un plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles et pour le suivi par la Banque Mondiale des engagements pris en matière de financement de soins de santé de base(23).

Selon une étude sur les évidences scientifiques de l'utilisation des CNS réalisée au Malawi, il ressort que de nombreux pays dans la région africaine de l'OMS ont conduit des études sur les comptes nationaux de la santé dont les résultats ont été utilisés pour informer les différentes politiques de financement de la santé. Les CNS ont permis la mobilisation de ressources additionnelles, la mutualisation et le partage des risques de même que pour les décisions d'allocation des budgets de santé(24).

Situation d'utilisation des comptes nationaux de la santé pour l'amélioration des allocations budgétaires au Burkina Faso

Attribuer la prise de décision au seul résultat des comptes nationaux de la santé n'est pas évidente car en général, cette prise de décision se fait en association avec d'autres facteurs. Cependant, certaines décisions politiques sur l'amélioration des allocations budgétaires l'ont été grâce à la pertinence des résultats des CNS.

Au Burkina Faso, les régions de la Boucle du Mouhoun et du Nord pourtant considérées comme les deux régions les plus pauvres du pays avec des incidences de pauvreté respective de 60,4% et 68,6%⁷ (Cf annexe n°2), n'ont réalisé au total que 11% de toutes les dépenses de santé (7,74% pour la Boucle du Mouhoun et 3,24% pour la région du nord)⁸, conséquence d'une faible allocation des financements de santé. Comparativement, la région du Centre a réalisé 29,0% des dépenses totales de santé avec une incidence de pauvreté de 22,3%. La décision politique qui a prévalu à la résolution de ces problèmes a été la redéfinition des clés de répartition des financements des partenaires techniques et financiers (financement du panier commun) pour donner plus de financements à la région de la Boucle du Mouhoun et du nord(25).

En 2010, lors de l'évaluation finale du plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010, les données des comptes nationaux de la santé ont été utilisées(26), pour établir le bilan de l'utilisation des financements dans le secteur de la santé et orienter des financements par fonction selon les CNS. Dans le cadre de l'analyse de la situation pour l'élaboration de la nouvelle politique nationale de santé et du PNDS 2011-2020, les documents des CNS ont été des références pour faire la situation de la part du financement public dans le système de santé. Les CNS(27) ont été utilisés pour démontrer la faiblesse des allocations des financements publics et de l'aide au développement dans le secteur de la santé. Ils ont également servi de base pour démontrer que l'Etat accorde peu de financement à la recherche pour la santé.

Les partenaires techniques et financiers et la société civile ont utilisé également les données des CNS. C'est le cas d'Amnesty internationale qui, en 2009, a utilisé des données du sous-compte santé de la reproduction et des comptes globaux de la santé pour mener une campagne de sensibilisation sur la santé de la reproduction au Burkina Faso. En outre ces CNS ont été utilisés comme un outil de plaidoyer pour plus d'allocation financière à la santé de la reproduction(28). En 2010, dans le cadre d'une étude de faisabilité pour mettre en place l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, le Bureau international du travail (BIT) a adressé à l'équipe des CNS un ensemble d'informations à renseigner avec les données des CNS. Ces informations concernent entre autres, les dépenses de santé en soins hospitaliers, en soins ambulatoires, les dépenses de santé par source de financement et la contribution des ménages aux dépenses de santé par paiement direct.

III. CONSIDERATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES OPTIONS POLITIQUES

Les options politiques retenues dans cette note de politique peut faire l'objet d'une mise en œuvre combinée afin de parvenir à une allocation budgétaire réussie dans le système de santé au Burkina Faso.

⁷ EBCVM 2003

⁸ CNS 2005

Dans cette partie, il s'agira de décrire les obstacles possibles à la mise en œuvre des options politiques ci-dessus décrites ainsi que les stratégies de mise en œuvre. Le tableau suivant fait la situation des considérations de mise en œuvre des options politiques.

Tableau n°2 Identification des barrières et des stratégies de mise en œuvre des options politiques

Options	Obstacles	Stratégies de mise en œuvre
<p>Utilisation de l'outil sur les clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé</p>	<p>La faible adaptation des clés de répartition de 2008 ;</p> <p>L'insuffisance de concertation des acteurs du système de santé ;</p> <p>La réduction des allocations de certaines structures de santé ;</p> <p>L'insuffisance de volonté politique.</p>	<p>Actualisation des clés de répartition des financements de la santé proposées en 2008 ;</p> <p>Révision de l'outil Excel de répartition automatisée des financements ;</p> <p>Organisation d'un atelier national avec les directeurs régionaux, les médecins chefs de districts, les directeurs centraux et des hôpitaux, de même que les gestionnaires et DAF des différentes structures ;</p> <p>Priorisation des activités à gain rapide ;</p> <p>Amendement de l'outil par les différents niveaux ;</p> <p>Développement d'un plaidoyer .</p>
<p>Utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé</p>	<p>L'insuffisance de la qualité des données collectées au niveau du secteur privé et de certains partenaires techniques et financiers ;</p> <p>Le délai de production long ;</p> <p>L'insuffisance de disponibilité des données financières pour la réalisation des CNS ;</p> <p>La faible utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé ;</p> <p>L'insuffisance de financement pour la réalisation des comptes nationaux de la santé ;</p> <p>Les coûts élevés de la production des CNS.</p>	<p>Mise en place des mécanismes formels de concertation et d'harmonisation entre les acteurs du développement sanitaire ;</p> <p>Renforcement des capacités pour l'élaboration à temps ;</p> <p>Devéveloppement de plaidoyer ;</p> <p>Dissemination des résultats des CNS</p> <p>Utilisation des CNS ;</p> <p>Adopter les outils actuel pour l'adapter au budget ;</p> <p>Inscription d'une ligne budgétaire pour la réalisation des CNS (plaidoyer) ;</p> <p>Collecte routinière des données financières dans le système de santé ;</p> <p>Utilisation de la base de données du bilan du plan d'action du Ministère de la santé ;</p> <p>Mise en place d'un tableau de concordance entre les codes du budget de l'Etat et les codes des CNS.</p>

3.1. Coûts financiers des options politiques

La détermination des coûts estimatifs des options politiques a été faite en fonction des stratégies de mise en œuvre.

Pour l'option « utilisation des clés et critères de répartition des fonds du ministère de la santé », le coût estimatif est de **vingt millions cinq cent vingt-cinq mille (20 525 000) FCFA**. Ces coûts sont essentiellement des coûts récurrents qui prennent en compte l'organisation d'un atelier de révision des clés et la tenue d'un atelier national de rencontre avec les acteurs. Les coûts unitaires sont ceux fournis par le CDMT (cf. feuille coûts et calculs de coût).

Pour l'option n°2 « utilisation des résultats des comptes nationaux de la santé », le coût de mise en œuvre de cette option est estimé à **vingt-deux millions huit cent quinze mille (22 815 000) FCFA**. Il s'agit essentiellement de coûts récurrents qui prennent en compte l'organisation de deux ateliers de production, d'un atelier avec les parlementaires, un atelier national avec les acteurs du ministère de la santé, du ministère de l'économie et des finances, et les partenaires techniques et financiers.

CONTRIBUTION DES AUTEURS


Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de la note de politique.

CONFLITS D'INTERET

Pas de conflit d'intérêt.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Déclaration d'Alma-Ata ;
www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Twelve years after the Bamako initiative: established facts and political implications for greater equity in access to health services for indigents' Africans; V. Ridde (1), J.-E. Girard (1)
3. Burkina Faso : Perspectives économiques en Afrique 2005-2006
www.oecd.org/dev/publications/perspectivesafricaines
4. Evaluation participative de l'impact de l'utilisation des fonds PPTE au Burkina Faso – cas du volet santé
5. Cadre de dépense à moyen terme secteur de la santé 2005.
6. Circulaire budgétaire n°2010-1157/MS/SG/DAF du 26 mai 2010
7. Compte nationaux de la santé 2007 et 2008.
8. Comptes nationaux de la santé 2006 et 2007-2008
9. Equity in resource allocation for health: A comparative study of the Ashanti and Northern Regions of Ghana
10. Mays N, Bevan G. 4. *Resource allocation in the health service*. London: Bedford Square Press; 1987.
11. McIntyre D. Health Financing (Editorial). Health Systems Trust (HST) Update; 2000. Issue No. 55.
12. Castro-Leal F, Dayton L, Demery L, Mehra K. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(1).
13. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(1).
14. K. Xue, D. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus, C. Murray, Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis, *Lancet* (2003) 362–369.
15. Plan national de développement sanitaire 2001-2010 rapport provisoire, Février 2010
16. Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgétaires et paiements directs par les usagers : regards sur des questions essentielles ; Jacky Mathonnat, C. R. *Biologies* 331 (2008) 942–951
17. Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience, Peter C Smith
18. Shaw R, Smith P. Allocating health care resources to reduce health inequalities. In: Appelby J, Harrison A, editors. *Health care UK*. London; King's Fund, 2001. p. 7–13.

19. Equity in resource allocation for health: A comparative study of the Ashanti and Northern Regions of Ghana; Augustine Danso Asante , Anthony Barry Zwi, Maria Theresa Ho , Health Policy 78 (2006) 135–148
20. Williamson T, Canagarajah S. Is there a place for virtual poverty funds in pro-poor public spending reform? Lessons from Uganda's PAF. Development Policy Review 2003;21(4):449–80.
21. Alice Soumaré ; Mission d'étude sur l'utilisation et l'impact des résultats des Comptes Nationaux de la Santé ; septembre 2007
22. Plan pluriannuel complet 2007-2011 du PEV, page 36
23. Développement d'un cadre harmonisé d'élaboration des comptes nationaux de la santé dans les états de la cedeao et en mauritanie, 2008, Marie j. Offosse
24. Health financing in Malawi: Evidence from National Health Accounts, 2010, Eyob Zere et al
25. Zida, André, M. P. Bertone, L. Lorenzetti. December 2010. Using National Health Accounts to Inform Policy Change in Burkina Faso. Policy Brief. Bethesda, MD, USA: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
26. Rapport final du plan national de développement sanitaire 2001-2010 ; page 21 et 22 ;
27. Rapport de l'analyse de la situation sanitaire nationale ; page 79 et 118
28. Amnesty International, Giving Life, Risking Death: Maternal Mortality in Burkina Faso, Amnesty International Publications: 2009, p. 16.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Evolution du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat

TITRES	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005	Année 2006	Année 2007	Année 2008	Année 2009
II	9 734 211	10 697 351	11 536 073	12 628 882	14 898 333	17 067 435	22 028 593	22 274 558
III	4 879 837	5 411 172	5 463 716	6 461 485	9 072 906	9 218 605	14 336 024	14 336 024
IV	10 128 628	10 860 549	11 405 346	13 190 123	15 284 398	17 159 144	18 855 703	20 112 823
V	13 524 209	13 165 215	14 655 715	12 958 879	24 077 866	32 936 488	33 229 400	42 586 715
CAISSE MALADIE	36 370	34 205	61 900	65 400	76 000	61 153	70 579	72 188
PPTE	8 440 000	9 724 000	8 850 000	8 525 000	6 200 000	-	-	-
TOTAL Budget du MS	46 745 257	49 894 495	51 974 754	53 831 774	69 609 503	76 442 825	88 520 299	99 382 308
Total Budget santé des autres Ministères et institutions	913 242	1 853 265	6 101 526	8 041 500	18 576 455	12 708 940	28 222 903	25 545 773
BUDGET SANTE (MS+ Budget santé des autres Min et Institutions)	47 658 499	51 747 760	58 076 280	61 873 274	88 185 958	89 150 940	116 743 202	124 928 081
DCIM	111 095 349	104 200 900	116 413 770	122 286 747	90 676 802	157 254 528	216 968 342	235 619 298
BUDGET DE L'ETAT	567 584 667	616 212 919	666 129 347	779 337 292	892 097 099	925 135 151	984 171 356	1 043 874 882
BUDGET DE L'ETAT Sans DCIM	456 489 318	512 012 019	549 715 577	657 050 545	801 420 297	767 880 623	767 203 014	808 255 584
Budget MS/Budget de l'Etat sans DCIM	10,24%	9,74%	9,45%	8,19%	8,69%	9,96%	11,54%	12,30%
BUDGET SANTE/BUDGET DE L'ETAT sans DCIM	10,44%	10,11%	10,56%	9,42%	11,00%	11,61%	15,22%	15,46%

ANNEXE 2 : Clés et critères de répartition du budget de l'Etat (BE) et des fonds du programme d'appui au développement sanitaire (PADS)- proposition faite en 2008.

1. Clé de répartition selon les rubriques budgétaires

BUDGET DE L'ETAT (EQUIPE CDMT)		PADS	
DESIGNATION	%	DESIGNATION	%
1. TITRE II : DEPENSES PERSONNEL	25	Non applicable (NA) :	
1. TITRE III : DEPENSES FONCTIONNEMENT	14	Le budget de l'Etat utilise les rubriques budgétaires (titres) tandis que le PADS répartit les clés par niveau (structures) sans distinction de titre (dépenses de personnel, fonctionnement, transferts et investissements). Les fonds du PADS servent à financer les activités opérationnelles. D'où le besoin d'harmoniser la présentation des clés de répartition autant que possible.	
2. TITRE IV : TRANSFERTS COURANTS	26		
3. TITRE V : DEPENSES D'INVESTISSEMENT	35		

2. Clé de répartition selon les niveaux d'intervention

DESIGNATION	SOURCES FINANCEMENT		OBSERVATIONS
	PADS (%)	BE (%)	
1. DISTRICTS SANITAIRES	40.95	35 (*)	Pour le budget de l'Etat, la répartition concerne les titres suivants : (*) = TITRE N° III - FONCTIONNEMENT (**) = TITRE N°IV : TRANSFERTS COURANTS (CHU, CHR et autres EPE) Il n'y a pas de proposition de clé de répartition pour le moment pour les titres II – PERSONNEL et V- INVESTISSEMENTS, exécutés par l'Etat.
2. DIRECTIONS REGIONALES SANTE	5.04	3 (*)	
3. HOPITAUX	4.01	26 (**)	
4. DIRECTIONS CENTRALES	5	20 (*)	
5. RENFORCEMENT INSTITUTIONNEL	4	-	
6. DEPENSES COMMUNES	36	42 (*)	
7. UNITE DE GESTION DU PROGRAMME	5	-	

II – CRITERES DE REPARTITION PAR SOURCE DE FINANCEMENT EN 2008

1. Critères de répartition au niveau district	PADS	BE
1.1 Seuil minimum variable	= 75 %	75%
- Population totale	= 30 %	30%
- Nombre des formations sanitaires	= 30 %	25%
- Circuit de supervision	= 25 %	25%
- Indice de pauvreté	= 15 %	15%
- Charge d'électricité dans les CMA	= -	5%
1.2 Ajustement/compensation	= 25 %	25%
1.2.1 Performance	= 60 %	60%
- DTCP 3	= 30 %	
- Accouchements assistés	= 30 %	
- Nombre de césariennes	= 40 %	
- DTC3, ACC. assistés, césariennes	= -	60%
1.2.2 Existence de partenaire	= 40 %	40%
2. Critères de répartition au niveau DRS	PADS	BE
2.1 Seuil minimum fixe	= 40 %	40%

2.2 Ajustement/compensation	= 60 %	60%
2.2.1 Performance	= 30 %	30%
- Taux d'exécution physique du PA	= 40 %	
- Nombre de contrôle de gestion	= 30 %	
- Nombre de supervision	= 30 %	
2.2.2 Population totale	= 30 %	30%
2.2.3 Circuit de supervision	= 40 %	35%
2.2.4 Nombre de Districts	= -	5%
3. Critères de Répartition au niveau CHU/CHR/EPE/CENTRES		
3.1 Au niveau CHU	= 40 %	38%
- Charge d'enseignement	= 20 %	20%
- Taux d'occupation des lits	= 20 %	10%
- Nombre de malades hospitalisés	= 30 %	30%
- Taux d'exécution physique des PA	= 10 %	15%
- Nombre d'interventions chirurgicales	= 20 %	25%
3.2 Au niveau CHR	= 60 %	25%
- Pauvreté	= 20 %	-
- Taux d'occupation des lits	= 20 %	10%
- Nombre de malades hospitalisés	= 30 %	30%
- Taux d'exécution physique des PA	= 10 %	15%
- Nombre d'interventions chirurgicales	= 20 %	30%
- Nombre de malades référés	= -	15%
3.3 Au niveau des autres EPE	= xx %	18%
- Nombre de structures déconcentrées	= -	30%
- Taux d'exécution physique du PA	= -	50%
- % de ressources propres par rapport à l'ensemble des ressources mobilisées de l'année n-1	= -	20%
3.3 Au niveau des Centres et autres *	= xx %	19%
- Pas de répartition à l'intérieur		

* **NB:** Ce groupe concerne les centres, les allocations des étudiants et des internes, la prise en charge des organisations internationales, les fonds alloués à certains programmes et certains appuis. Il n'existe pas une répartition à l'intérieur. Il faudra cependant revoir la place des centres et les balancer au titre III- dépenses de fonctionnement.

ANNEXE 3 : Répartition des dépenses de santé par région en 2005

Région	Poids démographique	Incidence de la pauvreté	Part dans l'ensemble des financements *		Part des financements mobilisés par l'APU **		Paiements directs des ménages	
			Montant en millions	%	Montant en millions	%	Montant en millions	%
Boucle du Mouhoun	11,22%	60,4%	8 350	7,74%	2 331	8,83%	4 674	6,19%
Cascades	3,26%	39,1%	3 725	3,45%	943	3,57%	2 782	3,68%
Centre	9,30%	22,3%	31 281	29,00%	7 049	26,70%	21 183	28,04%
Centre Est	8,02%	57,1%	9 684	8,98%	1 198	4,54%	8 486	11,23%
Centre Nord	8,77%	34,0%	3 733	3,46%	1 269	4,81%	2 463	3,26%

Région	Poids démographique	Incidence de la pauvreté	Part dans l'ensemble des financements *		Part des financements mobilisés par l'APU **		Paiements directs des ménages	
			Montant en millions	%	Montant en millions	%	Montant en millions	%
Centre Ouest	8,52%	41,3%	11 285	10,46%	1 467	5,56%	9 595	12,70%
Centre Sud	5,66%	66,1%	1 915	1,78%	894	3,39%	1 017	1,35%
Est	8,58%	40,9%	4 662	4,32%	1 065	4,03%	3 597	4,76%
Hauts Bassins	10,47%	34,8%	15 756	14,61%	5 545	21,00%	8 895	11,78%
Nord	8,95%	68,6%	3 494	3,24%	1 669	6,32%	1 825	2,42%
Plateau Central	6,10%	58,6%	7 325	6,79%	602	2,28%	6 720	8,90%
Sahel	7,07%	37,2%	2 874	2,66%	1 044	3,95%	1 830	2,42%
Sud Ouest	4,08%	56,6%	3 795	3,52%	1 329	5,03%	2 466	3,26%
Total			107 879		26 405		75 533	

Sources

Tableau : CNS 2005 du Burkina Faso

Poids démographique: Calcul effectué à partir des données de l'annuaire statistique DEP ; 2005

Incidence de la pauvreté: Profil de pauvreté du Burkina, INSD,2003

Dépenses de santé: Calcul dérivés des comptes nationaux de la santé, 2005

APU: Administration Publique

(*) représente 52% du financement total

(**) représentent 26% des financements mobilisés par l'administration publique