

République de Guinée

Travail-Justice-Solidarité

**Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique**

**Ministère de l'Economie et des Finances**

-----

## **Conférence sur le financement de la Santé**

Tunis, 4 et 5 juillet 2012

**Rapport Pays**

# Guinée

### **PRINCIPAUX ELEMENTS DU RAPPORT**

- I. **INTRODUCTION**
- II. **DONNEES DE BASE (QUESTIONNAIRE)**
  - 1. RESULTATS SANITAIRES ET TABLEAU DE LA MORBIDITE
  - 2. INDICATEURS DES DEPENSES DE SANTE
  - 3. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE
- III. **POINTS DE DISCUSSION A LA CONFERENCE DES MINISTRES**

## I. INTRODUCTION

Depuis les années quatre-vingt, la Guinée, à travers le MSHP, s'est attachée à promouvoir des politiques de santé qui se sont continuellement adaptées pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population en terme de disponibilité d'accès aux services.

Ainsi, à l'indépendance, les investissements importants ont été réalisés pour améliorer l'offre de soins au niveau des zones rurales par des soins de santé de première ligne. Au niveau des centres urbains, en plus des dispensaires, il a été construit des hôpitaux généraux de référence.

La forte croissance démographique et la faible capacité économique n'ont pas permis à l'Etat de faire fonctionner ces structures.

Le Ministère a souscrit aux valeurs de justice sociale définies en 1978 à Alma-Ata sur les Soins de Santé Primaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette initiative, la Guinée a mis en place l'initiative de Bamako pour solliciter la contribution des usagers aux financements de la santé (recouvrement des coûts).

Parallèlement à cette initiative, l'Etat devrait poursuivre ses efforts dans le financement de la santé.

Ainsi, des politiques et des plans de développement sanitaire ont été élaborés pour améliorer la performance des systèmes de santé.

La mise en œuvre de ces réformes a conduit à l'exclusion d'une frange importante de la population surtout en zone rurale. Pour redresser cette situation qui altère l'équité dans l'accès, dans l'utilisation et des résultats de la santé, le Gouvernement a initié une stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Dans cette stratégie, le Gouvernement s'est engagé à fournir des soins à des groupes cibles par des interventions de prévention telles que la vaccination, l'approvisionnement en eau et assainissement, la réduction de la mortalité maternelle et la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida.

Actuellement, la stratégie de financement appliquée par le Gouvernement est la gratuité des soins obstétricaux et néonataux.

A l'avenir, le Gouvernement envisage des réformes sur le financement axées sur :

- L'assurance maladie obligatoire pour les travailleurs de la fonction publique et du secteur informel ;
- La mise en place d'un régime d'assistance médicale pour les pauvres et les populations vulnérables ;
- La mise en place de mutuelles de santé pour compléter les régimes d'assurance.
- La mise en place de la couverture universelle

## II. DONNEES DE BASE

### 2.1 EVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTE

#### Evolution des différentes tendances des résultats sanitaires :

##### Population totale :

Au cours de la décennie, la population est passée de 8 097 264 (2001) à 10 537 254 (2010) soit un accroissement de 30% durant la période.

La population urbaine a également connu une augmentation de 2 421 082 (2001) à 3 150 633(2010) soit un accroissement de 30%.

##### Esperance de vie à la naissance :

Au cours de la période considérée de 2001 à 2010 l'espérance de vie a favorablement évoluée de 54 ans à 58 ans soit un gain de 4 ans.

##### Taux de mortalité infantile :

Selon les résultats des dernières enquêtes de démographie et de santé, le taux de mortalité infantile a baissé entre 2001 et 2005 avec respectivement 98 pour mille (2001) et 91 pour mille en 2005

##### Taux de mortalité des moins de cinq ans :

Concernant cette tranche d'âge et d'après les résultats des dernières enquêtes de démographie et de santé, il a été enregistré une baisse d'environ 14 pour mille

#### Evolution des tendances

##### Cinq principales causes de mortalité en pourcentage

**2005** : Paludisme pernicieux 15,27%, anémie non drépanocytaires 9,22%, maladies cardio vasculaires, 6,82%, maladie hypertensive: 6,68; méningite:4,97%

**2006** : Paludisme pernicieux 16,27%, anémie non drépanocytaires 9,2%, maladies cardio vasculaires, 6,8%, maladie hypertensive: 7,68; méningite:4,9%

**2007** : Paludisme grave 14% Anémie 11,4% Maladies cardio vasculaire 7% Hypertension 6% Méningite 6%.

Au cours des années 2005, 2006, 2007, les 5 principales causes de mortalité sont restées les mêmes, à savoir : le paludisme grave suivi de l'anémie non drépanocytaires, maladies cardio vasculaires ; maladie hypertensive ; méningite.

## 2. Cinq principales causes d'hospitalisation en pourcentage

**2007** : Paludisme grave:30,9%; traumatismes: 15,8%; paludisme simple : 10,6%; anémies: 8,8%; hernies: 8,1%

**2008** : Paludisme simple : 10,84%; paludisme grave 10,09%; IRA moins de 3 semaines 4,98%; autres traumatismes:3,16% ; autres anémies:2,97%.

Entre 2007 et 2008, les principales causes d'hospitalisation dans les formations sanitaires ont été les suivantes : paludisme grave et simple, les infections respiratoires aiguës, les traumatismes ; les anémies et les hernies

### Cinq principales causes de consultations en %

**2009** : Paludisme simple:28,02%; IRA: 15,32%; helminthiases intestinales:10,95%; diarrhées non sanglantes:5,24%; autres 4,65%

**2010** : Paludisme: 33,8%; infections respiratoires aiguës:18,3%; helminthiases 11,2%; diarrhées sanglantes: 5,9%; traumatismes: 3,4%

Pour les années 2009 et 2010, le paludisme occupe la première place des 5 principales causes de consultations avec respectivement 28,02% en 2009 et 33,8% des consultations. Ainsi, cette pathologie (le paludisme) représente à lui seul un peu plus du tiers des consultations.

## 2.2 EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE

- **Produit intérieur brut (PIB)**

Le PIB du pays n'a pas varié de façon significative pour la période allant de 2001 à 2006. Il s'est maintenu autour de 3 milliards de USD. Toutefois, en 2007, le PIB a connu une augmentation d'un peu plus de 30 %.

- **Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB**

Les dépenses totales en santé (DTS) pour la période de 2001 à 2010 représentent en moyenne 5% du PIB avec des variations allant de 4% à 6%.

- **Dépenses de santé totale**

La dépense totale de santé a progressivement augmenté d'année en année pour la période 2001 à 2004 (16 577,7 à 19 046,2) avec une légère baisse en 2005 et 2006.

- **Ressources externes pour la santé en % de la dépense de santé totale :**

La part du financement extérieur de la santé a varié de 12,8 % (2001) à 3,4 % (2007).

- **Dépenses publiques générales pour la santé en % de la dépense de santé totale**

La part de l'Etat dans les dépenses de santé pour la période allant de 2001 à 2006 se présente ainsi qu'il suit : 16,8% (2001), 32% (2002), 20% (2003), 10,5(2004) 22(2005) 18,5(2006). On observe une variation de 16,8%(2001) à 3,4% en 2007.

- **Paiements directs pour des soins de santé, en % de la dépense de santé totale :**

Les dépenses des ménages ont évolué en dents de scie allant de 66,1% en 2003 et 78,1% en 2007.

## **2.3 FORCES ET FAIBLESSES DES SERVICES DE SANTE**

### **GOUVERNANCE**

#### ***Les forces de la gouvernance du système de santé :***

- ✓ On note l'existence d'une politique et d'un plan de développement sanitaire qui fixe clairement la vision, les objectifs et les priorités à long termes du MSHP ;
- ✓ L'implication des populations à la gestion des services de santé ;
- ✓ La loi pharmaceutique et les institutions de sa mise en œuvre sont disponibles.

#### ***Les faiblesses***

- ✓ La faible application des lois et des règlements appliqués dans le secteur en rapport avec la régulation du secteur privé (secteur informel dans la santé) ;
- ✓ Le fonctionnement des instances de coordination n'améliore pas la performance du système.
- ✓ La faible coordination et harmonisation des interventions

### **GESTION DES PRESTATIONS**

#### ***Points Forts***

- ✓ Des paquets minimum d'activités et des paquets complémentaires de soins sont disponibles.

#### **Points faibles**

- ✓ Les populations ont faiblement accès aux services de santé (iniquité d'accès) ;
- ✓ Les soins ne sont pas toujours de bonne qualité ;
- ✓ La faible participation des structures privées aux activités de santé publique.

#### **MEDICAMENTS ET TECHNOLOGIES**

##### **Forces**

- ✓ Les vaccins sont disponibles pour la réalisation des activités du PEV ;
- ✓ Les médicaments pour la tuberculose, le paludisme et le VIH/Sida sont disponibles et accessibles pour les malades ;
- ✓ Un laboratoire national de référence est fonctionnel ;
- ✓ Le laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments est en création ;
- ✓ Une centrale d'achat est créée.

##### **Faiblesses**

- ✓ Le sous-financement des médicaments ;
- ✓ La faible capacité de trésorerie de la centrale d'achat ;
- ✓ La faible trésorerie des structures de soins pour acheter des médicaments.

#### **LES RESSOURCES HUMAINES**

##### **Points Forts**

- ✓ Le pays dispose de fortes capacités de production des RH (infirmiers, sages-femmes, médecins, pharmaciens, etc.) ;

- ✓ Le personnel est disponible dans les grandes villes.

**Points faibles**

- ✓ La répartition inéquitable des RH ;
- ✓ La faible productivité des RH
- ✓ La faible motivation des RH

**LE SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE**

**Points Forts**

- ✓ La production des EDS ;
- ✓ Les données de routine sont collectées et transmises régulièrement ;
- ✓ Des efforts sont en cours pour améliorer la performance du système.

**Points faibles**

- ✓ La faible capacité de production statistique ;
- ✓ La forte centralisation de l'analyse des données de routine ;
- ✓ La faible coordination des éléments (sous-système) du système.

**LE SYSTEME DE FINANCEMENT**

**Forces**

- ✓ Mobilisation des ressources financières dans les structures de soins ;
- ✓ La promotion des mutuelles de santé ;
- ✓ L'Etat a retenu le secteur comme un secteur prioritaire

### **Faiblesses**

- ✓ La contribution des ménages reste encore assez élevée ;
- ✓ La protection sociale tarde à produire les effets attendus pour l'amélioration de l'accès et la qualité des soins.

## **III. POINTS DE DISCUSSION A LA CONFERENCE DES MINISTRES**

### **Les mécanismes de paiement de la santé**

- Les ressources publiques : Le Ministère de l'économie et des finances collecte les ressources auprès des ménages à travers l'impôt et les taxes, et redistribue conformément aux priorités des secteurs ;
- La mise en commun : le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique reçoit, oriente et alloue les ressources aux structures de production de soins, et contrôle l'utilisation
- Dans les structures de soins des mécanismes d'incitation sont accordés aux prestataires sous forme de prime de zones, de logement et de transport ;
- Les mécanismes des tiers payants avec le financement prospectifs (Assurance Maladies et Mutuelle de Santé).
- Le paiement par les usagers au moment de la prestation des soins ;

Les forces et les faiblesses sont :

- Le financement public n'est pas lié à la performance, il ne permet pas la maîtrise des coûts ;
- Le paiement par les usagers conduit à la paupérisation de population à cause des dépenses de santé catastrophiques.

Les mécanismes de financement innovant n'ont pas produits des effets à l'échelle nationale.

Pour atteindre les cibles à travers une amélioration du financement envisagé par les Ministres, il est prévu :

- Elargir les mécanismes de prépaiement par la mise en place de régimes d'assurance maladies pour les travailleurs et des régimes d'assurance privée pour les pauvres à financement public ;
- Subvention des structures publiques de soins pour réduire les coûts supportés par les ménages ;
- Solliciter la contribution de l'extérieur à travers l'annulation de la dette qui pèse sur les capacités du Ministère de l'Economie et des Finances.

Pour garantir que l'appui de l'extérieur est aligné aux priorités nationales :



- Renforcer les capacités des Départements dans la planification et la mise en œuvre des stratégies sectorielles ;
- Renforcement des capacités institutionnelles des départements ;
- Renforcement de la décentralisation avec l'implication des élus locaux à la gestion du secteur ;
- Respect du principe de recevabilité aux différents niveaux de la pyramide sanitaires.
- Dans le cadre du partenariat public-privé : il s'agira de rechercher les meilleurs moyens d'établir les relations de complémentarité avec le secteur pour améliorer l'accès aux services de santé et de promouvoir les actions de santé publique.  
A cet effet, le Ministère de la santé établira des relations avec les prestataires de soins privés pour mettre en place un schéma régional d'organisation des services pour faciliter l'accès aux soins produits par le privé et favoriser la complémentarité dans l'implantation et l'utilisation des équipements lourds. Les structures privées élargiront leurs activités aux soins préventifs (vaccination) et promotionnels (par la prise en compte des déterminants sociaux de santé).
- Pour consolider les missions des parties prenantes : Ministère Economie et Finances et Ministère Santé, il serait souhaitable de procéder à :
  - a. La mise place d'une structure de prévoyance sociale qui sera sous la tutelle du MEF pour collecter, mobiliser et procéder à l'achat des biens et services.
  - b. Le Ministère doit payer les cotisations pour les travailleurs
  - c. Réguler et suivre le développement de cette agence de prévoyance sociale
  - d. Le Ministère doit garantir la qualité des soins dans les structures de soins publiques et privées
  - e. Le Ministère de la santé doit renforcer une efficience productive dans les structures et garantir l'équité dans tous ses aspects et orienter les ressources vers les activités les plus rentables.
- Améliorer la collaboration entre le Ministère de la Santé et celui des Finances.
  - a. Améliorer la communication entre les deux départements
  - b. Allouer les ressources publiques sur la base de la performance
  - c. Renforcer le SIG qui montre la traçabilité des fonds et les résultats
  - d. Renforcer les mécanismes de contrôle de l'utilisation des fonds publics au niveau des structures de production de soins
- Le secteur de la santé n'est pas un secteur improductif. En effet, dans la littérature, il a été démontré que si on investit dans le secteur de la santé, on obtient en retour des avantages imminents pour le développement socioéconomique (Rapport Banque Mondiale 1993). Le rapport de la commission macroéconomie et santé a montré également la forte relation entre la santé et le développement.

Si le capital humain est amélioré on augmente la production nationale et les aspects de développement, l'augmentation du revenu et des conditions de vie améliore la santé.

- Le Ministère de l'Economie et des Finances doit :
  - a. Fournir au Ministère de la santé l'expertise pour la gestion financière
  - b. Elaborer les outils pour la réforme des dépenses publiques et la conception des budgets
  - c. Etablir des budgets-programmes qui serviront de base pour la contractualisation avec le Ministère de la Santé et la Décentralisation

## **CONCLUSION**

Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et le Ministère de l'Economie et des Finances doivent conjuguer leurs efforts pour améliorer l'accès de la population aux soins. Ces efforts viseront la mise en place de régime d'assurance-maladie pour les pauvres qui sera financé par les ressources publiques, l'organisation des régimes d'assurance-maladie pour les travailleurs.

Les secteurs veilleront à orienter les ressources vers les actions les plus utiles et renforcer l'efficacité productive et la qualité pour atteindre l'objectif de réduction de la charge de morbidité au niveau de la population.

**1. RESULTATS SANITAIRES ET TABLEAU DE LA MORBIDITE**

Indicateur	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Population totale	8 097 264	8 324 039	8 560 060	8 806 422	9 064 030	9 339 607	9 615 639	9 910 317	10 217 591	10 537 234
Urbaine	2 421 082	2 488 888	2 559 458	2 633 120	2 710 145	2 792 542	2 875 076	2 963 185	3 055 060	3 150 633
Rurale	5 676 182	5 835 151	6 000 602	6 173 302	6 353 885	6 547 065	6 740 563	6 947 132	7 162 531	7 386 601
Espérance de vie (totale) à la naissance	54 ans				56 ans					58 ans
Espérance de vie à la naissance (hommes)	53 ans				55 ans					57 ans
Espérance de vie à la naissance (femmes)	55 ans				57 ans					59 ans
Taux de mortalité infantile (‰)	98 ‰				91 ‰					
Taux de mortalité des moins de cinq ans (‰)	176,9‰				163 ‰					
Cinq principales causes de mortalité (%)					1, paludisme pernicieux 15,27%2, anémie non drépanocytaires 9,22%, maldies cardio vasc, 6,82%, maladie hypertensive: 6,68; méningite:4,97%	1, paludisme pernicieux 16,27%2, anémie non drépanocytaires 9,2%, maldies cardio vasc, 6,8%, maladie hypertensive: 7,68; méningite:4,9%				
Cinq principales causes d'hospitalisation (%)							paludisme grave:30,9%; traumatismes: 15,8%;paludisme simple : 10,6%; anémies: 8,8%; hernies: 8,1%	paludisme simple : 10,84%;paludisme grave 10,09%;IRA-moins de 3semaines:4,98%;autres traumatismes:3,16% ; anémies:2,97%		

Cinq principales causes de soins externes (%)									paludisme simple:28,02%;IRA:15,32%;hémorrhagies intestinales:10,95%;diarrhées non sanglantes:5,24%; aures 4,65%	paludisme:33,8%;infections respiratoires aiguës:18,3%;helminthiases 11,2%;diarrhées sanglantes:5,9%;traumatismes:3,4%
Source:	Effectif de population c'est des projections du RGPH-96									
	Indicateurs sur l'espérance de vie à la naissance, c'est les données du RGPH-96									
	Indicateurs mortalité infantile et infantojuvénile, c'est les données de l'EDS II et III (1999 et 2005)									

## 2. INDICATEURS DES DEPENSES DE SANTE

Indicateur	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Produit intérieur brut (PIB) au prix courant en million de USD	2 830,4	2 950,3	3 444,6	3 597,0	2 940,6	2 867,4	4 152,5			
Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB	5,9	6,0	5,5	5,3	5,0	5,3	5,4	5,5	5,3	4,9
Dépense de santé totale en million de USD	165,8	177,5	188,5	190,5	146,4	151,4	222,7			
Ressources externes pour la santé, en pourcentage de la dépense de santé totale	12,8	5,4	13,9	12,0	5,9	8,4	3,4	9,5	5,3	
Dépenses publiques générales pour la santé, en pourcentage de la dépense de santé totale (EN FRANCS Guinéens)	27 884	56 924	37 625	20 008	27 726	33 580	41 305	47 568	30 848	
Paievements directs pour des soins de santé, en pourcentage de la dépense de santé totale	258 842	285 251	283 038	358 363	470 975	692 907	853 493	983 856	1 074 785	1 174 117
Dépense totale de santé par habitant, au taux de change	20	21	22	22	16	17	23	26	25	23
Fonds publics pour la santé, par habitant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## 3. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE

Fonctions du système de santé	Forces	Faiblesses	Questions et objectifs prioritaires
<b>Analyse du secteur santé PNDS</b>	<p>1. Le cadre institutionnel et organisationnel du MSHP, avec un manuel de procédures qui précise les attributions des différents acteurs ;</p> <p>2. Le contexte de décentralisation offrant des opportunités pour un renforcement effectif de la participation communautaire ;</p> <p>3. Un arsenal juridique et réglementaire, notamment dans le domaine du médicament ;</p> <p>4. Des initiatives de collaboration intersectorielle entre certains acteurs et Départements Ministériels, tels que les Ministères en charges de l'éducation, les institutions de formation et de recherche etc.</p> <p>5. Elaboration et diffusion du code des collectivités.</p> <p>Le nouveau cadre organique du ministère de la santé prévoit dans son système de Gouvernance une structuration du MSHP qui se présente comme suit :</p> <p><b>La Gouvernance du système santé est assurée par le Ministère en charge de la santé et de l'hygiène publique dont l'organisation comprend : un secrétariat général, un cabinet, des services d'appui, quatre Directions nationales, des services rattachés, des établissements publics, une entreprise publique, des programmes et des projets, des organes consultatifs et des services déconcentrés.</b></p>	<p>1. Le cadre institutionnel et organisationnel actuel inadéquat par rapport aux défis du secteur de la santé (financement, gestion des ressources humaines etc.) ;</p> <p>2. Insuffisance de rigueur dans l'application des textes et règlements en vigueur</p> <p>3. Les compétences opérationnelles relativement faibles (insuffisance de ressources humaines, insuffisance d'équipements etc.), des autorités régaliennes (Inspection Générale de la Santé, DNPL, DAAF..) ;</p> <p>4. La non-application des directives législatives et réglementaires existantes ;</p> <p>La faible efficacité de l'implication des acteurs d'autres secteurs pour le contrôle (les accords avec l'administration des douanes pour mettre en place un contrôle technique pharmaceutique aux points d'entrées sensibles n'ont pas abouti, etc.) ;</p> <p>5. L'absence d'application depuis plusieurs années du contrôle de conformité documentaire pour les importations par une société de contrôle (SGS : Société Générale de Surveillance) ;</p> <p>6. le Partenariat public/privé presque inexistant.</p> <p>7. Non application des dispositions du code des collectivités</p> <p>8. Les dispositions prises par MSHP sont restées sans effets sur la vente illicite des médicaments</p> <p>8. Inefficacité du système de contrôle et régulation dans l'approvisionnement en produits pharmaceutiques.</p>	<p>Au regard de cette évaluation du PNDS qui sera à son terme le 31 décembre 2012, il est urgent pour le Ministère de la santé et de l'hygiène publique de procéder à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La révision de la politique nationale de santé</li> <li>• L'élaboration d'un nouveau plan national de développement sanitaire.</li> </ul> <p>Cette perspective est envisagée à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'une feuille de route et l'organisation des Etats Généraux de la Santé (EGS) qui réunira l'ensemble des intervenants dans le système de santé</p>
<b>Gestion de la prestation des services de santé</b>	<p>La gestion de la Prestation des services est basé sur l'initiative de Bamako (recouvrement des coûts) aussi bien au niveau des services sociaux de base doté d'un paquet minimum d'activités (PMA) que des services de référence (Hôpitaux</p>	<p>Ruptures des médicaments aux niveaux des services, plateaux techniques vétustes et parfois obsolètes.</p> <p>Faible taux d'utilisation des services : Le taux d'utilisation des services de</p>	<p>Comment améliorer le Gestion du système logistique intégrée des Médicament et améliorer les équipements technologiques dans les</p>

	préfectoraux et nationaux ) doté à chaque niveau d'un paquet complémentaire d'activités pour la pris en charge des références	santé par la population générale est faible (0,26 nouveau cas par habitant et par an) alors que la norme nationale est de 0,6 contact par habitant et par an.	structures sanitaires ? Une table ronde de la Pharmacie Centrale de Guinée a été organisée avec l'appui du Ministère de la santé et de tous les partenaires au Développement pour trouver une solution à ces questions essentielles
<b>Médicaments, technologies sanitaires et vaccins</b>	Système logistique intégré dans la commande, l'approvisionnement et la distribution des médicaments	Les importateurs de médicaments sont divers (certains partenaires et ONG internationales, grossistes répartiteurs agréés) et la centrale d'achat du pays –PCG- n'a pas encore les possibilités de garantir les approvisionnements réguliers des services de santé.	
<b>Personnel de santé</b>	<b>Personnel de santé numériquement suffisant, selon les catégories professionnelles à l'exception du corps des sages-femmes et des Techniciens de santé Publique et des préparateurs en pharmacie</b>	Mauvaise Gestion des Ressources humaines en santé. - mauvaise répartition - absence de fidélisation des personnels de santé dans les zones défavorisées. Les zones pauvres, défavorisées et enclavées connaissent une pénurie importante en personnel de santé, les effectifs les plus importants avec les compétences appropriées se retrouvent dans la capitale Conakry ou dans les capitales régionales ou à proximité de la ville de Conakry.	Quelle solution à la gestion rationnelle des RHS ? 1. Faire l'état des lieux de la situation des ressources humaines en santé, encours avec l'appui de l'OMS et de l'Alliance Mondiale pour le personnel de santé ; 2. Elaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé
<b>Système d'information sanitaire</b>	<b>Audit du système d'information sanitaire (SIS) et élaboration d'un plan de renforcement du SNIS avec l'appui du fonds Mondial</b>	La mise en œuvre de ce plan de renforcement du SNIS n'a pas été effective en raison de plusieurs facteurs dont celui de la conjoncture sociopolitique que le pays a eu à traverser depuis 2006	La gouvernance du SNIS a été revue par le Ministère de la santé l'on s'achemine vers une mise à jour en matière de gestion de l'information sanitaire, de l'amélioration des équipements, de l'harmonisation des indicateurs et de l'amélioration des compétences du personnel
<b>Système de financement de la santé</b>	Le système de santé est financé par : 1. L'Etat 2. Les partenaires au développement (coopération bi et multilatérale) 3. Les communautés à travers les structures déconcentrées et les recouvrements des coûts par paiement directe des ménages	Faibles financement du secteur de la santé par l'Etat (3,39% en 2005, 2,67% en 2006, 2,87% en 2007, 3,52 en 2008) dont plus de 40% sont destinés paiement des salaires et que les paiements net ne dépassent pas 75% à l'exception des salaires qui payé à 100%	Face au faible financement de l'Etat dans le secteur de la santé, le Ministère de la santé plaide en faveur du renforcement du financement de la santé conformément aux engagements d'Abuja pour le financement de la santé à hauteur de 15% du budget de l'Etat.

