



# Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Sanitaire Universelle du Bénin 2016-2022



## Contenu

Contenu .....	2
Abréviations .....	4
Préface.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Résumé.....	6
Contexte .....	8
Situation géographique administrative, économique, démographique .....	8
Système de Santé au Bénin .....	9
La raison d'être d'une stratégie nationale de financement pour le développement de la couverture universelle : .....	12
Les objectifs d'une stratégie nationale de financement pour le développement de la couverture universelle .....	13
Analyse de la situation du système de financement de la santé .....	14
Vue générale du système de santé dans la perspective de la SNFS.....	14
Vue générale du système de financement de la santé selon sa performance .....	15
Architecture.....	15
Indicateurs des dépenses de santé .....	16
Mobilisation de ressources .....	16
Mutualisation des ressources.....	17
Achat de services.....	19
Situation du FBR : .....	21
Conclusion sur l'état des lieux et les défis principaux.....	22
Le Régime d'Assurance Maladie Universelle : situation .....	22
Loi sur le régime d'assurance maladie universelle.....	22
Mise en œuvre.....	22
Définition de la SNFS .....	23
Contribution attendue de la stratégie au système de financement de la santé.....	23
Contribution attendue de la politique aux objectifs du financement de la santé .....	24
Vision, objectifs principaux et, principes.....	25
Orientations stratégiques.....	25
OS. 1 : AMELIORER L'UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES DU SECTEUR.....	25
OS.2 : METTRE EN ŒUVRE LE RAMU ET INTEGRER LES AUTRES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE .....	26
OS.3 : ASSURER LE FINANCEMENT DE LA SANTE SUR UNE BASE EQUITABLE, PERENNE ET PREVISIBLE.....	28
Mise en œuvre et suivi/évaluation .....	30
Disposition pour la mise en œuvre .....	30

Plan d'action et responsabilité .....	30
Faisabilité.....	31
Suivi-évaluation .....	31
Suivi : .....	31
Evaluation.....	31
Accompagnement essentiel de la stratégie : gestion financière, dialogue politique, et partenariat public-privé.....	31
Dialogue sectoriel et administration du secteur :.....	31
Procédures et outils de gestion des financements .....	32
Partenariat Public-Privé.....	32
Architecture du système de financement autour du RAMU.....	33
<i>Indicateurs principaux</i> .....	34
Cadre logique simplifié : objectifs spécifiques, sous-objectifs et axes stratégiques.....	36
Paramètres du financement pérenne du RAMU.....	37
<i>Options de développement du RAMU</i> .....	38
Option actuellement mise en œuvre dans le cadre du démarrage du RAMU.....	38
Option 1 : un RAMU ambitieux au Bénin .....	39
Option 2 : montée en charge progressive du panier de soins .....	41
Cadre de suivi et évaluation .....	42

## Abréviations

<b>Cigles</b>	<b>Définition</b>
<b>AD-ANAM</b>	Antenne Départementale de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie
<b>AEDES</b>	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
<b>AIMS</b>	Appui Institutionnel au Ministère de la Santé
<b>ANAM</b>	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
<b>ANGC</b>	Agence Nationale de gestion de la Gratuité de la Césarienne
<b>BM</b>	Banque Mondiale
<b>CCPM</b>	Cellule de Contrôle de Passation des Marchés publics
<b>CHD</b>	Centre Hospitalier Départemental
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNS</b>	Comptes Nationaux de la Santé
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CPS</b>	Centre de Promotion Social
<b>CS/ CdS</b>	Centre de Santé
<b>CTB</b>	Coopération Technique Belge
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DFAMU</b>	Direction du Fonds de l'Assurance «Maladie
<b>DNEHS</b>	Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins
<b>DPMED</b>	Direction des Pharmacies du Médicament et des Explorations
<b>DPP</b>	Direction de la Programmation et de la Prospective
<b>DRF</b>	Direction de la Recherche et de la Formation
<b>DRFM</b>	Direction des Ressources Financières et du Matériel
<b>DSME</b>	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EEZS</b>	Equipe d'encadrement de la Zone Sanitaire
<b>FBR</b>	Financement Basé sur le Résultat
<b>FNRB</b>	Fonds National des Retraités du Bénin
<b>FSI</b>	Fonds Sanitaire des Indigents
<b>GAVI</b>	The Global Alliance for Vaccines and Immunization
<b>GTT</b>	Groupe Technique de Travail
<b>HZ</b>	Hôpital de Zone
<b>IEC</b>	Information Education Communication
<b>IGM</b>	Inspection Générale du Ministère
<b>MS</b>	Ministère de la Santé
<b>MuSa</b>	Mutuelle de Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisation de la Société Civile
<b>OS</b>	Objectif Spécifique
<b>PARZS</b>	Projet d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNB</b>	Produit National Brut
<b>PRPSS</b>	Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé
<b>PSCS</b>	Plateforme de la Société Civile en Santé
<b>PTD</b>	Plan Triennal de Développement

<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universelle
<b>SARA</b>	Services Availability and Readiness Assessment
<b>SG</b>	Secrétariat Général
<b>SNFS</b>	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
<b>SNIGS</b>	Système National d'information et de Gestion Sanitaires
<b>SONUB</b>	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
<b>SONUC</b>	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complémentaires
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UCP</b>	Unité de Coordination de Projet (PRPSS)
<b>USAID</b>	United States Aid for International Development
<b>ZS</b>	Zone Sanitaire

## Préface

La vision du Bénin est de disposer en 2025 d'un système de santé basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois.

Pour réaliser cette vision, le pays s'est donné pour mission d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles, sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) met l'accent sur cinq (05) domaines prioritaires qui orientent l'action sanitaire du pays, et dont la mise en œuvre est assurée par l'élaboration des Plans Triennaux de Développement (PTD). L'un des axes stratégiques du PNDS se rapporte au mécanisme de financement de la santé développé dans le présent document.

Le financement de la santé demeure le facteur déterminant de l'accès aux soins de santé, puisque la barrière financière constitue une importante contrainte pour les populations qui cherchent à bénéficier des soins de santé de qualité. Le financement de la santé englobe divers paramètres dont la satisfaction concourt à une couverture universelle en santé.

Dans le contexte actuel de raréfaction des ressources, une gestion plus rationnelle s'impose, de même que la mise en place d'un dispositif performant de financement. C'est pourquoi, le Bénin a conçu un document de stratégies de financement de la santé, en vue de garantir à tous une couverture du risque maladie.

Ledit document servira, à la fois, de guide pour instaurer un système de santé performant et de levier pour répondre plus conséquemment aux besoins en soins de santé des populations.

Le processus d'élaboration de ce document a été inclusif et participatif, sa mise en œuvre nécessite la contribution de tous les acteurs.

Je voudrais témoigner de ma profonde gratitude à tous les Paternaires Techniques et Financiers, aux Partenaires Sociaux et aux autres Ministères sectoriels qui n'ont ménagé aucun effort pour accompagner techniquement le Ministère de la Santé dans ce processus complexe.

Je voudrais en outre et de façon exceptionnelle, remercier l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que et le réseau Providing For Health (P4H) qui ont rendu disponible les ressources humaines et financières indispensables à l'élaboration de la présente stratégie.

Je voudrais, enfin, inviter tous les acteurs et parties prenantes du secteur à s'appropriier le présent document et à en faire une référence dans le cadre de toutes leurs interventions.



Le Ministre de la Santé

  
**Prof. Dorothée A. KINDE-GAZARD**

## Résumé

Une stratégie de financement n'est pas uniquement tournée vers la mobilisation des ressources, même si l'accroissement des capacités financières du secteur est nécessaire à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. En la matière, c'est avant tout l'effort de l'Etat qui doit être assumé, car il est le garant d'un développement durable et équitable.

La Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle au Bénin (SNFS) est avant tout une question de système. Aujourd'hui de nombreux mécanismes tendent à améliorer l'accès de tous à des soins de qualité, mais l'analyse démontre qu'il faut assurer leur mise en cohérence, leur pilotage, et leur orientation. Ce sont dans ces conditions que les principes que l'Etat met au cœur de la Stratégie progresseront, à savoir :

(i) l'accès équitable et facile à des soins de santé de qualité et à des coûts abordables selon les besoins (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière (iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé (iv) la solidarité et le partage du risque basés sur l'obligation et la non exclusion, (v) la protection contre le risque financier.

La SNFS (2016-2022) retient trois objectifs spécifiques (OS) et fera l'objet d'un plan d'action et de suivi détaillé dans les 6 mois suivant la signature de ce document ; les OS s'énoncent ainsi que suit :

OS. 1 : AMELIORER L'UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES DU SECTEUR

OS.2 : METTRE EN ŒUVRE LE RAMU ET INTEGRER LES AUTRES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE

OS.3 : ASSURER LE FINANCEMENT DE LA SANTE SUR UNE BASE EQUITABLE, PERENNE ET PREVISIBLE

De plus, un accompagnement particulier est prévu par des actions complémentaires visant à :

a/ Améliorer l'organisation du dialogue sectoriel et l'administration du secteur de la santé

b/ Améliorer les procédures et outils de gestion des financements

c/ Renforcer le partenariat Public Privé

Un mécanisme particulier se retrouve au premier plan pour l'atteinte de la couverture universelle au Bénin, à savoir le mécanisme de protection sociale santé – ou Couverture du Risque Maladie - institué à partir du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). La stratégie présente les conditions structurelles de son portage politique et social, de son ancrage institutionnel, et de ses conditions de viabilité financière. En particulier, il s'agit d'un régime unique et obligatoire pour tous, qui doit être régi par les principes de séparations des pouvoirs (de régulation, de gestion et de contrôle), et qui doit bénéficier du soutien financier de l'Etat de sorte que les béninois y contribuent à la hauteur de leurs capacités. Le RAMU s'imposera à tous progressivement, même si les arbitrages en matière de panier de soins, de participation financière publique, de ciblage des subventions et de priorité de couverture évolueront avec le temps et l'expérience. Le RAMU absorbera les mécanismes d'exemption de paiement des soins existants. Enfin, il se déploiera sur le terrain en faisant usage des meilleures opportunités, tant technologiques (NTI) que sociocommunautaires (Mutuelles de santé). Par ailleurs le Financement Basé sur les Résultats sera généralisé et institutionnalisé, et des dispositions seront prises pour améliorer la qualité de l'offre de soins et sa tarification.

La SNFS présente l'évolution attendue du système de financement de la santé. Sa mise en œuvre devra réduire la part de paiement direct des ménages dans le total des dépenses de santé, et permettre de progresser vers la couverture sanitaire universelle<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Les [indicateurs](#) et leurs objectifs (p35) complètent ce résumé pour donner un aperçu correct de la SNFS.

## Contexte

### Situation géographique administrative, économique, démographique

#### Données géographiques et administratives

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend entre le Niger au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Il est limité au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo et à l'Est par le Nigeria. Sa superficie<sup>2</sup> est de 114.763 km<sup>2</sup>. Le relief est caractérisé par des plaines et plateaux cristallins dans la région méridionale du pays qui s'élèvent progressivement vers le nord où ils atteignent des altitudes de 641 m (chaîne de l'Atacora). Du Nord au Sud, on distingue trois zones climatiques :

- le climat tropical sec au Nord avec une saison sèche et une saison pluvieuse. Les tendances épidémiques de méningite et de fièvre jaune y sont fréquentes ;
- le climat de type guinéo soudanien au centre caractérisé par un climat tropical semi humide;
- le climat tropical humide au sud avec deux saisons de pluies (avril - juin et septembre – octobre) et deux saisons sèches allant de juillet à août et de novembre à mars avec des inondations fréquentes dans les départements du Sud et le risque de recrudescence de maladies diarrhéiques qui l'accompagnent.

Le Bénin est subdivisé en 12 Départements, 77 Communes, 546 Arrondissements et 3.557 Villages ou Quartiers de Ville<sup>3</sup>. Une nouvelle loi votée par l'Assemblée Nationale le 18 février 2013 amène le nombre de villages à 5 300.<sup>4</sup>

#### Données démographiques

La population béninoise est estimée à 9 983 000 habitants<sup>5</sup> en 2013 composée de 4 891 980 enfants de 0 à 14 ans soit 49% et de 5 091 020 enfants de 15 et plus soit 51% de la population considérés comme la population active. Au sein de cette population active, environ 71% sont des actifs occupés et 29% sont considérés comme des actifs non occupés (sans emplois). Dans l'ensemble il faut noter qu'au niveau de la population active occupée environ 3 282 019 soit 33% de la population totale est dans le secteur informel et 332 545 soit 3% de la population totale est dans le secteur formel.

#### Données économiques

*Selon le classement 2011 de la Central Intelligence Agency ou CIA (CIA World Factbook), le Bénin est classé au 198ème rang sur 225 par rapport au PIB. En effet, le PIB par habitant est de \$ US 1 500 soit 750 000 FCFA en 2011 et environ 1/3 de la population béninoise vit sous le seuil de pauvreté. Sur le plan macro économie, le taux de croissance économique<sup>6</sup> est passé de 5% en 2008 à 3,5% en 2012. Dans le domaine de la santé les allocations budgétaires en valeur nominale ont diminué au cours des 5 dernières années. Elles sont passées de 111,354 milliards en 2009 à 71,757 milliard en 2013. Par ailleurs, le taux d'inflation augmente, passant de 2,3% en 2010 à 3,1% en 2012. Ce taux peut atteindre 5% en décembre 2013. L'encours de la dette (en % du PIB) tend à baisser depuis 2003 et résulte principalement des opérations d'allègement de la dette obtenues au titre de l'initiative PPT. Ces facilitations obtenues servent essentiellement à financer les secteurs sociaux (éducation, santé)<sup>7</sup>.*

<sup>2</sup>Institut Géographique National, estimation 1998.

<sup>3</sup> Loi n° 97-028 du 15 janvier 1999

<sup>4</sup> Loi portant création, organisation, attribution et fonctionnement des unités administratives et locales en République du Bénin

<sup>5</sup> Données, INSAE, novembre 2013.

<sup>6</sup> [http://www.statistiques-mondiales.com/taux\\_de\\_croissance.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/taux_de_croissance.htm)

<sup>7</sup> Premier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, MCPPD, juillet 2003.

## Systeme de Santé au Bénin

### Données épidémiologiques et socio-sanitaires

Le profil épidémiologique du Bénin est caractérisé par une prédominance des affections endémo épidémiques que sont : le paludisme, les maladies diarrhéiques, les affections gastro-entériques, les infections respiratoires, les anémies et certaines maladies évitables par la vaccination. Il s'agit notamment de la rougeole, du tétanos maternel et néonatal, et de la poliomyélite.

*Le tableau ci-dessous présente les données sur les indicateurs socio-sanitaires :*

1. Taux Brut de Natalité (TBN).....	33,3‰ <sup>8</sup>
2. Taux brut de mortalité (TBM).....	8,79‰ <sup>9</sup>
3. Taux de mortalité infantile (TMI) .....	60,03‰
4. Taux de mortalité infanto-juvénile .....	115‰
5. Ratio de mortalité maternelle (TMM).....	..350 décès pour 100.000 naissances vivantes
6. Espérance de vie à la naissance .....	60,26 ans <sup>10</sup>
7. Espérance de vie à la naissance des hommes .....	59 ans
8. Espérance de vie à la naissance des femmes .....	61,59 ans
9. Indice synthétique de fécondité (ISF).....	4,9 enfants par femme <sup>5</sup>
10. Taux d'accroissement .....	3,5%

Les missions traditionnelles du Ministère de la Santé ont évolué avec la prise en compte de la lutte contre la pauvreté pour s'étendre à «l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres indigentes».

### Organisation du système de santé

#### *Pyramide sanitaire*

Le système de santé du Bénin a une structure pyramidale inspirée du découpage territorial. Il comporte trois différents niveaux :

- le niveau central ou national est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la Politique Sanitaire définie par le gouvernement.
- le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directeurs Départementaux de Santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux départementaux.
- le niveau périphérique ou opérationnel : est constitué des zones sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La zone sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (maternités et dispensaires isolés, Centres de Santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé dénommé hôpital de zone, et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100.000 et 200.000 habitants. Une zone sanitaire couvre une à 4 communes.

<sup>8</sup> EDSB-IV 2011-2012

<sup>9</sup> [www.statistiques-mondiales.com/benin.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/benin.htm)

<sup>10</sup> CIA Word Factbook, version du 11 mars 2012

Aujourd'hui 28 Zones Sanitaires fonctionnent sur les 34 prévues soit un taux de 82,35%.

### **Secteur Public**

En dehors du Ministère de la Santé, il existe d'autres structures étatiques impliquées dans la fourniture de soins. Parmi celles-ci, le Ministère de la Défense est l'une des plus importantes ; il gère les Hôpitaux d'Instruction des Armées, dix centres médico-sociaux et cinq postes médicaux à l'intérieur du pays.

Le Service de Santé des Armées (SSA) offre des soins au personnel des Forces Armées Béninoises et leurs familles. Il dispose de services incluant des spécialités comme la cardiologie, la radiologie, la gynécologie, la stomatologie, etc. Il reçoit aussi des patients privés autres que ceux cités plus haut, mais qui doivent payer les soins qui leur sont accordés.

Par ailleurs, la police nationale dispose d'un centre de santé. A ces formations sanitaires ou structures public il faut ajouter la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME). Elle est une structure d'approvisionnement des médicaments, qui assure de façon efficace le stockage et la distribution des médicaments sur toute l'étendue du territoire national.

### **Secteur Privé**

Le début de l'année 1986 est marqué par le gel du recrutement du personnel soignant et la conjoncture internationale. Ainsi, on assiste à une floraison d'unités médicales privées. A titre indicatif, en 1997, on a dénombré 580 formations sanitaires (FS) privées toutes catégories confondues, pour tout le pays<sup>11</sup>. Ce nombre est passé à 660 en 1998. Le recensement des formations sanitaires privées organisé en décembre 2012 a dénombré 2197 FS privées intervenant dans l'offre des soins contre 744 FS publiques. On compte environ 304 FS qui font office d'hôpitaux, soit 13,83%.

Les statistiques ont montré que près de 60% de ces formations sanitaires privées se concentrent dans la ville de Cotonou qui ne compte que 9,75% de la population béninoise<sup>12</sup>. Le recensement de 2012, situe la proportion du privé dans l'urbain à 944/2197 soit 42,97 %. A côté de cette structure du secteur privé il faut ajouter le secteur pharmaceutique privé. Ce secteur pharmaceutique privé comprend une fabrique de médicaments sous noms génériques, quatre grossistes répartiteurs et environ 185 officines de pharmacies inégalement réparties sur le territoire national.

### **Médecine traditionnelle**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de 80% de la population africaine a recours à la médecine traditionnelle en matière de santé. Cet attachement à cette médecine relève du fait que celle-ci fait partie intégrante du patrimoine socioculturelle des communautés africaines ; elle est une médecine de proximité qui se caractérise par la diversité de ses moyens thérapeutiques, son accessibilité et son acceptabilité.

Dans cette logique, par décret présidentiel n° 86-69 du 3 mars 1986 relative à la médecine traditionnelle, a reconnu l'Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin (ANAPRAMETRAB) et a autorisé la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) dont l'objectif est d'établir une relation entre les différents acteurs de la médecine moderne et les Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT), a intégré également une valorisation de la médecine traditionnelle afin

---

<sup>11</sup> Statistiques sanitaires annuelles, MSP 1997

<sup>12</sup> INSAE, RGPH 3

d'améliorer la prise en charge des maladies au sein des populations. Le Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle a été créé depuis 1996 pour conduire les interventions du secteur dans ce domaine.

### **Explorations diagnostiques : laboratoire d'analyse et imagerie médicale**

Les activités du sous-secteur des explorations diagnostiques sont incontournables dans tout processus de prise en charge qu'il s'agisse des maladies individuelles ou communautaires. Il se retrouve aussi bien en amont lors du diagnostic, pendant le suivi et en aval pour affirmer la guérison ou la fin d'une épidémie. Aux plans institutionnel et organisationnel, ce sous-secteur ne bénéficie pas de l'appui nécessaire à son bon fonctionnement. En effet, on observe essentiellement au niveau des explorations diagnostiques, la non maîtrise de l'approvisionnement et de la gestion des réactifs et consommables et l'absence d'un encadrement règlementaire et législatif. Toutefois, le projet de loi portant radioprotection en République du Bénin est en voie d'être transmis à l'Assemblée Nationale en vue de son adoption.

Notons enfin que le système qualité au niveau des analyses biomédicales et de l'imagerie médicale est peu satisfaisant.

### **Recherche en Santé**

Au Bénin, le pilier majeur de développement du secteur santé que constitue la recherche ne joue pas encore pleinement sa partition. En 1991, la République du Bénin a identifié avec l'aide de la Commission Spéciale des Nations Unies sur la Recherche en Santé pour le Développement, les problèmes prioritaires en santé et développement et pouvant être l'objet d'une activité de recherche utile à la prise de décisions efficaces par les dirigeants du pays.

La recherche n'arrive pas encore à contribuer efficacement à l'amélioration de l'état de santé des populations béninoises du fait de l'insuffisance des travaux de recherche, de la faible utilisation des résultats pour la prise de décision et de la faible coordination des activités de recherche. La faible utilisation des résultats de recherche pourrait s'expliquer par la non perception de l'utilisation des résultats de recherche par les acteurs et décideurs, corollaire de la méconnaissance des travaux de recherche effectués dans le pays et de la faible vulgarisation des résultats de ces travaux.

Dans la dynamique d'une meilleure coordination de la recherche au niveau du pays, la Direction de la Recherche et de la Formation a été créée pour assurer une synergie d'actions entre les autres structures du secteur et les autres institutions de recherches du pays.

Par ailleurs, des travaux de recherche en santé sont effectués dans les entités universitaires de formation des personnels de santé telles que la Faculté des Sciences de la santé (FSS), l'Institut Régional de Santé Publique (IRSP), le Centre Régional pour le Développement en Santé (CREDESA)...\*

L'Etat a donc le devoir de soutenir par la recherche, le processus de prise de décisions à tous les niveaux du système de santé.

### **Information Sanitaire**

L'importance de l'information sanitaire dans la planification et la prise de décision pour l'amélioration des conditions de vie des populations n'est plus à démontrer. Le secteur de la santé dispose d'un Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) mis en place depuis 1990. Le SNIGS est composé de plusieurs sous-systèmes. Le principal sous système est le sous-système d'information pour la surveillance continue des tendances. Il produit les données de routine sur les activités des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, lesquelles sont complétées par les autres sous-systèmes du secteur de la santé à savoir :

- le Sous-système de surveillance épidémiologique et de détection des épidémies ;
- le Sous-système d'informations pour la gestion des programmes ;
- le Sous-système d'informations pour la gestion administratives et financières ;
- le sous-système d'enquêtes périodiques ; et
- le Sous-système d'informations à assise communautaire.

La plupart des informations produites sont consignées dans l'annuaire des statistiques sanitaires qui paraît chaque année depuis 1984.

### **Utilisation des services de santé**

L'accès de la population aux soins de santé est l'une des priorités des autorités sanitaires. Dans l'ensemble, 66% des ménages ont accès à une formation sanitaire dans leur localité dans un rayon de 5 km. S'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, plus de 50% de la population a accès à un hôpital de référence en cas de nécessité ; 13% vivent encore à plus de 30 km d'un hôpital de référence. La majorité des communautés rurales ne disposent pas d'un hôpital à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain).

Selon l'annuaire des statistiques sanitaires 2012, le taux de fréquentation des centres de santé pour les soins curatifs (publics et privés) est de 51,04% pour l'ensemble de la population et de 90,9% pour les enfants de moins de 5 ans. Cette situation contraste avec la couverture en infrastructure sanitaire qui est de 88,3%. Elle pourrait s'expliquer par des contraintes financières, la qualité de l'accueil et des soins que le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) devra contribuer à améliorer.

### **Partenaires du Ministère de la santé**

L'atteinte des objectifs assignés au Ministère de la Santé est conditionnée par le degré de partenariat, de dialogue et de collaboration entre le MS et les autres ministères, les collectivités locales, le secteur privé libéral et confessionnel, les partenaires techniques et financiers.

Les PTF qui appuient le secteur de la santé au Bénin peuvent être classés en quatre grands groupes, à savoir : i) le partenariat multilatéral, ii) le partenariat bilatéral, iii) le partenariat avec les institutions de financement, puis iv) le partenariat avec les organisations associatives, religieuses et ONG.

Les principales sources de financement des dépenses de santé sont le budget national, le financement communautaire et la contribution des PTF. Il n'existe pas un mécanisme clair d'arbitrage et de coordination des divers financements afin d'éviter les éventuels doublons et la mauvaise répartition des ressources (Humaines, Matérielles et Financières). Pour contourner cette difficulté, et assurer une gestion efficace et efficiente des ressources pour une couverture maladie universelle, le pays est engagé avec l'appui Technique et financier de ses PTF notamment P4H et l'OMS dans une dynamique d'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé.

## **La raison d'être d'une stratégie nationale de financement pour le développement de la couverture universelle :**

Le financement de la santé est un aspect primordial de l'accès aux soins puisque la barrière financière est la plus importante pour les populations qui cherchent à se soigner. Par conséquent le financement de la santé englobe les conditions de satisfaction d'une demande formulée ou non pour la couverture des besoins en soins de santé.

Concevoir une stratégie de financement de la santé pour la Couverture Universelle, c'est donner une direction générale et élaborer les grandes lignes stratégiques nationales pour mettre en place un système de financement performant, qui concourt à la fois à la réalisation d'un système de santé adéquat et à la réalisation des besoins en soins de santé de la population. Plus généralement, il s'agit d'une trajectoire essentielle de la couverture sanitaire universelle.

Le financement de la santé peut être analysé au travers de ses trois fonctions : la mobilisation des ressources, la mutualisation des ressources et l'achat de services. Ce cadre analytique semble le seul qui permette de saisir les limites systémiques du financement et de proposer des améliorations dans le même sens. En effet, améliorer chacune des parties ne permettra pas forcément d'améliorer le tout : si chaque partie du système doit être améliorée, le plus important est que chaque partie existe pour un tout. Aussi les mécanismes et les stratégies partielles doivent-ils s'ancrer dans une logique d'ensemble.

## **Les objectifs d'une stratégie nationale de financement pour le développement de la couverture universelle**

Les engagements et l'expérience donnent des indications sur des normes de volumes financiers que le pays doit tenter de mobiliser pour aller vers la couverture universelle et obtenir des résultats dans des délais raisonnables. Ces volumes concernent notamment la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé (avec moins de 20%, l'incidence des dépenses catastrophiques est minimale), la part du budget d'Etat consacré à la santé (au moins 15%, engagement d'Abuja), et les dépenses nationales en santé par personne et par an (\$60 en 2015). Ces volumes sont donc liés au PNB, à l'assiette fiscale, ou encore à l'aide extérieure. On appréciera par conséquent le développement de la couverture universelle notamment du point de vue des moyens à mobiliser d'une manière soutenable, efficiente et équitable – source et montants –, leur mutualisation pour assurer une capacité distributive du système de financement de la santé, ainsi que de leur allocation pour assurer l'utilisation la plus efficiente. L'expérience internationale montre également que les montants à mobiliser pour atteindre la couverture sanitaire universelle sont très importants et doivent provenir essentiellement du financement public, voire que les 15% peuvent s'avérer insuffisants. Il est de fait entendu que l'enjeu de la couverture universelle dépasse les seules considérations « sanitaires », et il n'est surtout pas dit qu'il faille limiter à 15% les crédits publics qui lui sont dédiés.

De manière particulièrement criante, un empilement de dispositifs visant chacun à améliorer l'accès aux soins de qualité de la population peut s'avérer néfaste, d'autant si ces dispositifs ne sont pas coordonnés. Il s'agit ici du fractionnement ou de la « fragmentation », qui pénalise le développement de la couverture universelle à plusieurs titres : manque de capacité distributive du système de financement de la santé résultant en l'accès inéquitable aux soins de santé, mauvaise répartition des ressources humaines, multiplication des dispositions administratives, absence de mutualisation des ressources financières, manque d'analyse critique transversale sur les cibles et sur les moyens mis à disposition, compétition sous-sectorielle contreproductive au lieu de priorisations, errance du dialogue sectoriel, incohérence de la réglementation et de la politique. Cet enjeu, qui est des plus cruciaux et des moins évidents, invite à une analyse critique et à un travail spécifique sur la mutualisation des ressources (« pooling »).

En aval, les financements de la santé sont les sources de l'achat de services qui doivent répondre aux besoins en soins de santé. Cette fonction d'achat permet d'envisager la pertinence des services donnés ou disponibles eu égard à leur coût, et de porter une analyse critique sur les échanges

économiques qu'ils engendrent. L'efficacité des dépenses de soins, leur modalité ou encore la rationalité de ceux-ci, sont autant d'interrogations que pose la fonction d'achat.

Enfin, les objectifs des trois fonctions du financement de la santé sont indissociables d'une vision des soins prodigués et qui font précisément l'objet d'une couverture qui tend à être universelle. Ainsi, dans un cadre stratégique où l'assurance maladie universelle est un outil privilégié, une attention particulière est portée au paquet de soins acquis de droit aux populations.

## **Analyse de la situation du système de financement de la santé**

### **Vue générale du système de santé dans la perspective de la SNFS**

Le secteur public se caractérise entre autres par une faible qualité des soins et des informations collectées à travers le Système National d'Information et de Gestion Sanitaire (SNIGS) et des insuffisances qualitatives et quantitatives des supervisions effectuées.

Le nouvel outil SARA<sup>13</sup> et ses résultats (2013) fournissent quelques données objectives sur une appréciation du système de santé généralement peu flatteuse mais difficilement quantifiable :

- Un quart des formations sanitaires disposent de tous les équipements essentiels
- Le secteur est doté d'une faible capacité de diagnostic (32%)
- Aucune formation sanitaire publique ne dispose de l'ensemble des médicaments essentiels
- Pratiquement aucune formation sanitaire publique ne dispose de l'ensemble des éléments pour offrir les SONUB (1%)
- Très peu d'entre elles devant offrir les SONUC disposent d'équipements (21%)
- Seulement 10% des formations sanitaires publiques disposent de l'ensemble des éléments pour la prise en charge du paludisme
- La disponibilité des services existe pour la PTME dans 47% d'entre elles.

Dans ces conditions et de celles de barrières financières à l'accès aux soins, la population du Bénin n'utilise pas les services de santé au niveau de ses besoins : le taux global d'utilisation des soins est stagnant, de 45% environ (soit un contact par personne tous les deux ans). De plus la disparité est grande entre zones géographiques, comme le montrent certains résultats de l'EDSB-4. Mais il ne faut pas ignorer que les populations ont souvent recours à la médecine et pharmacopée traditionnelles dont les contours seront cernés par des études ultérieures.

Une particularité nationale tient au fait que le paysage des prestataires de soins se compose tout autant de prestataires publics que de prestataires privés. En tout état de cause le secteur privé tient une place importante dans le système de santé national.

---

<sup>13</sup> L'objectif principal de cet outil est d'automatiser les résultats analytiques standards pour l'évaluation de la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA en anglais).

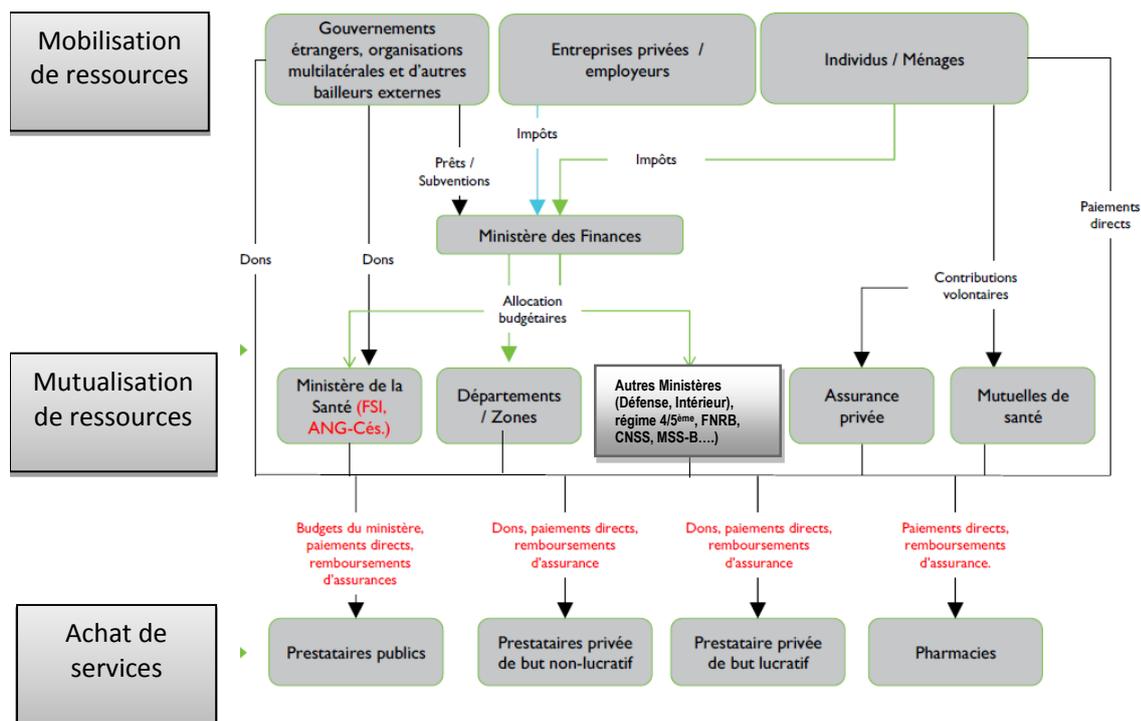
## Vue générale du système de financement de la santé selon sa performance

### Architecture

Au point de départ de l'analyse, l'observation est faite d'une architecture compliquée par l'existence d'une multitude de mécanismes de financement et de dispositifs de couverture du risque maladie<sup>14</sup>, en somme de l'absence d'un véritable système. Notamment la fonction de mise en commun des ressources est partagée entre de nombreux mécanismes, une situation qui se retrouve en amont (mobilisation des ressources) et en aval (achat de services).

Le développement du RAMU et du FBR augmente a priori le nombre de mécanismes de financement en cours au sein du système de financement de la santé. Plus que jamais il a été considéré opportun de repenser l'ensemble des dispositifs dans le cadre des fonctions du système et de revoir l'architecture avec l'objectif d'en améliorer sa performance.

*Illustration 1 : un schéma simplifié du financement de la santé en 2013 selon ses fonctions<sup>15</sup>*



<sup>14</sup> Cf. « Analyse du système de financement de la santé au Bénin », OMS, 2010 et « Diagnostic du financement de la Santé au Bénin », Ministère de la Santé, 2013.

<sup>15</sup> Cf. « Evaluation du système de santé du Bénin », USAID, 2012.

## Indicateurs des dépenses de santé<sup>16</sup>

Indicateurs	2013
Dépenses Totales de Santé sur PNB (%)	5
Dépenses de santé du gouvernement en % du total des dépenses de santé	54
Dépenses de santé privé en % du total des dépenses de santé	46
Dépenses de santé du gouvernement en % des dépenses du gouvernement	11
Ressources extérieures en santé en % du total des dépenses de santé	23
Sécurité Sociale en Santé en % du total des dépenses de santé du gouvernement	<
Paiement direct des ménages en % du total des dépenses privées de santé	89
Assurance privée en % du total des dépenses privées de santé	11
Dépenses totales de santé par personne	37
Dépenses de santé du gouvernement par personne	20
Paiement direct des ménages en % du total des dépenses de santé	41
Dépenses en santé du gouvernement en % du PNB	2
Paiement direct des ménages par personne	15

## Analyse des 3 fonctions et défis principaux

### Mobilisation de ressources

A l'exception de l'année 2009 où elle était à 9%, la part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat n'a cessé de baisser. De plus, la dépendance des financements publics vis-à-vis des PTF est forte. La part des dépenses publiques de santé dans le budget général de l'Etat et cette part dans le PIB sont en dessous de la moyenne régionale et en dessous des standards internationaux proposés (respectivement 10% pour 15% et 2,5% pour 4%).

Le plus préoccupant est le paiement direct des soins et services de santé par les ménages (41% en 2013) qui ne disposent pas de protection de risques financiers. Il a pour conséquence la paupérisation, l'endettement, l'absence de soins pouvant aboutir aux décès évitables.

On comprend qu'il y a donc lieu d'accroître les ressources dédiées à la santé et d'alléger le poids supporté par les ménages, notamment quant au paiement direct (paiement sans utilisation de l'épargne qui est au cœur des mécanismes d'assurance).

La pérennité du financement requiert que davantage de ressources nationales soient mobilisées, ce qui renvoie à l'assiette fiscale et à la part du budget utilisée pour la santé. Pour atteindre les objectifs de financement, des sources nouvelles doivent être mobilisées. Il s'agit de trouver des lieux de ponction (taxes, impôts indirects) qui répondent aux soucis d'équité et de protection contre le risque financier.

Enfin la solution de la pérennité du financement ne se trouve pas dans l'accroissement de la dépendance vis-à-vis des PTF, notamment si la dépendance signifie imprévisibilité et absence de maîtrise dans l'affectation des ressources. Le financement des PTF doit faire l'objet d'attention pour répondre à la problématique du leadership national et de prévisibilité. Il n'est pas dit que l'aide ne

<sup>16</sup> Source : <http://apps.who.int/nha>

soit pas pérenne, mais cette pérennité même n'est point utile si elle n'est pas maîtrisée par la partie nationale.

### Mutualisation des ressources

Le Ministère de la santé en tant qu'intermédiaire de financement alloue les ressources aux structures décentralisées à travers deux circuits : le Programme d'Investissement Public et le Fonctionnement. Les structures administratives décentralisées de santé (DDS et ZS) reçoivent également un soutien au fonctionnement du financement communautaire à partir des recettes des formations sanitaires.

En dehors du Ministère de la Santé plusieurs structures publiques participent au financement de la santé. Il s'agit du Ministère en Charge de la Défense par le biais de la Direction des Services de Santé des Armées, du Ministère en Charge de l'Éducation à travers les infirmeries scolaires et universitaires, des Ministères en charge de la famille de la Justice (par le biais des prisons) et du travail etc...

Il existe par ailleurs une diversité de mécanismes d'exemption et de subventions des soins qui utilisent autant de canaux de financement. On dénombre un grand nombre de mécanismes d'exemption/subvention des soins ou pour des groupes de personnes spécifiques (voir Illustration 2) qui ne sont pas toujours sous-tendus par des dispositions légales. Les organismes d'achat sont parfois aussi différents.

*Illustration 2 : mécanismes d'exemption<sup>17</sup>*

<b>Désignations des mécanismes</b>	<b>Budget 2012</b>	<b>Réalisation 2012</b>
Frais des soins localement donnés aux fonctionnaires en activité	6 200 000 000	5 004 170 182
Frais des soins localement donnés aux fonctionnaires à la retraite PCSFR	500 000 000	490 882 221
Frais des évacuations des fonctionnaires à la retraite PCSFR	900 000 000	1 253 714 170
Fonds d'urgence aux évacuations sanitaires FUES	777 967 000	857 126 915
Fonds d'assistance sanitaire (hémodialysés)	1 400 000 000	1 893 687 722
Fonds sanitaire des indigents FSI	1 300 000 000	1 363 237 949
Gratuité de la césarienne GC	3 200 000 000	3 200 000 000
Gratuité du paludisme	1 000 000 000	468 987 626
Subvention de la transfusion sanguine TS	860 000 000	860 000 000
Subvention au VIH Fonds national	750 000 000	537 276 140
Subvention au VIH PTF	3 944 601 355	2 593 002 875
Subvention à la TB Fonds national	60 000 000	35 973 822
Subvention à la TB PTF	934 799 709	713 597 455
Subvention à l'UB Fonds national	110 000 000	105 469 365
Subvention à l'UB PTF	291 000 000	273 000 000
Subvention à PEV PTF	5 761 000 000	5 761 000 000
Subvention à PEV Fonds national	70 700 000	70 700 000
<b>TOTAL</b>	<b>28 060 068 064</b>	<b>25 481 826 442</b>

L'ensemble de ces dépenses représentent de 25% à 30% des dépenses publiques de santé.

A ces mécanismes il faut encore ajouter le FNRB, dans lequel les dépenses de soins sont financées par les cotisations des actifs. Il existe en effet une prise en charge par l'Etat des soins de santé de ses fonctionnaires retraités. En cas de maladie, l'agent de l'Etat et ses ayants droit sont couverts à hauteur de 80% (règle dite des 4/5) du coût des consultations, hospitalisations et soins médicaux dans les formations publiques. Mais certains hôpitaux de zones sont réticents dans l'application de ce mécanisme. Les frais de médicaments et autres actes effectués en ambulatoire sont à la charge des

<sup>17</sup> Source : DRFM.

malades. Au sein des Agents de l'Etat, les personnels de santé du secteur public et leurs ayants droit ont une situation privilégiée, car ils sont en principe couverts à 100%. Les factures sont adressées au Trésor Public par les prestataires. En 2012, les montants remboursés se sont élevés à 808.187.686 FCFA, correspondant à 70% des demandes de remboursement des hôpitaux.

Au nombre des mécanismes de mise en commun du type assurantiel, on trouve notamment la CNSS et les mutuelles de santé.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) offre des prestations de santé dans le cadre des prestations familiales (allocations prénatales) et de la couverture des risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail).

On observe au Bénin plusieurs types de micro assurance santé. Les plus répandues sont les mutuelles de santé qui datent des années 90. De manière générale, il est à noter que la majorité des mutuelles de santé couvre les petits risques (consultation curative primaire, consultation pré/post-natale, accouchement normal, médicaments essentiels,...) qui sont pris en charge techniquement au niveau des dispensaires, centres de santé d'arrondissement et centres de santé communaux.

La situation actuelle des mutuelles de santé au Bénin est la suivante<sup>18</sup> :

#### Répartition des mutuelles de santé par département

départements	Nombre de mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaires couverts	Nombre de bénéficiaires à jour de cotisation
Alibori	46	27 075	5 888
Atacora	36	26 869	13 291
Atlantique	26	54 353	4 947
Borgou	31	256 122	21 459
Collines	60	81 339	8 851
Couffo	23	6 612	618
Donga	16	25 149	21 034
Littoral	1	14 568	9 760
Mono	22	44 947	8 518
Ouémé	11	23 489	5 801
Plateau	3	2 605	1 950
Zou	38	35 399	23 098
total	313	598 494	125 215

Où l'on voit que 88% des communes du Bénin abritent au moins une organisation mutualiste => 9 communes sur les 77 ne disposent pas de mutuelles de santé.

<sup>18</sup> Etat des lieux exhaustif des mutuelles de santé au Bénin, Octobre 2013, Coopération Suisse, CTB Bénin

### Prestations mutualistes par promoteurs en 2013

promoteurs	Nombre de cas	Montants versés aux FS (CFA)
MSSB	12 723	137 858 019
APROSOC	15 179	25 736 392
RAS	6 978	23 351 525
GROPERE	6 906	13 770 670
BORNEFONDEN	4 917	19 610 214
SOLIDEV	3 094	12 681 117
ADMAB	1 558	1 571 940
CBDIBA	262	799 765
TOTAL	51 617	235 379 642

A cet ensemble de mécanismes de prise en charge est venu s'ajouter le Financement Basé sur les Résultats (FBR). Bien que le FBR soit en 1er lieu un mécanisme d'achats de services à vocation de renforcement de l'offre de santé, certains volets « prise en charge » ont récemment été intégrés pour permettre une plus grande accessibilité financière des plus pauvres. En particulier, de façon transitoire, la prise en charge des indigents et l'appui à la prise en charge de la gratuité du paludisme qui est financé à travers le dispositif FBR dans les 8ZS appuyées par le PRPSS.

Le fractionnement observé des mécanismes de financement mis en œuvre au Bénin pèse sur l'efficacité et sur l'équité du système. Comme ils ne sont pas liés les uns aux autres, ces dispositifs sont autant d'administration et de gestion financière, avec comme conséquence d'une part, des coûts de transaction et des frais administratifs élevés et d'autre part une mauvaise répartition des ressources et des compétences qui ne permet pas de mettre en œuvre une politique cohérente.

#### Achat de services

L'allocation budgétaire et le paiement à l'acte sont pratiquement les seuls mécanismes de paiement des soins en vigueur au Bénin. Elle ne se fait pas aujourd'hui sur des bases particulièrement objectives, mais plutôt sur des bases historiques. Quant au paiement à l'acte, il est par nature une incitation à la multiplication des actes et à l'inflation des coûts car un prestataire gagne plus en fournissant plus de services et plus de médicaments, que cela ne s'avère nécessaire.

Les expériences de « Financement Basé sur les Résultats » ont commencé en 2009 avec la CTB. Dans le cadre du PRPSS (Projet sous financement de la Banque Mondiale), le FBR est mise en œuvre dans 8 zones sanitaires à partir de mars 2012. A ce dispositif, le Fonds Mondial et le Global Alliance for Vaccines and Immunization se sont ajoutés, à partir de l'année 2015, pour soutenir respectivement 19 zones Sanitaires et 2 zones sanitaires et propulsent ainsi le Bénin au passage à l'échelle nationale en FBR (cf. page suivante : situation du FBR). L'Unicef et l'USAID sont aussi des partenaires actifs dans le FBR au Bénin, qui développent une spécificité avec l'utilisation des relais communautaires.

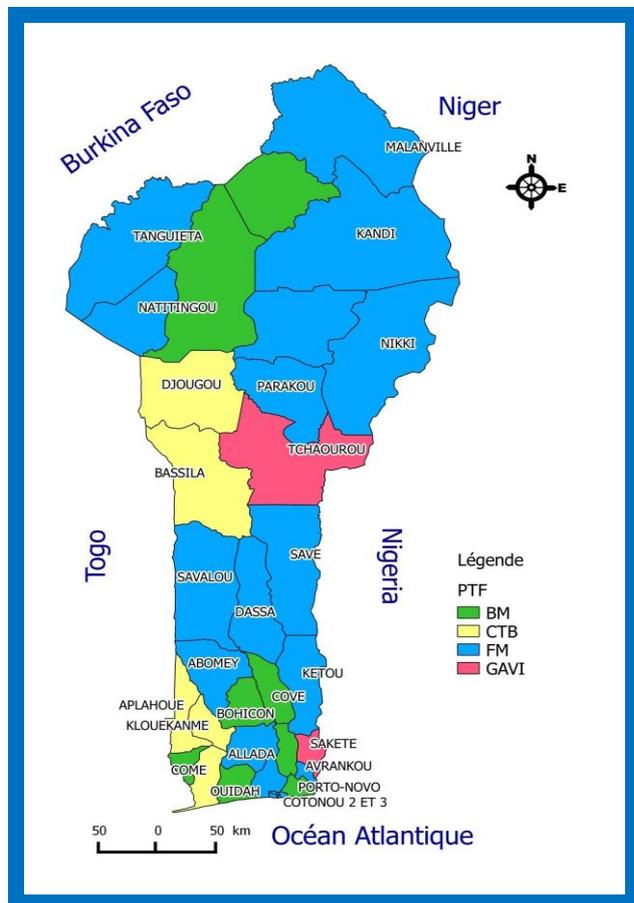
Le FBR est mis en œuvre au Bénin selon une approche programme qui doit évoluer à moyen terme avec des directives claires pour son institutionnalisation et son passage à l'échelle dans une perspective de pérennisation. Globalement, le FBR vise au renforcement de l'offre de soins, en apportant des financements additionnels aux structures de santé en fonction de la performance atteinte (volume des services de santé selon des indicateurs pré identifiés et qualité des soins) afin notamment d'augmenter la motivation des personnels de santé et accroître leur redevabilité. Il participera également à la réforme générale de l'allocation des ressources sur des bases objectives et notamment de performance. Les mécanismes d'achat sont étendus au secteur privé et au niveau communautaire.

Le RAMU doit capitaliser sur l'existant et les expériences passées basées sur le paiement à l'acte

pour adopter un paquet de soins raisonnable ne menaçant pas son équilibre financier. Il s'agit donc d'envisager, dans le cadre de la convention entre les prestataires et le RAMU, et plus généralement dans celui de la régulation de l'offre, de développer des bases de tarification et de prescription plus rationnelles. Dans un contexte où le secteur privé occupe une place prépondérante et mal maîtrisée la logique de conventionnement sera d'autant plus pertinente qu'elle permettra la régulation contrôlée des conditions de l'offre de services et de soins.

## Situation du FBR :

### Cartographie des PTFs dans la mise en œuvre du FBR au Bénin



### Points critiques dans la mise œuvre du FBR pour une meilleure efficacité de la coopération

- Multiple modalités de mise en œuvre du FBR : harmonisation de tout le dispositif
- Développement des modalités pour assurer la pérennité du dispositif FBR à terme

Intégration des relais communautaires et du privé dans le FBR

### Harmonisation des modalités de mise en œuvre et des indicateurs du FBR

- COMPACT-PAYS intervenu en novembre 2010 et la mise en place de la plateforme conjointe RSS « Renforcement du Système de Santé » entre les Partenaires Techniques et Financiers et le Gouvernement du Bénin, le Fonds Mondial, l'Alliance Internationale de Vaccination (GAVI), la Coopération Technique Belge (CTB), la Banque Mondiale (BM) avec la facilitation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Ambition de la plateforme RSS de mettre en œuvre le COMPACT pays: harmonisation des stratégies mises en place avec une seule unité de gestion, un même mécanisme de suivi-évaluation avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers sous le leadership du Ministre de la Santé
- Mise en œuvre: accord des acteurs pour continuer avec la stratégie FBR avec un aménagement du dispositif mis en place avec le projet négocié par notre pays avec la Banque Mondiale, projet négocié en mars 2010 et déjà en vigueur qui dispose d'une composante « appui à l'approche sectorielle ».
- Résultats: respect des principes de la déclaration de Paris, accroissement du financement, soutien à la politique nationale FBR avec un dispositif unique de planification, de coordination et de suivi évaluation.

## Conclusion sur l'état des lieux et les défis principaux

Il ressort de l'état des lieux que les volumes financiers dédiés à la santé sont trop peu élevés, en particulier en ce qui concerne l'effort de l'Etat. Un autre constat est que les agencements du système de financement sont pluriels et sans véritable cohérence systémique. Globalement, la performance est peu optimale à la fois en termes d'efficacité, d'équité ou de solution apportée à la santé de la population et à sa protection contre le risque financier. Les priorités générales retenues sont la réduction du niveau de paiement direct des ménages et l'amélioration de la qualité de l'offre.

A la faveur du lancement du RAMU, c'est toute l'architecture du système de financement de la santé qui peut être revue. Un accompagnement de réformes en ce sens devra encore se faire au niveau de l'offre de soins, sur la base notamment de l'amélioration de la gestion des ressources.

## Le Régime d'Assurance Maladie Universelle : situation

Le Conseil des Ministres, en sa séance du 21 mai 2008, a lancé le processus de mise en place du RAMU. Le lancement officiel du Régime d'Assurance Maladie a eu lieu au Palais des Congrès de Cotonou par SE le Dr Boni YAYI, Président de la République, le 19 Décembre 2011.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie « ANAM » a été créée par Décret N° 2011-089 du 8 mai 2012. La loi sur le RAMU suit le cours de son adoption (2015). Celle-ci décrit le choix d'un régime unique (paquet de soins unique pour tous), c'est-à-dire universel. La mise en œuvre sur le terrain est en cours.

### Loi sur le régime d'assurance maladie universelle

Le projet de loi est actuellement au niveau de l'Assemblée Nationale. La loi stipule clairement que le Bénin met en place un régime unique obligatoire pour tous. La loi doit clairement poser les principes suivants, qui permettront au RAMU d'être effectivement un régime de financement privilégié du système de financement de la santé pour la couverture universelle :

1. La responsabilité financière de l'Etat qui doit garantir la levée de la barrière financière par une participation au pool commun qui compense les capacités contributives limitées des démunis et autres populations vulnérables. Cet engagement de l'Etat consacre alors l'équité d'accès par la mobilisation des ressources nationales, un principe de redistribution appliqué à l'accès aux soins de santé.
2. La séparation des responsabilités dans la réalisation du RAMU, entre le niveau de régulation, celui de la gestion (du risque et financière), et celui du contrôle (technique et financier). Cette séparation des fonctions doit se retrouver dans un schéma institutionnel.

Les décrets d'application sont en cours d'élaboration ; ils expliciteront notamment les conditions de financement du système, de prise en charge des assurés, de gestion financière et de gestion du risque, ou encore des relations contractuelles avec les prestataires de soins.

### Mise en œuvre

La mise en œuvre du RAMU a commencé. Un panier de soins a été défini, ainsi que des règles et montants de cotisations. Pour l'heure, seuls les prestataires de soins publics font l'objet de conventions avec l'ANAM, qui a la responsabilité de l'ensemble du dispositif de mise en œuvre.

L'ANAM assure la gestion technique et financière du RAMU, le Comité National de Pilotage assure la régulation, le contrôle technique et financier externe est assuré par le Ministère de la Santé.

## Définition de la SNFS

### Contribution attendue de la stratégie au système de financement de la santé

#### Sur le plan de la mobilisation des ressources :

La stratégie envisage la nécessité de l'augmentation des ressources pour le secteur, et prioritairement des ressources publiques, à destination notamment du Ministère de la Santé. Le secteur de la Santé devra obtenir une part du budget de l'Etat au moins égale à 15%. Dans le cadre des négociations budgétaires, le Ministère compte sur ses efforts en matière de redevabilité. Comme l'expose l'objectif spécifique premier, les gains d'efficience, la recherche d'une allocation davantage fondée sur des résultats, ou encore la gestion stratégique de l'information, doivent à la fois permettre une augmentation relative des financements (amélioration du rapport coût / efficacité) et démontrer la nécessité d'une augmentation de moyens pour atteindre les objectifs des politiques sectorielles.

Le financement du RAMU est envisagé au-delà du budget existant, sur des taxes financières définies par la loi. La couverture universelle n'est pas entendue simplement comme un objectif « santé » mais bien comme une vision de société ; aussi la couverture maladie universelle, outil privilégié pour y accéder dans la stratégie du Bénin, ne peut se contenter d'allocations budgétaires dans les limites actuelles des arbitrages possibles en faveur de la santé. Le RAMU bénéficiera donc de financements collectifs à la hauteur de l'ambition qu'on lui donne. En ce sens, l'engagement d'Abuja n'est ni un horizon ni une limite, mais plutôt un point de départ.

#### Sur le plan de la mutualisation des ressources :

A l'opposé de la situation existante, il sera constitué un pooling national dans le cadre du RAMU, y compris dans les conditions de gestion déléguée aux mutuelles de la fonction de collecte. Il n'y aura à terme qu'un fonds unique pour ce qui concerne les mécanismes de prise en charge, le RAMU intégrant l'ensemble des mécanismes de « gratuité ».

#### Sur le plan de l'achat de services :

La rationalisation de l'achat fait l'objet d'orientations stratégiques prenant en compte les conditions a priori (disponibilité, prescription, tarification, et accréditation) et a posteriori (modalités de contrôle et de paiement).

Dans le cadre du financement communautaire, les modalités d'allocation des ressources par le Ministère sont révisées dans le sens de l'équité et de l'efficience. Le FBR passé à l'échelle se retrouve fondu dans la logique globale de l'allocation de ressources, où l'évaluation de la performance participe d'une gestion rationnelle des moyens.

#### Sur le plan de la direction générale donnée au financement de la santé :

La stratégie a retenu l'intérêt de l'amélioration du dialogue sectoriel, goulot d'étranglement actuel du système de santé en général. L'orchestration du système de financement sera facilitée par le mécanisme de pilotage du RAMU et de l'ensemble de la politique de couverture universelle.

## Contribution attendue de la politique aux objectifs du financement de la santé

### Ecart entre les besoins et l'utilisation des services

L'exclusion des soins sera considérablement réduite du fait notamment d'un effort essentiel mis à la levée de la barrière financière dans l'accès.

### Qualité des services

La qualité des services sera améliorée par le travail réalisé dans le sens d'une allocation efficiente des ressources, du processus d'accréditation, et du nouveau rapport entre la demande et l'offre portant davantage d'exigence sur les conditions de provisions des soins. Pour autant, il est retenu que la stratégie nationale de financement de la santé n'est pas suffisante pour atteindre cet objectif, voire qu'elle est une stratégie complémentaire à d'autres (celle relative aux ressources humaines par exemple).

### Protection universelle contre le risque maladie

La présente stratégie permettra d'améliorer la constitution du socle de protection sociale au Bénin en garantissant à tous une protection en santé. Ceci limitera le taux de dépenses catastrophiques et ses conséquences.

### Efficiences :

La simplification de l'architecture du système de financement améliorera l'efficacité. Le rapport coût-efficacité sera également amélioré avec les perspectives d'intégration du contrôle FBR par le système des pairs. Enfin et surtout, le rapport entre l'offre et la demande tendra vers plus d'efficacité puisqu'il y aura une large contractualisation dans le cadre du RAMU avec la logique de l'accréditation.

### Équité :

L'équité dans le financement des soins sera considérablement améliorée dans la mesure où la contribution des populations au RAMU se fera à hauteur de leurs capacités. Un cas spécial sera fait des plus pauvres, exemptés totalement de ce paiement<sup>19</sup>. Une véritable politique « bénéfiques / bénéficiaires »<sup>20</sup> sera favorisée par l'intégration des différents mécanismes de prise en charge à un dispositif unique, facilitant les choix pour peser sur davantage d'équité. La réorganisation générale de l'architecture du système de financement de la santé servira d'abord l'équité. La distribution plus équitable des allocations dans le cadre du budget renforcera encore cet objectif d'un accès mieux partagé à des soins de qualité.

### Pérennité :

Les propositions du COMPACT sont reprises et participent de la viabilité financière du système de santé. Également, le financement du RAMU se fera sur des engagements politiques de long terme.

---

<sup>19</sup> Le Bénin a adopté une stratégie unique d'identification des plus pauvres dans le cadre de la mise en place de la Politique Holistique de Protection Sociale incluant un dispositif de mise à jour.

<sup>20</sup> Cf. « les 3 dimensions de la couverture sanitaire universelle »

([http://www.who.int/whr/2010/10\\_message\\_summary\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_message_summary_fr.pdf) p 12). Référence est faite ici aux arbitrages concernant les prises en charge dans les trois dimensions du « cube » qui illustre la couverture universelle : populations couvertes, bénéficiaires couverts, taux de prise en charge.

## **Transparence et redevabilité**

Transparence et redevabilité seront améliorées grâce à la place accordée à la réglementation, au système d'information et à son utilisation, et encore au suivi-évaluation. L'architecture simplifiée du système de financement de la santé surtout, permettra de rendre compte des dépenses, largement engagées sur des réalisations (soins prodigués).

## **Vision, objectifs principaux et, principes**

### **Vision :**

Le Bénin dispose en 2025 d'un système de financement performant basé sur des Initiatives publiques et privées, individuelles et collectives qui garantit à la population entière un accès équitable à des services de santé de qualité selon les besoins de chacun sans risque financier.

### **Valeurs :**

La SNFS est fondée sur les valeurs ci-après : (i) la responsabilité et le leadership, (ii) l'équité, la justice sociale, l'éthique et la bonne gouvernance et (iii) l'efficacité et l'efficience.

### **Principes :**

La SNFS repose sur les cinq principes fondamentaux que sont (i) l'accès équitable et facile à des soins de santé de qualité et à des coûts abordables selon les besoins (ii) la disponibilité de l'offre de soins de santé à la population entière (iii) la pérennité du mécanisme de financement de la santé (iv) la solidarité et le partage du risque basés sur l'obligation et la non exclusion, (v) la protection contre le risque financier.

## **Orientations stratégiques**

### **OS. 1 : AMELIORER L'UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES DU SECTEUR**

#### *Gestion efficace et efficiente des ressources et des intrants*

Devant les préoccupations soulevées par le diagnostic et l'importance que revêt la qualité de l'offre dans l'atteinte de la couverture universelle, le sujet des ressources et intrants est ici mentionné bien qu'il relève d'abord d'autres stratégies que celle du financement de la santé. Il est ainsi souligné qu'il est important de ne point passer à côté des interventions visant à l'amélioration de la situation au niveau des ressources humaines, des ressources matérielles, ou encore de l'approvisionnement et de la gestion des médicaments et autres intrants.

Plus spécifiquement, cet axe renvoie premièrement à une réforme de fond en matière d'allocation des ressources, qui se fera sur des bases objectives. D'une part, seront pris en compte la population couverte et leurs besoins réels, la couverture en infrastructures sanitaires, le niveau de pauvreté et la fréquentation des services. D'autre part, les indicateurs de performance complèteront la base de décision, étant entendu que les outils du monitoring plus et du FBR seront combinés. Les allocations de ressources du Ministère de la santé seront donc distribuées équitablement sur la base de l'existant et des performances, en cohérence et en lien avec les ressources issues du financement communautaire (cf. infra OS 3).

Deuxièmement, ce sous-objectif renvoie aux actions qui seront menées pour améliorer non seulement la disponibilité mais encore la rationalité des soins, avec la perspective de l'accréditation des formations sanitaires. Pour ce faire, le Ministère de la Santé a élaboré la politique nationale de l'assurance qualité des soins et les premières actions de cette politique vont contribuer à l'amélioration de l'accueil des malades et de la qualité des soins. Ce mécanisme d'accréditation comprend deux volets : l'accréditation des institutions de soins de santé d'une part et celle des acteurs d'autre part. Les prestataires de soins publics et privés devront être astreints au respect des normes de qualité en vue d'une rationalisation des soins et services afin de permettre une maîtrise des coûts.

Troisièmement, le présent sous-objectif implique également une collaboration formelle entre le secteur public à tous les niveaux (gouvernements et locaux, bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, etc.) et le secteur privé (libéral, et à but non lucratif) afin de rechercher et de financer conjointement la fourniture des services, produits, matériel, recherche, communications, ou l'éducation en santé dans l'intérêt de l'ensemble de la population.

En particulier, deux expériences déjà menées avec satisfaction seront promues : le financement du système de santé par le secteur privé en général (expérience de 120 jours pour équiper les hôpitaux), et la mise en concession ou location-gérance de formations sanitaires publiques. Ici, on s'attachera à ce que la rationalité publique prévale (principes d'équité et santé publique notamment) dans un cadre de gestion privée.

#### *Rationalisation de la prise en charge des évacuations sanitaires*

Il s'agira de standardiser les procédures d'évacuations sanitaires et de les rendre transparentes, de mener une politique de développement hospitalier eu égard à l'analyse critique de la situation sanitaire et financière des évacuations. Ceci se fera en amont d'une logique d'intégration des prises en charge au sein du RAMU que l'on trouvera dans l'objectif spécifique n°2.

#### *Production et gestion de l'information*

Un axe important de l'amélioration de l'efficacité engagera des activités dans le cadre de la disponibilité et la gestion stratégique de l'information. Il s'agit ici de l'information sanitaire, des indicateurs de performance, et plus généralement de celle qui, analysée, aidera à la décision pour l'amélioration du système de financement de la santé. La gestion de l'information sanitaire au niveau des prestataires de soins s'appuiera sur l'informatisation de la gestion (hôpitaux et dépôts répartiteurs). Bien entendu les CNS restent un ensemble normalisé de données prioritaires, dont la production fera l'objet d'une institutionnalisation.

### **OS.2 : METTRE EN ŒUVRE LE RAMU ET INTEGRER LES AUTRES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE**

#### *Institutionnalisation du RAMU*

Le RAMU restera sous tutelle technique du Ministère de la santé, mais il bénéficiera d'une autorité de régulation (Haut Conseil de la Santé), qui assurera l'intérêt national et général contre tout parti-pris avec les responsabilités suivantes :

- Veiller à ce que la mise en œuvre du RAMU respecte les dispositions légales et que celles-ci soient adaptées aux développements du RAMU ;
- Assurer une voie de recours en cas de litige entre les différentes parties du dispositif (ANAM, prestataires, contrôle externe, bénéficiaires) ;
- Assurer le suivi-évaluation du développement du RAMU

Dotée d'un Conseil d'Administration conformément au décret qui l'a créée, l'ANAM, organisme de gestion du RAMU, en assurera la gestion technique et financière.

Enfin pour garantir la transparence et la redevabilité, la gestion technique et financière fera l'objet de contrôle. En plus des contrôles normatifs, un contrôle régulier sera assuré soit par la Direction des Assurances du Ministère en charge des Finances, soit par un organe *ad hoc*. Un acte réglementaire définira les modalités de ce contrôle.

### *Opérationnalisation du RAMU sur l'ensemble du territoire pour l'ensemble des cibles*

Tout agent du secteur formel ou informel doit s'immatriculer auprès d'une structure d'affiliation agréée par l'ANAM. Ces structures pourront être des démembrements/déploiements de l'ANAM elle-même, des structures communautaires (mutuelles de santé), voire des structures privées engagées dans un partenariat avec l'ANAM à cet effet.

La levée des cotisations se fera par paiement au trésor public dans un premier temps, directement ou par des intermédiaires dûment habilités, c'est-à-dire sous contrat de gestion déléguée.

Le montant des cotisations est lié au panier de soins (son coût), aux catégories de personnes (segmentation de la population), et au financement d'Etat. Dans le cadre général de la loi, ce choix pourra se faire sur la base de trois options détaillées en [annexe](#) (option en cours et autres options).

Un système intégré de gestion complet sera mis en place pour assurer l'enregistrement des bénéficiaires et la gestion des adhésions, l'information relative aux recours aux soins, et les modules financiers. Il sera également fait usage de la technologie biométrique dans le cadre de l'identification des bénéficiaires.

Le contrôle de l'effectivité des recours sera fait avec rigueur, directement par les agents de l'ANAM / ADAM et/ou par les mutuelles de santé agréées pour ce faire par contrat de gestion déléguée. Les procédures de contrôle et de paiement seront adaptées pour garantir aux prestataires les délais nécessaires à leur gestion financière. Le contrôle qualité se fera dans le cadre des conventions avec les partenaires prestataires de soins.

Par ailleurs les mutuelles de santé favoriseront le suivi de proximité des prises en charge et de la satisfaction des bénéficiaires.

Les conventions avec les prestataires de soins se feront avec le secteur public et privé, en lien avec le système d'accréditation qui s'imposera progressivement sur le plan national (cf. OS 1). Elles feront l'objet d'un suivi continu pour une amélioration constante des partenariats, et notamment de la maîtrise des coûts (cf. OS 3).

La couverture de la population par le RAMU sera progressive et tiendra compte à la fois des capacités financières de l'Etat, premier contributeur, et des capacités de déploiement du système. L'extension se fera en premier lieu auprès de la population du secteur informel, pauvre et non pauvre, avec un plan défini autour des objectifs de couverture à terme et par cible (voir annexes).

L'ANAM assurera la gestion du risque sur la base du monitoring, d'audit médicaux, et de règle de gestion prudentielle incluant la constitution de réserve et des fonds dédiés à l'éducation à la santé et à la prévention.

En interne à l'ANAM, la gestion financière des cotisations et ressources affectées par l'Etat aux prestations est séparée de la gestion financière de l'ANAM (DAF).

### *Absorption des mécanismes de gratuités*

Dès 2015-2016, le RAMU absorbera le FSI, ses fonds dédiés et la gestion de ses cibles. De même, une collaboration sera entamée avec l'ANGC pour que la gestion des prises en charge des césariennes se fasse, pour les assurés, dans le cadre du RAMU.

De manière similaire, l'ANAM absorbera les fonds spéciaux et autres gratuités ciblées sur des services : dans un premier temps en assurant la gestion des recours pour ses assurés ; dans un second temps - une fois qu'elle sera déployée sur l'ensemble du territoire – en assurant le remboursement des prestataires pour l'ensemble des cas. Dès lors, les pré-positionnements d'intrants disparaîtront au profit d'un tiers-payant généralisé.

Les mécanismes de prise en charge ciblant des catégories de populations (employés du secteur public notamment), disparaîtront avec l'affiliation de ces populations au RAMU et le paiement de leur contribution par les parties concernées conformément aux décrets et règlements pris à la suite de la loi.

L'absorption des évacuations sanitaires se fera également, de manière spécifique. A partir de 2016, et une fois la politique des évacuations sanitaires mieux précisée et les procédures arrêtés (cf. infra, OS 1), la gestion pourra être transférée à l'ANAM.

Ainsi et en général, le Comité de Pilotage du RAMU développera une politique de bénéficiaires et de bénéficiaires, soit l'arbitrage des soins garantis, subventionnés totalement ou partiellement par catégorie de bénéficiaires.

### **OS.3 : ASSURER LE FINANCEMENT DE LA SANTE SUR UNE BASE EQUITABLE, PERENNE ET PREVISIBLE**

#### *Augmentation du financement public au Ministère de la santé*

Élément fondamental de la présente stratégie, l'augmentation du financement public au Ministère de la Santé répondra au constat du sous-financement actuel, et à la nécessité d'améliorer considérablement la qualité de l'offre de soins en parallèle de l'initiative majeure d'appui à la demande.

D'une part, le budget de l'Etat prendra en considération les besoins du secteur, notamment avec la garantie que celui-ci s'engage dans un exercice d'efficience, de résultats et en général de redevabilité<sup>21</sup>. D'autre part, il est attendu que les PTF continuent d'accompagner le Ministère sur le plan financier, en favorisant les approches du type appui budgétaire, appui budgétaire sectoriel, et en général de financements non spécifiquement dédiés. Là encore la contrepartie doit exister, en l'occurrence la qualité de la planification, de la budgétisation et encore du système de monitoring comme envisagé dans l'OS 1.

Dans le cadre du dialogue interministériel, le gouvernement trouvera donc les voies pour que la part du budget de l'Etat consacrée à la santé atteigne progressivement le niveau de l'engagement d'Abuja (15%), tout en s'assurant que ces fonds soient canalisés au mieux vers le Ministère de la Santé. Tenant compte de la nécessaire progressivité de l'accroissement du budget d'Etat consacré à la santé ainsi que de l'affirmation de l'OS 1, l'[objectif](#) retenu pour 2022 est cependant de 14% seulement.

---

<sup>21</sup> Cf. OS 1 mais aussi infra : « Accompagnement essentiel de la stratégie ».

### *Sécurisation du financement équitable et pérenne du RAMU*

La mise en place d'une couverture maladie universelle ne se fera pas forcément dans la limite des engagements d'Abuja, et le développement d'une assurance maladie universelle a un coût substantiel : afin de donner accès à l'ensemble de la population à un paquet de soins adéquat, d'assumer la prise en charge des plus pauvres et de limiter les cotisations du secteur informel à sa capacité contributive, l'Etat envisagera non seulement la réallocation des subventions générales mais encore la mobilisation de ressources nouvelles ou innovantes, pour les dédier spécifiquement à cette politique.

Les hypothèses financières présentées en [annexe](#) illustrent comment le financement du RAMU par l'Etat reste la condition première de l'universalité de la couverture du risque maladie, et le déterminant principal du niveau du panier de soins garanti. Cet effort de l'Etat devra correspondre à l'expression de la volonté nationale de construire la CSU.

### *Développer les mécanismes de financement privé volontaire*

Une stratégie particulière consistera à favoriser l'investissement du secteur privé afin qu'il participe aux missions d'intérêt public. Dans certaines conditions de rentabilité, des infrastructures de soins peuvent plus facilement voir le jour grâce à l'investissement du secteur privé que sur la seule base des ressources publiques. Lorsqu'il s'avère que ces infrastructures répondent à un besoin national de disponibilité de soins, l'autorité devra faciliter l'accès de l'investisseur à des crédits à taux privilégiés dans le cadre d'un contrat de partenariat ou de collaboration.

Un autre axe sera la mobilisation des financements de la diaspora qui désire contribuer à l'accroissement des ressources dédiées à la santé.

### *Mise en place des modalités de paiement des soins de santé plus performants*

La maîtrise des coûts ne pourra se faire sans une réforme au niveau de la tarification, de la gestion hospitalière, et un développement de modalités de paiement adaptées. Aussi un axe stratégique consistera-t-il à faciliter la mise en place de forfaits, appuyé en amont par un important travail de la Tutelle sanitaire sur l'harmonisation des tarifs, la rationalisation des prescriptions, et la transparence en matière de gestion (cf. OS 1).

### *Généralisation du FBR*

Suite à la signature en 2014 des accords de financements avec le Fonds Mondial et GAVI, toutes les zones sanitaires du Bénin vont être appuyées par le mécanisme FBR en 2015.

Avec le passage à l'échelle, il convient de développer et de renforcer les réflexions et stratégies pour aller vers une plus grande pérennité du dispositif FBR notamment une déconcentration de la gestion du FBR, l'allégement du processus de vérification ainsi que de la création d'une ligne budgétaire FBR. Certaines interventions peuvent être mises en œuvre à court terme, d'autres à moyen terme.

Axes stratégiques	Mesures
1. Allègement de la vérification	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire la fréquence des vérifications de la quantité par les contrôleurs de zones ;</li> <li>• Réduire l'échantillon des formations sanitaires contrôlées et vérifiées : tirage aléatoire chaque mois des formations sanitaires dont les quantités déclarées seront ;</li> <li>• Faciliter l'administration des grilles qualité trimestrielle : utilisation des tablettes ;</li> <li>• S'appuyer davantage sur les Organisations à Base Communautaire et les représentants des collectivités locales dans la vérification</li> </ul>
2. Modalité de déconcentration du FBR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager des propositions de déconcentration du FBR</li> <li>• Développer des propositions de déconcentration du dispositif FBR, de préférence au niveau des zones avec la création des comités FBR de zone sanitaire composés de membres représentants des EEZS, des collectivités locales et de la société civile ;</li> <li>• Renforcer ou intégrer le rôle des collectivités locales et des communautés</li> <li>• Assurer l'évaluation par les pairs</li> <li>• Mettre en place des mesures accompagnatrices</li> <li>• Augmenter la redevabilité des prestataires de soins envers les communautés qu'ils servent.</li> </ul>
3. Capitalisation des expériences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyser les résultats FBR et le ciblage des structures et zones performantes ;</li> <li>• Proposer un cadre d'analyse ;</li> <li>• Présenter les résultats et développer les actions à mettre en place pour étendre les bonnes pratiques ;</li> </ul>
4. Financement du FBR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Témoigner de l'engagement du Bénin dans la poursuite de l'expérience FBR avec la création d'une ligne budgétaire dédiée et sécurisée sur le budget national ;</li> <li>• Etendre le FBR aux crédits délégués ;</li> <li>• Réaliser une étude sur la synergie entre le FBR et les politiques de gratuité ;</li> </ul>

Le financement spécifique de la rémunération de la performance se fera principalement par l'allocation des ressources budgétaires habituelles et sera complété par les fonds communautaires, dont les règles d'utilisation seront revues. De plus, les évaluations au titre du FBR feront partie intégrante du monitoring du Ministère de la Santé, qui effectuera l'allocation des ressources sur cette base et d'autres mécanismes (cf. infra OS 1).

## Mise en œuvre et suivi/évaluation

### Disposition pour la mise en œuvre

#### Plan d'action et responsabilité

Un plan d'action sera élaboré dans les 6 mois qui suivront la validation de cette politique. En particulier, l'objectif stratégique OS 2.2 « Opérationnaliser le RAMU sur l'ensemble du territoire pour toutes les cibles » fera l'objet d'une nouvelle feuille de route précise.

Le Secrétariat Général du Ministère de la Santé aura la responsabilité dans la mise en œuvre, avec une forte implication des Directions techniques et centrales du Ministère.

### Faisabilité

Sur **le plan politique**, il s'agira de garantir la continuité des engagements de l'Etat. Enjeu de société majeur, la réforme du système de financement de la santé s'appuie sur des valeurs fortes et une vision de société qui doit transcender les divergences et les aléas politiques. Sur **le plan financier**, la stratégie est ambitieuse et devra compter sur la croissance économique et sur la bonne gouvernance. Pour ce qui concerne **les aspects institutionnels et juridiques**, il s'agira de produire et faire passer les textes législatifs et réglementaires régulant les dispositions proposées. Enfin la politique **pourra être mise en œuvre** aux conditions d'un engagement majeur et général de tous, et en particulier des cadres du Ministère de la Santé, des agents de santé, ou encore des responsables de l'ANAM.

### Suivi-évaluation

#### Suivi :

Le secteur dispose désormais d'un Plan de Suivi-Evaluation et de Revue du Plan National de Développement Sanitaire (PSER-PNDS). Cet outil constitue un atout important à exploiter dans le cadre du suivi évaluation de la SNFS. Le suivi de cette stratégie sera adapté pour tenir compte de sa spécificité<sup>22</sup>. Il sera encore précisé dans le plan d'action.

#### Evaluation

Il est prévu une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale dans le cadre de la mise en œuvre de la SNFS. L'évaluation à mi-parcours aura lieu à la fin de l'année 2018 et une évaluation finale en 2022.

L'évaluation à mi-parcours portera à la fois sur les indicateurs de processus et sur les indicateurs des résultats déjà identifiés (indicateurs de couverture). Elle portera aussi sur les financements mobilisés annuellement et globalement sur la période de mise en œuvre par rapport aux montants prévus. L'évaluation finale contribuera à l'élaboration du prochain SNFS 2023-2030 et permettra de mieux déterminer les objectifs et stratégies de financement de la santé.

Toutefois, d'autres évaluations externes ou même des évaluations de programmes peuvent avoir lieu sur demande des partenaires ou d'autres acteurs pour nourrir le système.

## Accompagnement essentiel de la stratégie : gestion financière, dialogue politique, et partenariat public-privé.

### Dialogue sectoriel et administration du secteur :

L'amélioration de l'administration du secteur passera notamment par des efforts au niveau du dialogue sectoriel et de la mise en œuvre des politiques.

Dans le cadre de la relation aux PTF, une véritable stratégie se voit définie dans le COMPACT, où l'aide internationale en matière de santé trouve des voies d'une meilleure efficacité. Il s'agira pour la

---

<sup>22</sup> Cf. Annexe

stratégie de financement de se l'approprier en tant qu'elle participe de ses objectifs, notamment OS1 et OS3.

Une attention particulière sera portée à la réalisation de la planification sectorielle ascendante. Les outils que sont le monitoring plus (mis en lien avec les indicateurs du FBR) et l'évaluation par les pairs seront privilégiés dans le suivi-évaluation des performances.

## Procédures et outils de gestion des financements

En général, il s'agira d'œuvrer à améliorer les décaissements par des simplifications et une meilleure appropriation des procédures et outils, sans préjudice à la redevabilité. Plus spécifiquement, l'orientation s'intéressera au financement communautaire promis à jouer un rôle important dans certaines conditions de maîtrise par le personnel au niveau local (formations sanitaires) et de révisions règlementaires (son fonctionnement fera l'objet de révisions adaptées à la décentralisation et à la logique de financement basé sur les résultats).

L'amélioration du processus de budgétisation et de planification comptera également pour améliorer l'efficacité et l'efficacé des financements du secteur, et elle permettra une meilleure allocation des ressources (cf. infra).

## Partenariat Public-Privé

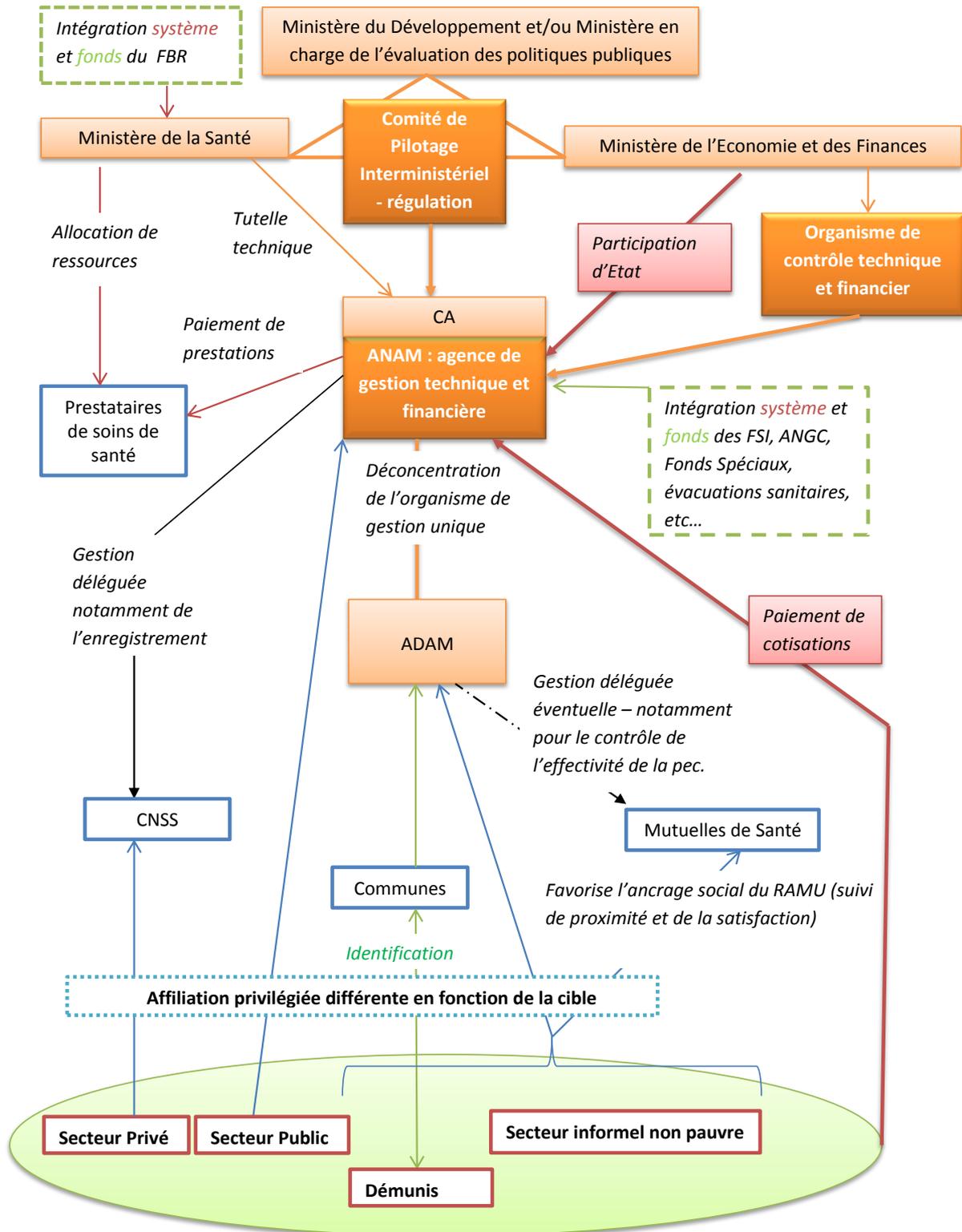
Des réflexions convergent pour faire du secteur privé un acteur fondamental de la réforme du système de financement de la santé. Par conséquent,, un cadre général de partenariat sera envisagé pour organiser les initiatives potentielles. Le secteur privé sera impliqué dans la définition et la mise en œuvre des stratégies nationales ; des mécanismes favorables à son développement seront mis en place, notamment du point de vue de l'accès au financement et à la formation continue. ; Il s'agira aussi d'améliorer la régulation du secteur privé en définissant les priorités et les objectifs et en facilitant les conditions de mise en conformité.

*Ces trois axes ont été identifiés comme primordiaux pour accompagner la SNFS<sup>23</sup>. Dans le cadre du plan d'action et de suivi de la SNFS, ils seront également développés afin que leur développement s'exécute et se constate en parallèle des axes stratégiques propres à la SNFS.*

---

<sup>23</sup> Cf. leur mention également dans le cadre logique en annexe.

## Architecture du système de financement autour du RAMU



## Indicateurs principaux<sup>24</sup>

Les hypothèses sont faites en particulier sur la base d'un développement du RAMU selon une option 2 revisitée (ou « option 3 »): panier de soins revu à la baisse comme dans l'option 2 (FCFA 7800 au lieu de FCFA 12500) mais couverture en 2022 limitée à 30% de la population (dont 100% du secteur formel, 100% des démunis = 15% de la population et 15% de la population informelle non pauvre). Le financement du RAMU par l'Etat ne dépasse pas 0,5% du PNB en 2022.

	2013	Objectifs2022
Dépenses totales de santé (milliards de FCFA)	183	350
Part allouée au <b>Ministère de la santé</b> dans le budget de l'Etat	6,7%	9% (1)
Part allouée au <b>RAMU</b> dans le budget de l'Etat	0%	2%
<b>Autre</b> part allouée à la santé dans le budget de l'Etat	3%	3%
Part des dépenses de santé <b>totales</b> dans le budget de l'Etat	10%	14% (2)
Part des dépenses de santé du gouvernement dans le PNB	2,5%	4,2% (3)
Part des dépenses totales de santé dans le PNB	4,5%	6,5%
Financement public RAMU (subvention 2015 et objectif 2022 - FCFA)	4 milliards	26 milliards
Dépenses publiques dans le totale des dépenses de santé	54%	65%
Païement direct des ménages dans le total des dépenses santé	41%	30%
Part de l'Assurance Maladie dans le total des dépenses santé	11%	12,4% (3)
Dépenses de santé par an et par habitant	37 \$	58 \$
Païement direct des ménages par an et par habitant	15 \$	21 \$
Couverture de la population en assurance maladie	8,4%	30%
Incidence des dépenses catastrophiques	Inconnu	<20%
Couverture RAMU (2015 et objectif 2022 – nombre de bénéficiaires)	10.000	3.650.000
Population couverte par le RAMU en % de la population	0,1%	30%

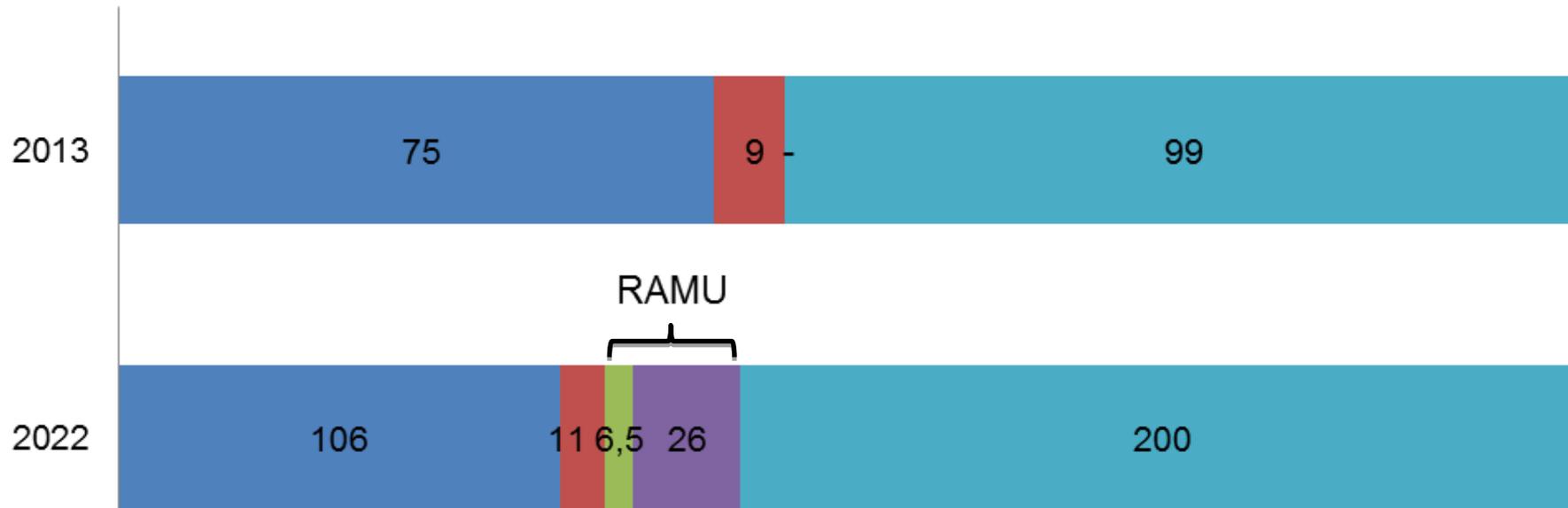
### Explications:

- (1) L'objectif stratégique n°1 est d'améliorer l'utilisation rationnelle des ressources du secteur. Certaines dépenses nécessaires compenseront cependant largement les économies réalisées, telles celles relatives au personnel de santé et à leur motivation. L'outil FBR s'inscrit dans la réalisation de cette redistribution financière. Au total l'augmentation nécessaire du budget pour améliorer le système de santé public sera maîtrisée (+2,3 points de budget seulement).
- (2) La part du budget de l'Etat consacrée à la santé sera au total de 14%, répartie entre : 9% au Ministère de la Santé, 3% aux autres secteurs et 2% au RAMU.
- (3) Les hypothèses tablent sur une augmentation de la pression fiscale de 22% environ (valeur actuelle) à 26,5% (stable à partir de 2018).
- (4) 9,3% pour le RAMU (7,4% de subvention et 1,9% de cotisation) et 3,1% d'assurance privée.

<sup>24</sup> Les chiffres utilisés proviennent des sites de l'OMS (Base de données sur les comptes nationaux de la santé) - <http://apps.who.int/nha> - et du FMI - <http://www.imf.org/external>

## Répartition et montants des dépenses totales de santé en 2013 et 2022 en milliards de FCFA

- Paiement direct des ménages
- Dépenses privées non directes hors RAMU
- Cotisations aux RAMU
- Subventions au RAMU
- Dépenses de santé du gouvernement hors RAMU



## Cadre logique simplifié : objectifs spécifiques, sous-objectifs et axes stratégiques

OBJECTIF SPECIFIQUE n°1 : AMELIORER L'UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES DU SECTEUR	
<b>OS 1.1 Assurer une gestion efficace et efficiente des ressources et intrants du secteur</b>	A. 1.1.1 Assurer le management des ressources humaines (quantité, qualité et incitation à la performance)
	A. 1.1.2 Assurer une gestion efficace des ressources matérielles
	A. 1.1.3 Mise en place d'une allocation des ressources basée sur des critères objectifs
	A.1.1.4 Améliorer la gestion des intrants dans le secteur
	A.1.1.5 Améliorer la rationalité des soins par le développement de l'accréditation des formations sanitaires
<b>O.S 1.2 Rationnaliser la prise en charge des évacuations sanitaires</b>	A.1.2.1 Améliorer les procédures et la gestion des évacuations sanitaires
	A.1.2.2 Renforcer le plateau technique hospitalier national pour une meilleure prise en charge
<b>O.S 1.3 Assurer la production et la gestion d'informations fiables à bonne date</b>	A.1.3.1 Améliorer la disponibilité de l'information et organiser sa gestion pour une exploitation optimale
	A.1.3.2 Développer l'informatisation de la gestion des prestataires de soins de santé (hôpitaux et dépôts répartiteurs)
	A.1.3.3 Rendre disponibles les CNS en veillant à la mise en œuvre des recommandations issues de l'étude
OBJECTIF SPECIFIQUE N°2 : METTRE EN ŒUVRE LE RAMU ET INTEGRER LES AUTRES MECANISMES DE PRISE EN CHARGE	
<b>OS 2.1 Institutionnaliser du RAMU</b>	A.2.1. Accompagner le processus d'adoption d'une loi sur le RAMU adaptée aux ambitions relatives à la CSU
	A.2.1.2 Mettre en place le Haut Conseil de la Santé comme autorité de régulation
	A.2.1.3 Mettre en place un système de contrôle externe adéquat
<b>OS 2.2 Opérationnaliser le RAMU sur l'ensemble du territoire pour toutes les cibles</b>	A.2.2.1 Mettre en place un système d'enregistrement
	A.2.2.2 Mettre en place un système de levée des cotisations
	A.2.2.3 Utiliser un protocole et un système d'identification des démunis
	A.2.2.4 Disposer d'un SIG adéquat incluant l'identification biométrique
	A.2.2.5 Mettre en place un dispositif de contrôle de l'effectivité des soins et de paiement des prestataires performant
	A.2.2.6 Mettre en place des conventions avec les partenaires prestataires de soins publics et privés qui soient évolutives
	A.2.2.7 Assurer une gestion du risque professionnelle
	A.2.2.8 Promouvoir l'ancrage du RAMU dans les communautés à travers les organisations communautaires en particulier les mutuelles de santé
	A.2.2.9 Favoriser l'implication des mutuelles de santé dans le suivi de proximité de la qualité des prises en charge et de la satisfaction des bénéficiaires
<b>OS 2.3 Intégrer les mécanismes de gratuité</b>	A.2.3.1 Prendre en charge les prestations des C/S pour les assurés
	A.2.3.2 Absorber le Fonds Sanitaire des Indigents
	A.2.3.3 Absorber les fonds spéciaux et autres gratuités ciblés dans le cadre d'une politique "bénéfices / bénéficiaires"
	A.2.4.1 Responsabilisation de l'ANAM dans la gestion des évacuations sanitaires
OBJECTIF SPECIFIQUE N°3 : ASSURER LE FINANCEMENT DE LA SANTE SUR UNE BASE EQUITABLE, PERENNE ET PREVISIBLE	
<b>OS 3.1 Augmenter le financement public au Ministère de la Santé</b>	A.3.1.1 Accroître la part du Budget de l'Etat dédié au Ministère de la santé
	A.3.1.1 Accroître la part du financement intérieur dans le budget de la santé
	A.3.1.2 Améliorer les mécanismes de mobilisation des ressources des PTF
<b>OS 3.2 Sécuriser le financement équitable et pérenne du RAMU</b>	A.3.2.1 Mettre en place un système de taxe spécifiquement dédiée au paiement des soins dans le cadre du RAMU
	A.3.2.2 Assurer un suivi-évaluation des résultats de couverture atteints et adapter les montants de cotisations si nécessaire
	A.3.2.3 Adapter les critères d'identification des non cotisants si nécessaire
<b>OS 3.3 Développer les mécanismes de financement privé volontaire</b>	A.3.3.1 Mettre en place des mécanismes incitatif à l'investissement privé en santé
	A.3.3.2 Favoriser les financements issus de la diaspora
<b>OS.3.4 Mettre en place des modalités de paiement plus performants</b>	A.3.4.1 Harmoniser les tarifs
	A.3.4.2 Développer les forfaits
<b>OS 3.5 Généraliser le FBR</b>	A.3.5.1 Harmoniser les indicateurs, les cibles & les procédures et des outils
	A.3.5.2 Mettre en place le FBR à l'échelle nationale et l'institutionnaliser

## Paramètres du financement pérenne du RAMU

### **Déterminants majeurs du coût et fourchette de coût d'un panier de soins**

Toute considération sur le coût du panier de soins doit d'abord rappeler que la première variable, et de très loin, relève de la rationalité des prescriptions et des comportements à la fois des populations bénéficiaires et du personnel soignant. Pour cela, l'actuaire applique des mesures de précautions sans exagérer, plaçant le curseur entre la gestion rationnelle et la pratique courante.

Dans le calcul du coût du panier de soins réalisé avec le démarrage du RAMU, plus de la moitié (57%) provient des médicaments. Les autres coûts importants proviennent des examens de laboratoire (16%), des coûts de consultations (8%), et des vaccins non couverts par la gratuité (7%).

Le paramètre qui a le plus d'impact est celui de la fréquence de consultation au premier et au second niveau de la pyramide. En effet, cette fréquence fait non seulement varier les frais de consultations, mais encore les frais d'examen et laboratoires et les frais de médicaments et consommables médicaux. De plus, elle est le lieu de l'impact le plus important de l'introduction du RAMU : on attend une très forte augmentation des consultations avec le RAMU par rapport à aujourd'hui (c'est précisément un objectif du RAMU). Pourtant, il s'agit de la variable la plus difficile à préciser : si l'on connaît précisément la fréquence de consultation aujourd'hui, nul ne peut prédire ce qu'elle sera une fois levée la barrière financière d'accès aux soins.

En recoupant l'existant, l'historique, et l'expérience des mutuelles, la fréquence choisie dans un premier temps est de 45% au niveau des CS, et de 14% au niveau des HZ.

Les résultats sur la base d'un panier ambitieux<sup>25</sup> donne la fourchette suivante : <10.400 ; 18.500>. La moyenne serait de 14.400 FCFA. Ceci est le coût estimé du paquet de soins par personne et par an. On remarque aussi que si l'on retire la garantie « autres vaccinations », la fourchette devient : <8.600 ; 15.700> avec une moyenne de 12.150 FCFA. On remarque encore qu'avec des fréquences de consultations au CS et au HZ ramenés à 35% et 10%, la fourchette devient <8.600 ; 15.300> et la moyenne 12.000 FCFA.

Une autre étude, réalisée dans le cadre de la préparation du RAMU (CREDES, 2009), proposait un coût de 10.000 FCFA pour un paquet de soins équivalent.

### **Conclusion : approximation du coût**

Prenant en compte ce qui précède, certaines hypothèses ont été faites sur la base d'un paquet de soins à 12.500, soit 25 USD pcpa (per capita per annum), un montant qui inclurait les frais de fonctionnement et de réserve, estimé à 20% de la prime environ.

---

<sup>25</sup> Incluant : les frais de consultation, les frais de soins et d'hospitalisation, les frais de produits sanguins labiles, les frais de médicaments essentiels et de consommables médicaux, les frais des examens de laboratoire, les frais des examens de radiologie, les frais de vaccins obligatoires à l'exception de ceux couverts par les programmes de gratuité, les frais d'appareillages, les frais de transport des malades d'une formation sanitaire à une autre, les frais de prestations liés à l'état de grossesse et à l'accouchement, à l'exception des actes pris en charge par les programmes de gratuité

## **Hypothèse fondamentale : la capacité contributive et le rôle du financement public**

Aucun système de protection sociale ne fonctionne sans une contribution massive de l'Etat. Il s'agit de la base du système qui se veut de répartition, conformément à la vocation de l'Etat social. La population peut être segmentée de différentes manières, et chaque catégorie de population se voit attribuée une participation, fonction de sa capacité contributive. Le choix du panier de soins détermine son coût, et la différence entre ce coût et la participation des populations constitue un écart à fiscaliser.

### **Déterminants macro-économiques**

Un certain nombre de paramètres doivent être fixés quelles que soient les hypothèses prises par la suite. Il s'agit de : PIB (3%), croissance démographique (3%), inflation (3%), augmentation du coût des soins supplémentaire à l'inflation (2%), augmentation du secteur informel (3%). Mais dans le cadre des hypothèses le coût de l'inflation n'a pas été pris en compte ni l'augmentation du montant des cotisations : le second devra compenser le premier par un ajustement régulier (tous les 2 à 3 ans).

### **L'extension progressive de la couverture ou le paramètre « temps ».**

La couverture du risque maladie par le RAMU ne peut être que très progressive. La vitesse d'extension de la couverture, ainsi que le choix des cibles premières, modifient les paramètres du coût par an.

Ainsi, prononcer le coût d'une AMU doit rapidement se décliner en un coût à terme fixé, pour une couverture fixée, et être ramené à un chiffre relatif tel que sa part dans le PIB et le coût pour l'Etat en % du budget d'Etat.

Sur l'ensemble de ces bases, trois options de développement du RAMU sont détaillées ci-après, qui constituent les orientations possibles du régime, prévues par la présente SNFS-CU.

### ***Options de développement du RAMU***

Les options du RAMU se déclinent essentiellement en quelques paramètres :

- Panier de soins
- Participation des populations au coût global
- Vitesse d'extension de la couverture et priorités de ciblage
- Participation étatique

Les 3 options présentées correspondent à des situations possibles successivement en fonction de l'état du débat national et de la maturité du dispositif de prise en charge du RAMU. Il s'agit donc de ce qui est en cours, et de deux options à moyen terme pour le RAMU.

### **Option actuellement mise en œuvre dans le cadre du démarrage du RAMU.**

- Panier de soins

Le panier de soins est celui mentionné dans l'annexe précédente. Il est complet, ambitieux en considération de sa large gamme ou de son coût. Il est évalué à 12.500 FCFA par personne et par an.

- Participation étatique

La participation étatique est celle d'un engagement (15 milliards) et d'une mise à disposition déjà réalisée pour le démarrage en 2015 (4 milliards).

- Participation des populations au coût global

Des simulations ont été faites sur la base des deux paramètres ci-dessus. Elles ont montré qu'avec un panier de cette ambition et un financement d'Etat dans ces limites, chaque individu devait contribuer. Précisément, les catégories de populations retenues et leur contribution attendue pourraient être :

Population active totale (occupée et non occupée)	Population (en % et en valeur absolue)				Cotisation par catégorie		
	Secteur Formel		Secteur Informel		Total	théorique	pour le calcul
Population dont le revenu est inférieur au SMIG (inclus non occupée)	15%	49 905	67%	3 661 150	3 711 055	12 000	12 000
Population dont le revenu est compris entre 32.000 et 49.000	17%	56 079	16%	508 314	564 393	2,5% du revenu	12 150
Population dont le revenu est compris entre 49.000 et 74.000	26%	86 296	12%	377 624	463 920	2,5% du revenu	18 600
Population dont le revenu est égal ou supérieur à 74.000	42%	140 585	6%	211 335	351 920	2,5% du revenu	71 250
Population de moins de 15 ans		332 866		4 758 423	4 580 466		1 000
Total					9 671 755		

- Vitesse d'extension de la couverture et priorités de ciblage

Les priorités de ciblage sont les populations démunies et du secteur informel.

- Limites de l'option :

Cette option permet au Bénin de démarrer le processus de couverture du risque maladie universelle. Par contre elle ne facilite pas l'extension, en particulier pour les groupes cibles prioritaires, car les montants de cotisation retenus sont élevés pour les groupes de revenu les plus bas (ex : un ménage avec 3 enfants de revenu inférieur au SMIG devra contribuer FCFA 27.000 par an). Cette option ne facilite pas l'atteinte de l'objectif de couverture universelle, c'est-à-dire l'accès équitable aux soins de santé pour la population. Pour une couverture de 100% de la population en 2022, cette option requière cette année-là une subvention d'Etat d'environ FCFA 40 milliards.

## Option 1 : un RAMU ambitieux au Bénin

Il s'agit de maintenir le panier de soins et donc son coût de 12.500 FCFA par personne et par an. Mais encore, il s'agit d'aligner les cotisations sur les capacités contributives des populations. Les études réalisées montrent alors que l'Etat devra fournir un effort financier considérable. Il s'agira en effet de permettre aux plus pauvres<sup>26</sup> d'être entièrement pris en charge, mais aussi au secteur informel non pauvre dans son ensemble d'être largement subventionné.

Dans cette option, la vitesse d'extension dépend à la fois de la mobilisation financière de l'Etat et de la capacité du RAMU à proposer partout, à tous, cette offre publique d'assurance maladie universelle. Elle dépendra aussi du pourcentage de la population que l'Etat décidera de prendre entièrement en charge.

Par exemple, on peut viser une couverture totale du secteur formel (3% de la population) et des pauvres (ex : 15% de la population) ainsi que de 50% de la population informelle non pauvre en 2022. Si cette dernière catégorie de population est subventionnée à 80% (pour le respect de leur capacité

<sup>26</sup> Le Bénin a adopté une stratégie unique d'identification des plus pauvres dans le cadre de la mise en place de la Politique Holistique de Protection Sociale incluant un dispositif de mise à jour.

contributive), alors le gap à fiscaliser, en 2022, avec 59% de la population totale couverte, est de 1,58% du PIB, et près de 6% du budget de l'Etat.

*Illustration :*

<b>HYPOTHESE 2</b>	
PIB 2015 (USD courant)	9 365 000 000
Croissance du PNB	2%
accroissement pop	2,52%
population 2015	10 112 000
Hausse annuel supplémentaire du coût de la santé	2%
% secteur informel non pauvre	82%
% secteur formel	3%
% démunis	15%
Coût du paquet de soins per capita per annum	12500
Contribution annuelle moyenne du secteur formel	12500
Contribution annuelle du secteur informel non pauvre	2500
% de la population formelle couverte en 2022	100%
% de la population pauvre couverte en 2022	100%
% de la population informelle non pauvre couverte en 2022	50%
<i>Résultat quant à l'effort financier requis de l'état:</i>	
Total % de la population couverte en 2022	59%
% du PIB que représente la subvention en 2022	1,58%

Pour une couverture de 100% de la population en 2022, elle requière cette année-là une subvention d'Etat d'environ FCFA 144 milliards.

## Option 2 : montée en charge progressive du panier de soins

La dernière option envisagée dans le cadre de la présente stratégie nationale de financement part de deux hypothèses fondamentales :

- Il faut d'abord s'intéresser à l'universalité du RAMU, et donc mettre en place des paramètres qui respectent la capacité contributive des populations.
- La priorité que le Bénin est prêt à donner à la couverture du risque maladie en particulier et à la couverture sanitaire est importante mais relative, et dans un contexte de concurrence des priorités sociales et économiques, on doit fixer la participation de l'Etat dans la limite d'un % du PIB.

Dans cette option, c'est le niveau du panier de soins qui est la résultante des autres paramètres : à partir de la capacité contributive des populations et de l'Etat, le panier de soins ne pourra pas dépasser un certain coût. En d'autres termes, la priorité de la CSU est donnée à la couverture de tous plutôt qu'à la couverture de tout. Il s'agit d'une stratégie qui consiste à viser d'abord la couverture de l'ensemble de la population avant l'éventuelle montée en gamme du produit pris en charge.

L'illustration qui suit propose une participation de l'Etat qui atteint 1,5% du PIB en 2022, où la couverture atteindrait 100% de la population. Comme dans l'option 2 précédente, le secteur informel non pauvre est pris en charge de telle sorte que sa contribution par personne et par an est de 2.500 FCFA.

HYPOTHESE 3	
PIB 2015 (USD courant)	9 365 000 000
Croissance du PNB	2%
accroissement pop	2,52%
population 2015	10 112 000
Hausse annuel supplémentaire du coût de la santé	2%
% secteur informel non pauvre	82%
% secteur formel	3%
% démunis	15%
% du PIB que représente la subvention en 2022	1,49%
Contribution annuelle moyenne du secteur formel	7800
Contribution annuelle du secteur informel non pauvre	2500
% de la population formelle couverte en 2022	100%
% de la population pauvre couverte en 2022	100%
% de la population informelle non pauvre couverte en 2022	100%
<i>Résultat quant au coût du panier de soins abordable :</i>	
Coût du paquet de soins per capita per annum	7 800

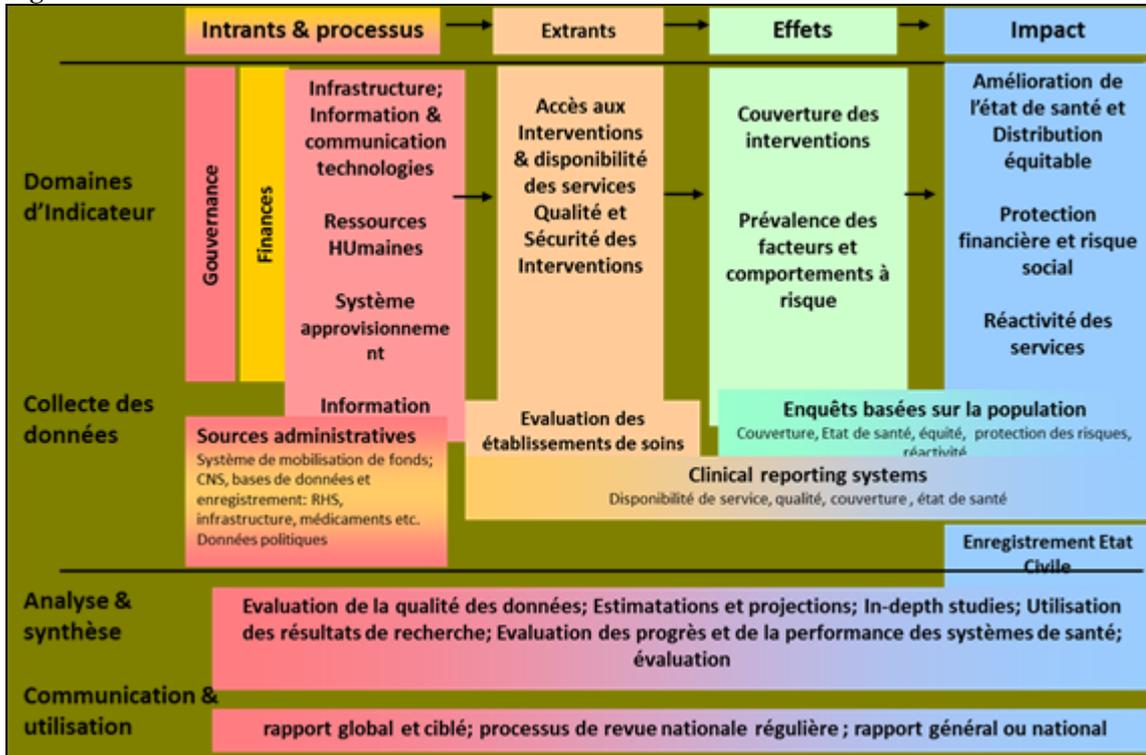
Dans cette option les subventions d'Etat à l'AMU représentent 5,64% du budget de l'Etat en 2022 ou 80 milliards pour une couverture de 100% de la population. Le panier peut alors coûter jusqu'à 7.800 FCFA.

Cette option a été utilisée dans la fixation des [objectifs](#) des indicateurs de la SNFS, avec une couverture attendue du RAMU ramenée à 30% de la population en 2022, soit une subvention d'Etat en 2022 de 26 milliards.

## Cadre de suivi et évaluation

Le cadre de suivi évaluation de la SNFS s’inscrit dans la logique du plan de suivi évaluation et de revue du PNDS et suivra l’approche processus ci-dessous illustrée (intrants, produits/extrants, effets et impacts) :

Figure: Processus de S&E



Source : Enquête SARA/DPP/MS

### Niveau périphérique, la zone sanitaire

L'EEZS est l'organe de coordination et de suivi de la mise en œuvre du plan opérationnel du PNDS. Comme indiqué dans le PNDS, une réunion mensuelle de coordination est organisée par EEZS sous la responsabilité du Médecin coordonnateur de la ZS et regroupe tous les responsables des formations sanitaires de sa zone pour faire le bilan mensuel de l'exécution du plan de la SNFS. Ce bilan doit tenir compte du niveau de réalisation des activités planifiées avec un accent particulier sur les difficultés rencontrées et les leçons apprises. Pour garantir l'efficacité du mécanisme, le SPIRS/DDS doit assurer le suivi effectif de ces réunions et la production des rapports trimestriels en relation avec les services déconcentrés de la DRFM et de l'ANAM.

L'EEZS travaillera de façon concertée avec les autres organes de suivi du niveau périphérique que sont le Comité de Santé, les Comités de Gestion, et en collaboration avec le secteur privé pour l'atteinte des objectifs de la SNFS. Elle organise la supervision formative dans toutes les formations sanitaires de sa juridiction (y compris le secteur privé), de façon régulière et selon les modalités et la périodicité en vigueur (cf. directives nationales sur la supervision 2010). Elle initie et supervise l'organisation des sessions semestrielles de monitoring/micro planification sur toute l'étendue de la ZS en se basant sur les indicateurs de la SNFS (cf. Cadre logique SNFS 2014-2020).

Les résultats de ces monitorages/micro planification sont analysés, discutés d'abord au niveau local puis au niveau de la zone sanitaire.

## **Niveau intermédiaire**

Le Comité Départemental de suivi de l'Exécution et d'Évaluation des Projets et Programmes (CDEEP), est l'instance déconcentrée du CNEEP placé sous le contrôle du Préfet. Il regroupe, les Chefs de Service de la DDS les MCZS et les représentants des ministères membres du CNEEP. Les sessions du CDEEP sont semestrielles.

## **Niveau central**

Une fois tous les 6 mois, le CNEEP qui regroupe outre les Directeurs Techniques et Centraux, les Directeurs Départementaux, les partenaires sociaux du Ministère de la Santé et les représentants des ministères ayant des rapports avec la santé, se réunit pour apprécier entre autres les progrès et les difficultés dans la mise en œuvre de la SNFS.

La revue semestrielle des Partenaires Techniques et Financiers présidée par le Ministre de la santé entouré de ses Directeurs Techniques et Centraux et le cadre de partenariat Secteur Public / Secteur Privé constituera également un creuset de suivi de la SNFS.

Au cours des réunions trimestrielles du comité de direction élargies aux DDS, aux médecins coordonnateurs des ZS et aux PTF, chaque DDS devra faire le point de la mise en œuvre de la SNFS

Le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), les études et les enquêtes périodiques, constituent les autres maillons du mécanisme de suivi évaluation de la SNFS

## **Indicateurs**

Cf. plan d'action

## **Sources de données**

Les données collectées pour les principaux indicateurs proviennent des sources ci-après :

- ANAM
- Système National d'Informations et de Gestion Sanitaires (SNIGS) : données de routine des établissements sanitaires.
- Indices de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA);
- Recensements/enquêtes (population et spécifiques) et données administratives ;
- Système d'enregistrement de l'état civil ; revues des décès maternels et infantiles ;
- Rapports, études et enquêtes spécifiques ;

Il est recommandé que chaque année avant la revue annuelle du secteur de la santé, une évaluation d'un échantillon d'établissements de santé soit effectuée afin d'examiner la qualité des données sanitaires ainsi que le degré de préparation des services. La méthode consiste en une comparaison entre les données notifiées et un recomptage physique des valeurs (au niveau de l'infrastructure ou de la zone sanitaire).