



**Analyse du financement de la santé
et
réflexions sur
le régime d'assurance maladie universelle au Bénin**

Rapport technique
d'une mission d'appui de l'OMS

par

Dr. Inke MATHAUER

Dr. Alice NTAMWISHIMIRO SOUMARE

Dr. Barthélémy SEMEGAN

Décembre 2010

© Organisation mondiale de la Santé 2010

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int . Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs cités nommément. La présente publication ne représente pas nécessairement les décisions ni les politiques de l'Organisation mondiale de la Santé.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

WHO/HSF/11.1



**Analyse du financement de la santé
et
réflexions sur
le régime d'assurance maladie universelle au Bénin**

Rapport technique

d'une mission d'appui de l'OMS

par

Dr. Inke MATHAUER

Dr. Alice NTAMWISHIMIRO SOUMARE

Dr. Barthélémy SEMEGAN

2010

Table des matières

Liste des abréviations	iii
Remerciement	iiv
Résumé	v
1. Introduction	1
1.1. Contexte et justification de la mission	1
1.2. Objectifs de la mission	1
1.3. Méthodologie et déroulement de la mission	2
2. Analyse du système de financement de la santé actuel	5
2.1. Dispositifs actuels de couverture du risque maladie	6
2.2. Forces du système de financement de la santé	7
2.3. Faiblesses du système de financement de la santé	8
- Absence d'une stratégie cohérente du financement de la santé.....	8
- Fragmentation du système de financement de la santé.....	8
- Iniquité du financement de la santé et dans l'accès aux soins.....	9
- Préoccupations par rapport à l'achat des services et à l'efficacité.....	10
- Les forces et faiblesses des mutuelles de santé.....	12
2.4. Réflexions sur le processus actuel de développement du RAMU	12
3. Options stratégiques proposées pour le RAMU	13
3.1. Collecte des revenus.....	15
- Contributions du secteur formel.....	15
- Contributions du secteur informel	16
- Autres sources de financement	16
3.2. Mise en commun des ressources	16
3.3. Achat des services	17
3.4. Gouvernance.....	18
4. Conclusions & Recommandations	19
4.1. Recommandations globales pour le système du financement de la santé	19
4.2. Autres recommandations.....	19
Références et listes des documents revus.....	20
Annexe 1: Liste des autorités et responsables rencontrés	22
Annexe 2: Schéma du RAMU - Première version	23
Annexe 3: Schéma du RAMU - Version du 17 juillet, 2010	23

Liste des figures

Figure 1:	3
Figure 2:	11
Figure 3:	14

Liste des tableaux

Tableau 1:.....	5
Tableau 2:.....	8

Liste des abréviations

ADAM	Agence départementale de l'assurance maladie
ANAM	Agence nationale de l'assurance maladie
ANGC	Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne
BIT	Bureau International du Travail
CTI	Comité Technique Interministériel
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
DALY	Disability-adjusted life years ("Années de vie ajustées sur l'incapacité")
DGS	Dépenses des administrations publiques en santé
DPvS	Dépenses du secteur privé en santé
DTS	Dépenses totales en santé
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
Fig.	Figure
FNRB	Fond national des retraités du Bénin
FSI	Fonds sanitaire des indigents
FASNAS	Fonds d'appui à la solidarité nationale et à l'action sociale
MS	Mutuelle de santé
MSS	Mutuelle de sécurité sociale
MSAE	Mutuelle de santé pour les agents de l'Etat
OASIS	Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing ("Analyse organisationnelle pour améliorer et renforcer le financement de santé")
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PASDS	Projet Accord Santé Développement Solidaire
PCAE	Prise en charge des agents de l'Etat
p.c.	per capita
PF HFS/IST-WA	Equipe inter-pays de l'Afrique de l'Ouest
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national de développement du secteur de la santé
PTFs	Partenaires techniques et financiers
RAMU	Régime d'assurance maladie universelle
SimIns	"Simulation of Insurance" (acronym for a projection/simulation software)
STEP	Stratégies et Techniques d'Extension de la Protection Sociale
TPA	Third party agent (tiers payant)
USD	United states dollars

Remerciement

Les auteurs du présent rapport expriment leur sincère reconnaissance à Mr le Ministre de la santé du Bénin d'avoir reçu l'équipe d'experts de l'OMS lors de la mission, et à Mme la Directrice de Cabinet du Ministère de la santé, aux autres responsables et agents du Ministère de la Santé, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes âgées et de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, sans le concours desquels ce travail n'aurait pu être réalisé.

Les auteurs remercient également le Représentant de l'OMS Bénin et celui du BIT/STEP ainsi que leurs collaborateurs.

Ils ne sauraient terminer sans exprimer leur gratitude au Secrétaire Exécutif du Projet de Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) du Bénin, Mr. Hughes Tchibozo, pour sa disponibilité, durant toute la durée de la mission exploratoire.

Résumé

Justification et objectifs

Le Gouvernement du Bénin a initié une réflexion sur l'instauration d'une couverture universelle du risque maladie à travers un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé du Bénin s'est adressé à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour solliciter son assistance. En réponse à cette demande, une première mission exploratoire composée des membres du Département du Financement des Systèmes de Santé de l'OMS Genève (siège OMS), de l'Equipe Inter-Pays de l'Afrique de l'Ouest) et du Bureau OMS Bénin a été réalisée du 19 au 23 juillet 2010 à Cotonou.

L'objectif de la mission était de réaliser d'une part une revue du financement de la santé du Bénin en mettant le focus sur les aspects institutionnels et organisationnels des différents dispositifs existants dans le pays afin d'analyser le contexte dans lequel le RAMU va être mis en place et d'autre part de faciliter la définition des options qui serviront de base pour la réalisation des simulations financières et projections du RAMU lors d'une seconde mission. L'équipe a mené des entretiens et discussions avec différents acteurs du système de financement de la santé dans le pays et a réalisé une revue documentaire.

Le présent rapport présente les résultats de cette revue systématique du système de financement de la santé au Bénin et démontre des options stratégiques proposées pour le RAMU.

Analyse du système de financement de la santé actuel

Au Bénin, les dépenses privées de santé ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon les Comptes Nationaux de Santé 2005. Ceci amène à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" d'autant qu'une des problématiques majeures du système de santé de ce pays est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé.

Toutefois, il existe une réelle volonté des pouvoirs publics béninois de trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie. Une autre dynamique intéressante à souligner dans le pays est la tendance actuelle à renforcer d'une part une extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et vers les ruraux à travers les mutuelles de santé et d'autre part à réorganiser ces institutions en réseaux et structures faïtières.

A côté du financement des soins publics par les impôts combinés aux tickets modérateurs, on distingue les dispositifs suivants de protection sociale en santé, il s'agit de :

- *Un Fonds Sanitaire des Indigents*
- *La Gratuité de la Césarienne, organisée par l'Agence Nationale pour la Gratuité de la Césarienne*
- *Un Régime spécial des fonctionnaires en activité*, aussi appelé « Régime des 4/5^{ème} »
- *Un Fond National des Retraités du Bénin (FNRB)*
- *Une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)* pour les salariés du secteur privé qui offre des prestations de santé dans le cadre des branches suivantes : prestations familiales (allocations prénatales: 4500 FCFA pour 3 examens prénataux) et risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail).
- *180 mutuelles de santé communautaires* au sein des populations urbaines et rurales et notamment du secteur informel
- *4 mutuelles de sécurité sociale*, organisées au niveau de chaque département du Bénin et assistées par l'Etat à travers une ligne budgétaire de 151 millions FCFA

- 6 sociétés privées d'assurance maladie commerciale couvrant environ 45,000 travailleurs, soit 270,000 bénéficiaires en total avec les ayant-droits.

Cette constellation de financement apporte plusieurs faiblesses:

Absence d'une stratégie cohérente du financement de la santé:

On note un manque de stratégie globale et cohérente du financement de la santé. Le Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDS) et le plan 2010-2012 proposent une liste de mécanismes qui ne semblent pas toujours complémentaires et cette liste reflète différentes stratégies et interventions menées par les partenaires techniques et financiers (PTFs) dont les axes d'interventions ne sont cependant pas harmonisées entre elles.

Fragmentation du système de financement de la santé

La fragmentation apparaît à travers l'existence d'une dizaine de mécanismes de financement et de dispositifs de couverture du risque maladie, comme résumés en haut. Ces dispositifs ne sont pas liés d'une manière ou d'une autre. Cela implique un manque de solidarité, une inexistence de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales, mais aussi une forte duplication des fonctions administratives et donc un besoin de coordination, avec comme conséquence des coûts de transaction et des frais administratifs y afférents élevés.

Inefficacité, iniquité du financement de la santé et dans l'accès

Les bénéficiaires du FSI ne sont pas seulement les plus pauvres. Ceci est en relation avec le fait que l'un des problèmes principaux du secteur porte sur "l'identification active" des indigents par les agents sanitaires qui, dans la situation actuelle, opèrent sans critères et sans l'implication des autorités locales. Ceci signifie que des ressources publiques, déjà rares, sont dépensées partiellement pour ceux qui sont capables de payer le tout ou partie, témoignant ainsi d'une utilisation sub-optimale de ces ressources du point de vue de l'efficacité et de l'équité.

Toutes les femmes dont le diagnostic recommande une Césarienne doivent y avoir accès. Cependant, les femmes des couches plus aisées sont capables de payer cette intervention entièrement ou en partie. Si cette intervention est offerte gratuitement à toutes les femmes, les riches et les pauvres, cela implique que les ressources publiques y afférentes ne ciblent pas spécifiquement les pauvres et que ces dépenses ne se font pas de manière équitable et efficace.

Selon des personnes-ressources malgré des procédures formelles réglant la prise en charge financière des cas nécessitant une évacuation, elles ne semblent pas toujours suivies dans la pratique. Or, le financement d'une évacuation devrait tenir compte des questions de rationalisation des ressources disponibles. De ce point de vue, les critères d'allocation des ressources sont importants. Tandis que les dépenses sont élevées pour l'évacuation d'une personne dont les chances de survie sont souvent faibles, ces dépenses pourraient aussi financer le traitement d'un nombre plus important de malades traitables ou la prévention des maladies comme le paludisme dont beaucoup de Béninois meurent encore pour des questions de barrières financières. En plus, selon des interlocuteurs, ce serait plutôt les plus privilégiés qui en profitent.

Préoccupations par rapport à l'achat des services et à l'efficacité

Il est connu que le paiement par acte, mécanisme de rémunération en vigueur au Bénin, crée une incitation à la multiplication des actes. Un prestataire gagne plus en fournissant plus de services et plus de médicaments, qu'il y ait nécessité ou pas car ceci génère plus de revenus. En conséquence, le paiement par acte est en pratique souvent moins efficace que d'autres modes de paiements.

Faiblesses dans l'allocation des ressources publiques

Jusqu'ici, l'allocation des ressources publiques (les crédits délégués) sont basés sur des lignes budgétaires. Leur montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente), mais il fait aussi l'objet de négociations entre les zones sanitaires et le niveau

central. Des critères d'allocations, comme la taille de la population d'une zone, le profil épidémiologique, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures etc., ne sont pas appliqués, et donc les crédits délégués ne sont pas toujours liés directement aux besoins des populations d'une zone. Les allocations par zone sanitaires révèlent de grandes différences et iniquités surtout au niveau des dépenses totales par personne entre les zones sanitaires.

Les forces et faiblesses des mutuelles de santé

Les services administratifs et techniques des mutuelles de santé bénéficient d'un appui technique et financier important à l'heure actuelle pour réduire les faibles capacités des responsables des mutuelles dans la gestion de la fonction d'achat. Dans quelques cas, les mutuelles ont contractualisé un cabinet privé pour la vérification des factures et le paiement des prestataires.

Options stratégiques proposées pour le RAMU

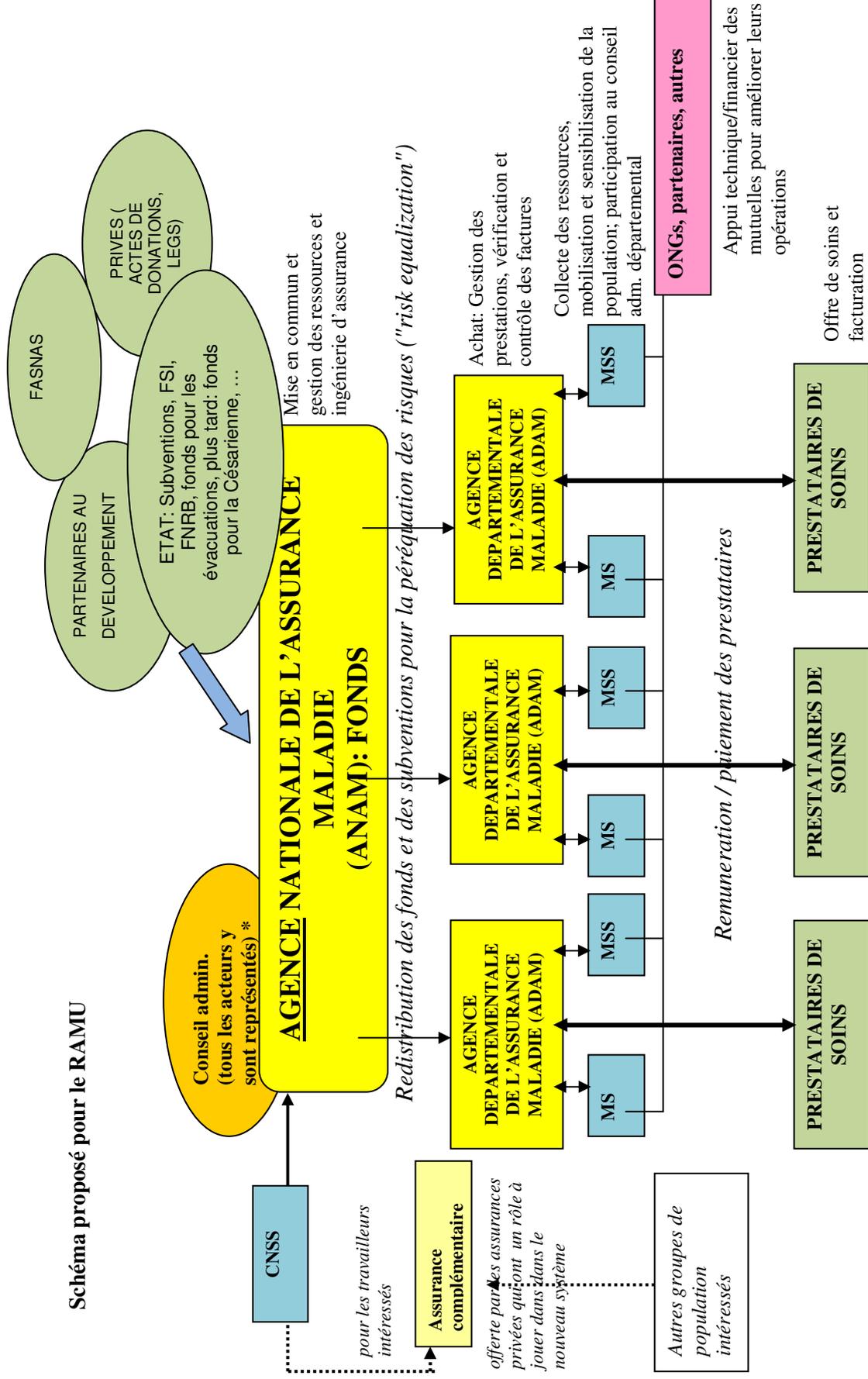
La question-clé qui demeure actuellement porte sur le schéma du RAMU. Il est acquis que le point de départ sera de construire sur l'existant. Cependant, la conception et réalisation du RAMU impliquera des réformes / modifications au sein des mécanismes existants. Un principe important est de réduire le nombre de fonds/initiative/dispositifs de financement et de créer des liens entre eux. Le schéma suivant représente une sorte de compromis et une fusion entre la première structure proposée pour le RAMU (juillet 2009) et la plus récente (juillet 2010).

L'idée d'une assurance maladie universelle (RAMU) dans un pays avec la taille et la population du Bénin peut se réaliser avec efficacité dans un système qui comporte un seul fonds national qui organise la mise en commun des ressources collectées et qui assure l'achat des prestations, directement ou en procédant à une délégation de tâches à d'autres organes.

Une Agence nationale pour le RAMU, appelée ANAM, gérerait les fonds et le RAMU ne serait pas une structure de coordination seulement, mais plutôt un dispositif assurantiel qui réaliserait les trois fonctions principales de financement, qui sont la collecte des ressources, la mise en commun et l'achat des services, ceci en lieu et place d'une autre logique et structure qui séparerait inutilement les fonctions et générerait encore une fois des coûts administratifs. Il est aussi proposé de créer des structures décentralisées de l'ANAM qui correspondraient aux Agences départementales de l'assurance maladie (ADAM).

L'alternative à l'option ci-dessus indiquée serait un système, avec plusieurs fonds, qui nécessiterait un mécanisme de péréquation des risques qui implique tout d'abord des coûts administratifs très élevés, sans qu'il y ait l'avantage d'une compétition entre les différents dispositifs. L'établissement de critères et le fonctionnement d'un mécanisme aussi complexe constituent un défi technique avec tous les risques qu'il présente des lacunes, et que les fonctions de péréquation des risques et de redistribution pour garantir un financement et un accès équitables ne soient pas réalisées de manière optimale.

Schéma proposé pour le RAMU



* Ex : Etat (diverses ministères), associations des employeurs, associations des employés (syndicats, associations professionnelles), mutuelles (sanitaires/communautaires, protection sociale), société civile.

Conclusions et Recommandations:

Recommandations globales pour le système du financement de la santé

- Développer une stratégie cohérente du financement de la santé qui spécifie les orientations et comment les différents mécanismes vont s'articuler;
- Développer un plan d'action pour la mise en place du RAMU;
- Mettre en place un cadre de concertation des PTFs et créer un sous-groupe parmi les partenaires pour l'harmonisation de leurs interventions;
- Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée des partenaires pour supporter la mise en place du RAMU;
- Renforcer le Secrétariat du RAMU;
- Elaborer une loi dès qu'un schéma consensuel du RAMU sera validé par les pouvoirs publics.

Autres recommandations

- Définir des critères d'allocations de ressources pour les crédits délégués parmi les Zones Sanitaires. Exemple : la population couverte, le taux de pauvreté, la charge de morbidité, etc.;
- Mener une réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins et notamment dans le cadre du processus du RAMU.

1. Introduction

1.1. Contexte et justification de la mission

Suite aux Etats Généraux de la Santé qui ont eu lieu au Bénin en novembre 2007, le Gouvernement de ce pays a initié une réflexion sur l'instauration d'une couverture universelle du risque maladie dans le pays. Et dans ce cadre, le Conseil des Ministres a décidé, en sa séance du 21 mai 2008, la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et a créé à cet effet un Comité Technique Interministériel (CTI) présidé par le Ministre de la Santé et chargé de faire au Gouvernement des propositions. Ce comité a conduit la réalisation des études préliminaires à la mise en place du RAMU avec, entre autres, l'appui du Bureau International du Travail (BIT) à travers son programme STEP (Stratégies et Techniques d'Extension de la Protection Sociale) et l'assistance de la Coopération Française sur financement du Projet Accord Santé Développement Solidaire (PASDS). Grâce à ces appuis, le CTI a pu disposer d'une note technique du BIT présentant une proposition de schéma du RAMU et d'un Avant Projet Sommaire élaboré par les Experts français du CREDES appuyés par des consultants nationaux du cabinet SCEN Afrik. Aussi, a-t-il défini les principes de base et les orientations stratégiques devant régir la conduite du processus de mise en place du RAMU. Les résultats de ces différents travaux ont été validés en atelier les 14 et 15 juillet 2009. Les participants à cet atelier ont encouragé le CTI à poursuivre la réflexion en s'inspirant des expériences en cours dans d'autres pays d'Afrique et d'ailleurs et en s'appuyant sur diverses institutions internationales qui disposent d'une expertise avérée en matière de montage et de mise en œuvre des schémas de couverture universelle du risque maladie.

C'est dans ce contexte que le Ministère de la Santé du Bénin s'est adressé à l'OMS pour solliciter son assistance. En réponse à cette demande, une première mission exploratoire composée des membres du Département du Financement des Systèmes de Santé de l'OMS Genève (siège OMS), de l'Equipe Inter-Pays de l'Afrique de l'Ouest) et du Bureau OMS Bénin a été réalisée du 19 au 23 juillet 2010 une mission d'appui technique à Cotonou.

Le présent rapport présente les résultats d'une revue systématique du système de financement de la santé au Bénin et démontre des options stratégiques proposées pour le RAMU. La mission exploratoire objet du présent rapport, pourrait être suivie par une autre mission plus focalisée sur la faisabilité financière du RAMU.

1.2. Objectifs de la mission

L'objectif de la mission était d'apporter un appui technique au processus de mise en place du RAMU, notamment dans la définition des paramètres financiers de ce dispositif:

- Réaliser une revue du financement de la santé du Bénin en mettant le focus sur les aspects institutionnels et organisationnels des différents dispositifs existants dans le pays afin d'analyser le contexte dans lequel le RAMU va être mis en place et faciliter la définition des options qui serviront de base pour la réalisation des simulations financières et projections du RAMU lors d'une seconde mission ;
- Présenter l'outil SimIns, un logiciel pour faire des projections financières et ses applications à une équipe restreinte afin de la familiariser avec cet instrument qui servira lors de la définition des paramètres financiers du RAMU et notamment de projections ;
- Promouvoir la collaboration avec les autres partenaires dans la mise en place du RAMU pour harmoniser les interventions et réaliser des synergies d'action.

1.3. Méthodologie et déroulement de la mission

L'équipe conjointe composée de HSP/HSF/HQ et du PF HFS/IST-WA a effectué du 19 au 23 juillet 2010 cette première mission d'appui technique à Cotonou et a adopté une méthode de travail basée sur :

- des entretiens et discussions avec différents acteurs du système de financement de la santé dans le pays ;
- la réalisation d'une revue documentaire ;
- la participation le 21 juillet 2010 aux travaux du Forum des mutuelles de santé du Bénin organisé avec l'appui de l'USAID et d'autres promoteurs;
- la présentation le jeudi 22 juillet 2010 de l'outil SimIns de simulations financières d'une assurance maladie, en présence d'un expert du STEP/BIT, à un groupe restreint formé de 05 cadres nationaux qui seront chargés de travailler sur la faisabilité financière du RAMU. Les discussions avec le noyau technique national ont permis à la mission OMS d'avoir une meilleure perception des attentes, d'échanger sur les préalables à l'utilisation du SimIns et les spécificités du Bénin, et enfin de s'assurer d'une bonne compréhension des données requises pour l'exercice.¹
- une séance de restitution des résultats des travaux de la mission qui a été présidée par le Dr. Dorothée YEVIDE, Directrice de Cabinet du Ministère de la Santé
- un débriefing auprès du WR au Bénin à la fin de la mission. L'annexe 1 présente une liste des autorités et responsables rencontrés avec leurs agents.

Sur le plan méthodologique, cette revue et l'analyse du système de financement de santé au Bénin ont été réalisés suivant l'approche et le cadre conceptuel de l'outil OASIS (**O**rganizational **A**ssessment for **I**mproving and **S**trengthening Health Financing - "Analyse organisationnelle pour améliorer et renforcer le financement de santé"). La logique de cette approche définie par Mathauer/Carrin (2010) met l'accent sur le schéma institutionnel (les règles) du système de financement de la santé et les pratiques des organisations (l'exécution de ces règles) dans un pays. L'objectif est de faire une analyse de manière systématique et complète et d'identifier les propositions pour améliorer la performance de ce système de financement avec comme but final l'atteinte de la couverture universelle (voir d'autres exemples de OASIS pour le Rwanda, la République de Corée, et Nicaragua par Antunes et al. 2009, Mathauer et al. 2009, Mathauer et al. 2010).

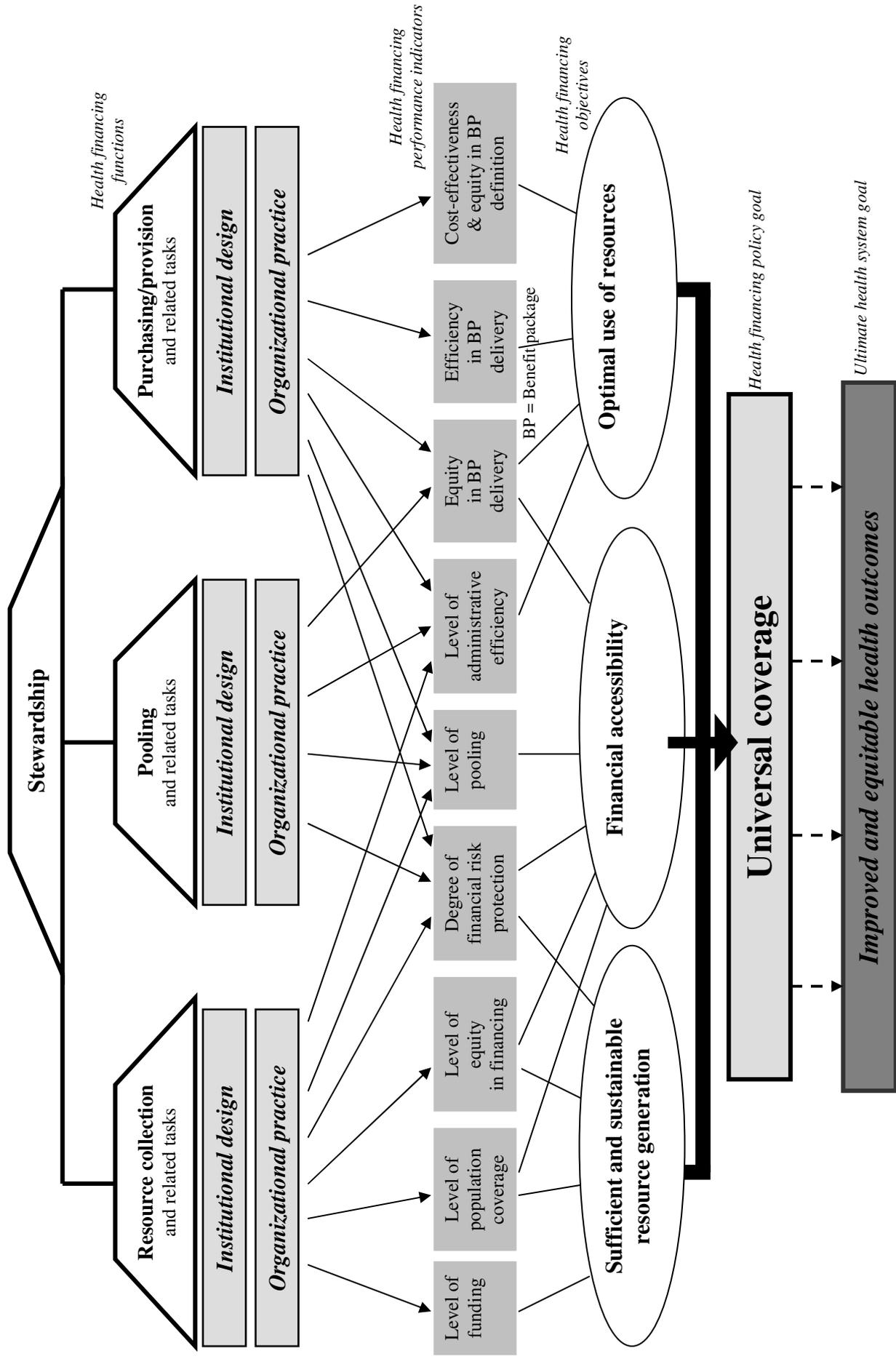
La Figure 1 ci-dessous, présente un résumé de cette approche. Les fonctions du financement sont concrétisées par les arrangements institutionnels et par les pratiques des organisations qui par ailleurs sont déterminants pour l'atteinte des indicateurs de performance en matière de financement de la santé et pour le progrès vers de la couverture universelle.

Cependant, en raison d'un manque de données, l'analyse suivante n'inclut pas une évaluation de la performance du financement de santé.

¹ Pour des exemples d'une application de SimIns et une étude de faisabilité technique et financière d'une assurance maladie, voir Mathauer et al. 2011a, Mathauer et al. 2011b et des rapports techniques plus détaillés sur http://www.who.int/health_financing/documents/lso_shi-feasibility_assessment.pdf

Fig. 1: Summary overview of proposed the analytical framework

Source: further developed from [28]



2. Analyse du système de financement de la santé actuel

Le tableau suivant donne un aperçu sur la situation du financement de la santé au Bénin.

Tableau 1: Dépenses sanitaires du Bénin pour l'année 2008

Population totale	8,662,000
Produit intérieur brut (PIB) p.c.	USD 782
Dépenses totales en santé (DTS) p.c.	USD 38
Dépenses totales en santé (DTS) en % du PIB	4.8%
Dépenses des administrations publiques en santé (DGS) en % des DTS	52.8%
Régimes de sécurité sociale en % des DGS	0.5%
Dépenses du secteur privé en santé (DPvS) en % des DTS	47.2%
DGS en % des dépenses des administrations publiques	10.5%
Ressources externes consacrées à la santé en % des DTS	19.4%
Versements directs en % des DPvS	44.8%

Source: OMS 2010

Selon les estimations de l'OMS (2010), la somme des dépenses des administrations publiques en santé et des dépenses privées de santé représentait 108,818 milliards de FCFA en 2005 et a progressé vers 146,261 milliards de FCFA en 2008, soit environ de 26 \$ à 38 \$ par habitant avec un taux de croissance de 34%. Ceci qui correspond à un passage de 4,5 % à 4,8 % du PIB respectivement à la même période.

Au regard des statistiques de 2008, c'est l'Etat (52,8%) qui constituait la source principale de financement du secteur de la santé. Cependant, si en termes absolus l'Etat a fourni des efforts de 2005 à 2008 en allouant plus de ressources publiques à la santé, au regard de son budget général, la part de ce secteur a régressé, allant de 11,9% à 10,5%, demeurant ainsi en deçà du seuil des 15% préconisés par les Chefs de Gouvernements dans la Déclaration d'Abuja en 2000 (Kirigia et al. 2006).

L'aide extérieure a pour sa part été marquée par une augmentation à hauteur de 40% de 2005 à 2008 où l'enveloppe globale a atteint 28,395 milliards, traduisant cependant une dépendance de l'état béninois par rapport aux ressources externes.

Les dépenses privées de santé quant à elles, subissent une baisse progressive depuis 2006 où elles constituent la 2ème source de financement de la santé et ont atteint 47,2% des dépenses totales de santé en 2008. Les paiements directs des ménages représentent environ 95% de ces dépenses privées depuis 2005 avec près de 75% consacrées aux produits pharmaceutiques selon les CNS 2005 (MSP 2010) de la même année.

Ces ratios nous renseignent sur le faible taux de pénétration des mécanismes de couverture du risque maladie dans ce pays où la pauvreté constitue une préoccupation majeure. Il est à penser qu'une partie de la population béninoise est exposée aux risques de "dépenses catastrophiques en santé" et que le poids financier de la maladie risque ainsi de favoriser l'appauvrissement des ménages.

Au regard de cette situation, l'on comprend aisément qu'une des problématiques majeures du système de santé du Bénin est constituée par l'inaccessibilité financière aux soins de santé avec pour conséquence une faible utilisation des services de santé. Du chemin reste donc à parcourir pour atteindre les objectifs mondiaux de développement et, au-delà, pour amener la population à un état de santé optimal.

2.1. Dispositifs actuels de couverture du risque maladie

Au Bénin, à côté du financement des soins publics par les impôts combinés aux tickets modérateurs, nous distinguons les dispositifs suivants de protection sociale pour la santé:

Cette protection au niveau des populations les plus démunies est effectuée grâce au **Fonds Sanitaire des Indigents** logé au niveau du Ministère de la santé et financé à travers une ligne budgétaire intitulée « Secours et aides sociales ». L'Arrêté interministériel N° 743/MFE/MSP/DC/SP du 13 juin 2005 spécifie le paquet de soins concernés.

Dans le cadre des mesures prises à l'endroit des populations vulnérables pour permettre l'accès aux soins, la gratuité de la césarienne a été adoptée le 1er avril 2009 par le Gouvernement et une **Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne (ANGC)** a été mise en place. Celle-ci a pour mission d'assurer une prise en charge qui intègre la fourniture d'un kit césarienne (médicaments et consommables médicaux), l'acte opératoire et un forfait pour l'hospitalisation. A cet effet, l'Etat paie une rémunération de 100 000 FCFA aux formations sanitaires par césarienne réalisée. Il est important de retenir que d'autres initiatives de gratuité sont en perspective, des réflexions étant engagées (ex : réflexion sur la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5ans, et pour les personnes du 3ème âge).

Dans le cadre de la protection sanitaire des fonctionnaires de l'administration publique, l'Etat a mis en place un système pour ses agents permanents, civils et militaires, émergeant au budget national ainsi que pour leurs ayants droits. Il s'agit du **Régime spécial des fonctionnaires en activité** (y inclus leurs conjoints et ayants-droit) institué par le décret 2008/111 du 12 mars 2008 qui fixe les attributions, l'organisation et le fonctionnement du Ministère des Finances. Ce régime est aussi appelé « Régime des 4/5^{ème} », parce qu'il prend en charge 80% des frais de soins de santé, tandis que le bénéficiaire de ce régime doit s'acquitter des 20% restants. Les agents du secteur de la santé émergeant au budget national sont supportés à 100%. Mais dans la réalité actuelle, la majeure partie des intrants entrant dans la prise en charge des cas est payée directement par les malades au niveau des structures hospitalières.

La gestion de ce régime est entièrement publique et relève des compétences de la Direction générale du Budget au Ministère des Finances. Il est financé sur la base de retenues sur les traitements des agents concernés et des contributions de l'Etat en tant qu'employeur, mais dépend aussi de subventions additionnelles au budget. Ce dispositif assure également les évacuations sanitaires. Les dysfonctionnements et difficultés de ce régime (Ex : le paiement direct des ordonnances médicales par les bénéficiaires, le régime ne remboursant pas les médicaments qui constituent pourtant le principal poste de dépenses pour les ménages; l'insuffisance dans la qualité des soins et services offerts, le manque de satisfaction des usagers) ont amené les agents de l'Etat à solliciter un autre système de prise en charge spécifique, il s'agit de la mutuelle des Agents de l'Etat (MSAE) qui est en cours de création.

Les fonctionnaires de l'Etat admis à la retraite sont, quant à eux, couverts par le **Fond National des Retraités du Bénin (FNRB)** qui consiste en un régime obligatoire spécifique placé sous la tutelle du Ministère des Finances. Il est régi par la loi N° 86-014 du 26 septembre 1986 portant code des pensions civiles et militaires. Ce Fond est alimenté par des prélèvements sur les traitements des agents de l'Etat civils et militaires pendant leur temps actif et des contributions de l'Etat, en tant qu'Employeur, comme inscrit dans l'article 59 de la loi 86-014. Il couvre aussi les 4/5^{ème} du coût des soins et de la totalité des dépenses des évacuations sanitaires à l'étranger.

Si les salariés du secteur privé ne jouissent pas encore à l'heure actuelle d'une assurance maladie obligatoire, ils sont toutefois affiliés à la **Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)** qui offre des prestations de santé dans le cadre des branches suivantes : prestations familiales (allocations prénatales: 4500 FCFA pour 3 examens prénataux) et risques professionnels (pour les accidents et maladies liées au travail). La CNSS envisage de créer une branche maladie conformément à l'Avant-projet de loi

portant institution d'une Assurance maladie obligatoire pour les travailleurs salariés et pensionnés assujettis au régime général de sécurité sociale et gérée par la CNSS. Une étude de faisabilité a été lancée en 2009, mais les résultats étaient toujours attendus en juillet 2010.

L'engagement de l'Etat pour la protection de la santé des populations au Bénin s'est traduit d'une part par l'adoption d'une politique en novembre 2008 et d'un plan stratégique de développement des mutuelles de santé (2009-2013) par le Ministère de la Santé Publique. En 2009, il existait environ 180 **mutuelles de santé communautaires** au sein des populations urbaines et rurales et notamment du secteur informel grâce à l'assistance du ministère de la santé et surtout de multiples structures d'appui (13 environ) parmi lesquelles on compte des ONG nationales et internationales ainsi que des programmes de coopération bi et multilatéraux.

Les efforts de l'Etat se manifestent également à travers l'important appui technique et financier du Ministère du Travail et de la Fonction Publique à l'endroit des dites « **Mutuelle de Sécurité Sociale** » qui, au nombre de quatre (04) en 2009, comptent être organisées au niveau de chaque département du Bénin. Elles ont été initiées en collaboration avec le BIT dans la logique de l'extension de la couverture de sécurité sociale aux acteurs travaillant dans l'économie informelle. Bien que ces mutuelles de santé soient financées principalement par l'Etat à travers une ligne budgétaire de 151 millions FCFA mais aussi par les cotisations des membres, elles reposent cependant sur un vide juridique et connaissent de sérieuses difficultés de gestion.

Quant au recours aux six (06) **sociétés privées d'assurance maladie commerciale** présentes dans le pays, il est très faible du fait du coût élevé des primes. Avec une proportion à hauteur de 2.4% des dépenses totales en santé en 2008, ces assurances couvrent environ 45,000 travailleurs, soit 270,000 bénéficiaires en total avec les ayant-droits (BIT 2008).

2.2. Forces du système de financement de la santé

Il existe une réelle volonté des pouvoirs publics béninois de trouver des solutions aux questions liées à la prise en charge de la santé des populations afin de réduire le poids financier de la maladie auquel elles font face. Dans cette logique, le gouvernement a fourni d'importants efforts pour permettre aux pauvres et aux catégories de populations vulnérables d'accéder aux soins de santé. Les mesures prises dans ce sens telles que la gratuité de la césarienne et la prise en charge des indigents, l'appui aux mutuelles de santé du secteur informel ainsi que les réflexions en cours témoignent sa volonté à améliorer l'équité du financement de la santé.

Une dynamique intéressante à souligner dans le pays est la tendance actuelle à renforcer d'une part une extension de la couverture du risque maladie au secteur informel et vers les ruraux à travers les mutuelles de santé et d'autre part à réorganiser ces institutions en réseaux et structures faîtières. Cette dynamique est accompagnée d'un réel engagement de divers partenaires techniques et financiers du Bénin ainsi que du Ministère du Travail et de la Fonction Publique, qui apportent une assistance technique et financière aux initiatives.

On note également l'engagement de l'Etat à mettre en place un système plus englobant et au sein duquel tous les segments de populations devraient se retrouver notamment ceux exclus par les dispositifs de couverture existants. Ceci se perçoit notamment dans le dynamisme des acteurs impliqués dans le projet de création du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) après la décision le 21 mai 2008 de la mise en place du RAMU et la création d'un Comité Technique Interministériel présidé par le Ministre de la Santé et en charge de ce dossier.

Certains Partenaires Techniques et Financiers (PTFs) sont disposés à accompagner ce processus. Au delà de l'OMS, il s'agit, par exemple, du BIT et de la Coopération Française qui ont apporté une assistance dans la réflexion sur le schéma du RAMU, de la Banque Mondiale qui a convenu d'apporter un appui institutionnel (Accord de don déjà signé), ainsi que la Coopération Suisse qui s'investit dans

le domaine de la sensibilisation des acteurs et du renforcement des capacités des membres du Secrétariat Permanent sur le RAMU.

2.3. Faiblesses du système de financement de la santé

- Absence d'une stratégie cohérente du financement de la santé

Bien que le pays dispose d'un Plan National de Développement du Secteur de la Santé (PNDS) et d'un Plan stratégique de développement des mutuelles de santé (2009-2013), on note un manque de stratégie globale et cohérente du financement de la santé. Le PNDS et le plan 2010-2012 proposent une liste de mécanismes qui ne semblent pas toujours complémentaires et qui reflètent différentes stratégies et interventions menées par les PTFs dont les axes d'interventions ne sont cependant pas harmonisées entre eux. Cette situation a favorisé le développement d'un système de financement de la santé composé de plusieurs agents de financements opérant indépendamment l'un de l'autre.

- Fragmentation du système de financement de la santé

L'une des principales faiblesses du système de financement de la santé actuel au Bénin est constituée par la fragmentation qui apparaît à travers l'existence d'une dizaine de mécanismes de financement et de dispositifs de couverture du risque maladie, comme résumés dans le tableau suivant et décrits dans le chapitre 2.1.

Tableau 2: Liste des mécanismes de financement existants au Bénin en 2010

Mécanismes et dispositifs
1. Les paiements directs par les ménages à travers les tickets modérateurs dans le secteur public et privé
2. Le financement des formations sanitaires et des activités des soins préventifs par les impôts
3. La prise en charge des Agents de la Fonction Publique ("4/5"), géré par le Ministère des Finances et de l'Economie.
4. Des mutuelles de santé communautaires appuyées par les partenaires et le Ministère de Santé
5. Des mutuelles de sécurité sociale soutenues par le Ministère du Travail (dans presque chaque département),
6. Un Fonds National des Retraités du Bénin (FNRB), géré par Ministère des Finances
7. Un Fonds Sanitaire des Indigents (FSI), géré par le Ministère de la Santé
8. Une ligne budgétaire pour les évacuations sanitaires, mais difficilement accessible pour toute la population (avant, elle ne concernait que les agents de l'Etat)
9. Une Agence autonome de la gratuité des césariennes sous la tutelle du Ministère de la Santé
10. Les assurances maladie privées

Source: CNS pour 2003-2006 (MSP, 2006) et entretiens

Le système de financement de santé est donc caractérisé par une forte fragmentation due au fait que ces dispositifs ne sont pas liés d'une manière ou d'une autre. Cela implique une faible solidarité et une inexistence de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales. Cependant, on trouve parmi les membres d'une même mutuelle de santé, même si leur taille reste modeste, un certain degré de partage du risque financier lié à la maladie.

Cette fragmentation implique aussi une forte duplication des fonctions administratives, un besoin de coordination, avec comme conséquence des coûts de transaction et des frais administratifs y afférents élevés. Ce qui génère ainsi de l'inefficience dans l'utilisation des ressources, favorise l'iniquité de financement et dans l'accès aux soins de santé. En effet, à causes des paiements directs et des

cotisations aux mutuelles selon un montant fixe, les contributions des ménages ne se font pas selon leur capacité à payer.

- Iniquité du financement de la santé et dans l'accès aux soins

Faiblesses du Fonds Sanitaire des Indigents (FSI)

Bien que le taux de pauvreté au Bénin soit élevé – 31% de la population vivant avec moins de 1\$USD par jour (EMICOV/EDS données pour l'année 2006, FMI 2008), soit environ 2.5 million de personnes – le nombre de bénéficiaires du FSI est faible (quelques milliers en 2009). Selon des interlocuteurs, les bénéficiaires de ce dispositif ne sont pas seulement les plus pauvres, l'interprétation de « l'indigence » étant évidemment élargie. D'où l'un des problèmes principaux du secteur porte sur "l'identification active" des indigents par les agents sanitaires qui, dans la situation actuelle, opèrent, sans critères et sans l'implication des autorités locales. Dans ces conditions, le problème de l'accès aux soins par les indigents demeure entier et des personnes moins pauvres bénéficient certainement du FSI. Ceci signifie que des ressources publiques, déjà rares, sont dépensées partiellement pour ceux qui sont capables de payer le tout ou partie, témoignant ainsi d'une utilisation sub-optimale de ces ressources du point de vue de l'efficacité et de l'équité.

La Banque Mondiale s'est engagée à apporter un appui sur la question de l'identification des indigents à travers le Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) signé le 25 Mai 2010.

Préoccupations liées à la gratuité de la Césarienne

Toutes les femmes dont le diagnostic recommande une Césarienne doivent y avoir accès. Cependant, les femmes des couches plus aisées sont capables de payer cette intervention entièrement ou en partie. Si cette intervention est offerte gratuitement à toutes les femmes, les riches et les pauvres, cela implique que les ressources publiques y afférentes ne ciblent pas spécifiquement les pauvres et que ces dépenses ne se font pas de manière équitable. Partant de cela, la question de savoir à quelles couches sociales appartiennent les bénéficiaires actuelles de cette mesure de Gratuité de la Césarienne se pose au Bénin. La réponse permettrait de statuer sur la distribution équitable des ressources.

Préoccupations avec le dispositif des évacuations sanitaires

Le dispositif des évacuations sanitaires est maintenant accessible non seulement pour les agents de l'Etat, mais aussi pour des personnes qui ne sont pas employées par le gouvernement. Cependant, selon des personnes-ressources malgré des procédures formelles réglant la prise en charge financière des cas nécessitant ce service, elles ne semblent pas toujours suivies dans la pratique. Or, le financement d'une évacuation devrait tenir compte des questions de rationalisation des ressources disponibles qui, d'une certaine manière, constituent également des questions éthiques. De ce point de vue, les critères d'allocation des ressources sont importants. Tandis que les dépenses sont élevées pour l'évacuation d'une personne dont les chances de survie sont souvent faibles, ces dépenses pourraient aussi financer le traitement d'un nombre plus important de malades traitables ou la prévention des maladies comme le paludisme dont beaucoup de Béninois meurent encore pour des questions de barrières financières. Il est ainsi clair que du point de vue de DALYs à gagner additionnellement, les dépenses pour les évacuations sont moins coûteuses- efficaces.

Il faut aussi s'interroger sur la catégorie sociale à laquelle les bénéficiaires des évacuations appartiennent. Selon des interlocuteurs, ce serait plutôt les plus privilégiés qui en profitent. Si les plus démunis y ont moins d'accès, ceci pourrait être aussi dû à leur ignorance de l'existence d'un tel dispositif. En conséquence, le financement public pour les évacuations se dirigerait vers les couches sociales favorisées et consoliderait ainsi l'iniquité dans les dépenses sanitaires.

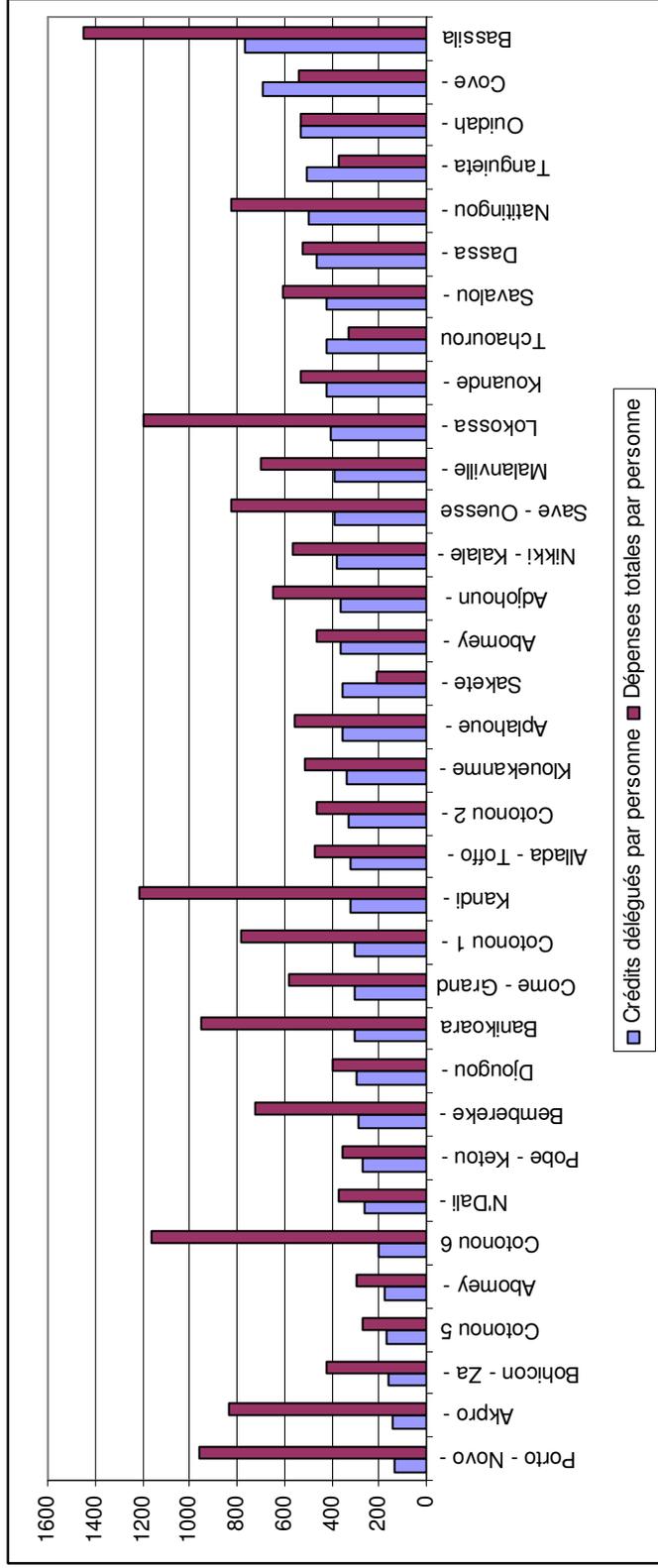
- Préoccupations par rapport à l'achat des services et à l'efficience

Les effets de différents modes de paiements des prestataires de soins de santé (rémunération) ont fait l'objet de plusieurs études (Jegers *et al.* 2002, Langenbrunner *et al.* 2005, Park *et al.* 2007, OMS 2000). Il est connu que le paiement par acte, mécanisme de rémunération en vigueur au Bénin, crée une incitation à la multiplication des actes. Un prestataire gagne plus en fournissant plus de services et plus de médicaments, qu'il y ait nécessité ou pas car ceci génère plus de revenus. En conséquence, le paiement par acte est en pratique souvent moins efficient que d'autres modes de paiements (ex : paiement par groupes diagnostiques ("diagnostic related groups", "DRG"), paiement par cas, par capitation). Ce mode de rémunération des prestataires n'est pas le mieux adapté pour les systèmes d'assurance surtout si aucun système de contrôle n'est mis en place en leur sein.

Faiblesses dans l'allocation des ressources publiques

Jusqu'ici, les crédits délégués sont basés sur des lignes budgétaires. Leur montant est déterminé en partie de manière "historique" (c.à.d. selon le montant de l'année précédente), mais il fait aussi l'objet de négociations entre les zones sanitaires et le niveau central. Des critères d'allocations, comme la taille de la population d'une zone, le profil épidémiologique, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures etc., ne sont pas appliqués, et donc les crédits délégués ne sont pas toujours liés directement aux besoins des populations d'une zone. La Figure 2 ci-dessous présente les allocations par zone sanitaires et révèlent de grandes différences et iniquités surtout au niveau des dépenses totales par personne entre les zones sanitaires.

Fig. 2: Allocations des crédits délégués et dépenses totales par zone sanitaire et per capita (en FCFA) pour l'année 2008



Source: RdB (2009)

- Les forces et faiblesses des mutuelles de santé

Les services administratifs et techniques des mutuelles de santé bénéficient d'un appui technique et financier important à l'heure actuelle. Cet appui est lié au constat de faibles capacités des responsables des mutuelles auquel s'ajoutent les limites en rapport avec le bénévolat qui est un principe privilégié en leur sein.

Si les mutualistes eux-mêmes ont reconnu, par exemple lors du forum de juillet 2010, que la gestion de la fonction d'achat reste une activité complexe, dans quelques cas, les mutuelles ont contractualisé un cabinet privé pour la vérification des factures et le paiement des prestataires. Cependant, un des défis importants auquel elles font face porte sur la réactivité de l'offre de soins en termes de disponibilité et de qualité qui sont déplorés par les responsables des mutuelles de santé et les bénéficiaires.

Quand on sait l'importance capitale de ces paramètres pour les mutuelles de santé et la dépendance de ces dernières par rapport à l'appui, on comprend aisément que des efforts sont à fournir pour garantir la viabilité technique et financière de ces organisations.

2.4. Réflexions sur le processus actuel de développement du RAMU

Avec les réflexions sur le RAMU, le gouvernement vise à atteindre une couverture universelle pour toute la population afin de réduire les paiements directs effectués par les ménages. La couverture universelle implique conceptuellement un prépaiement (au lieu des paiements directs par les ménages), et une mise en commun des ressources collectées pour partager le risque de maladie et le risque financier lié. Cette couverture suppose d'une part l'équité du financement de la santé, c'est-à-dire la contribution selon la capacité de payer, et d'autre part l'équité dans l'accès aux soins. Ces principes sont bien retenus dans le document intitulé *"Vers l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin le RAMU en dix questions"*, rédigé par le Secrétariat du RAMU (MSP 2010).

Des travaux préparatoires pour la mise en place de ce régime ont été engagés par des groupes thématiques et le Secrétariat Permanent du RAMU, coordonnés par le Comité Technique Interministériel. L'une des principales actions a concerné le processus de définition d'un schéma qui guidera la mise en œuvre du RAMU. Ce processus présente une certaine complexité en l'absence d'une stratégie claire du financement de santé dans le pays et de la présence de plusieurs intervenants dans le domaine.

Un premier schéma de RAMU avait été proposé en juillet 2009. Il intégrait l'ensemble des couches sociales du pays avec dès le lancement, la prise en compte de tous les travailleurs du secteur structuré de l'économie (agents de l'Etat, travailleur du privé formel, etc.) et une extension progressive vers les autres couches sociales au fur et à mesure des avancées des réformes (voir Annexe 2). Mais ce schéma a rencontré la résistance des acteurs (surtout ceux liés aux mutuelles de santé) qui ont senti leurs intérêts menacés, leur rôle dans la configuration du RAMU n'étant pas clarifié surtout en ce qui concerne la fonction de l'achat.

A l'issue de plusieurs concertations entre les membres du Comité Technique Interministériel et des acteurs clés (gestionnaires de mutuelles de santé, Fond Sanitaire des Indigents, Agence Nationale de la Gratuité des Césariennes, partenaires techniques et financiers), ce schéma a fait l'objet d'amendements et une 2ème architecture est disponible depuis le samedi 17 juillet 2010 (voir Annexe 3).

La mission a eu à analyser cette nouvelle mouture et a émis des observations dont la principale concerne la fragmentation que le nouveau schéma de RAMU ne réduit pas, contrairement au 1^{er} schéma, et les faibles liens envisagés entre les différents dispositifs et dont la mise en œuvre paraît complexe.

Par rapport au processus en cours, des contraintes ont été relevées par la mission. Elles sont en relation avec (i) la faiblesse des moyens du Secrétariat Permanent actuel qui a la charge de conduire le processus de mise en place du RAMU; (ii) la résistance de certains acteurs qui retarde la définition d'un schéma consensuel du RAMU qui respect les principes de solidarité, d'équité et d'efficacité et validé par les autorités; et (iii) le manque de coordination/ harmonisation des appuis des partenaires sur le terrain.

Face à ces questions, le Ministère de la santé envisageait l'organisation d'une table ronde des partenaires sur le RAMU en septembre 2010.

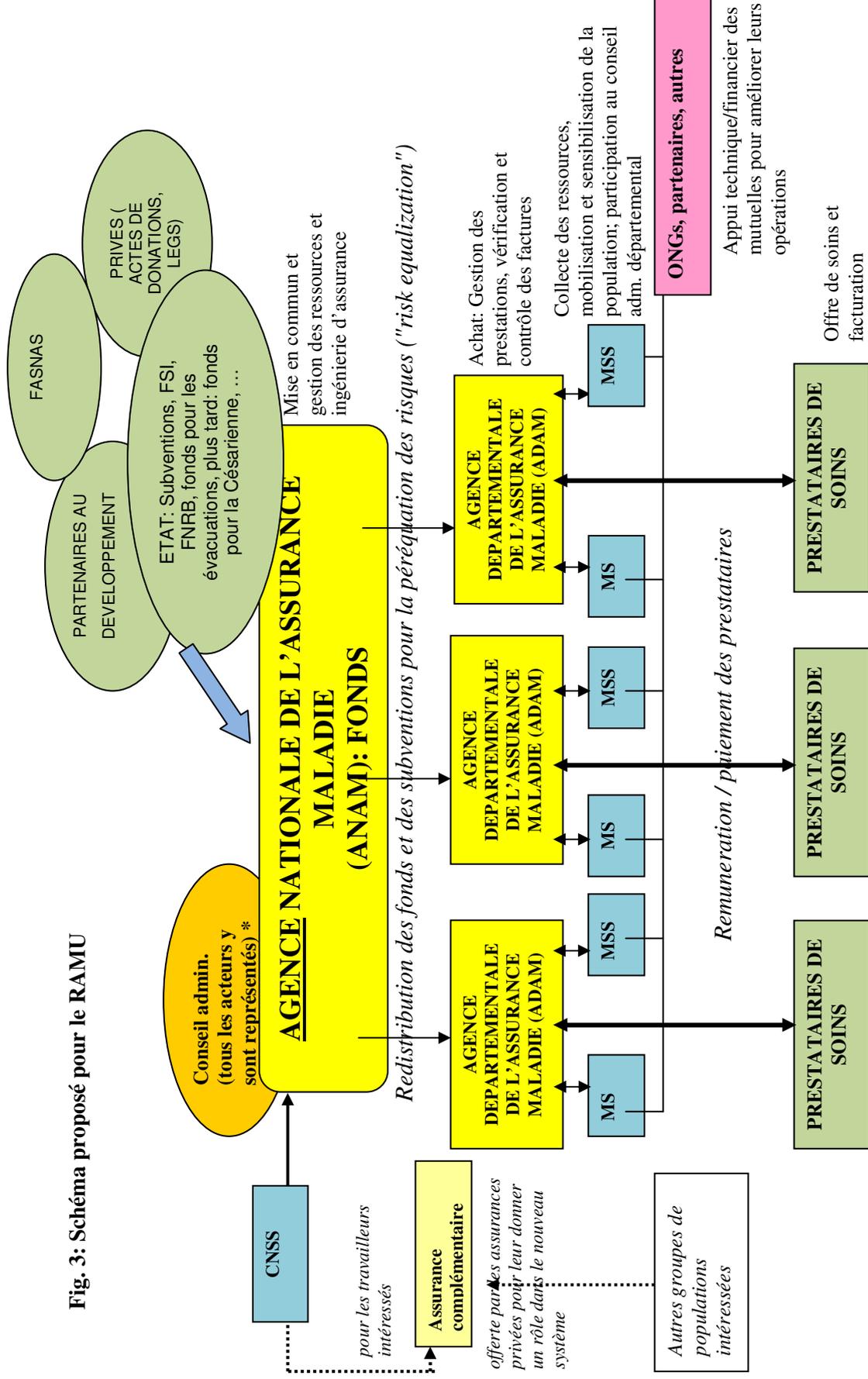
3. Options stratégiques proposées pour le RAMU

Si les réflexions sur l'assurance maladie universelle sont assez avancées au Bénin, la question-clé qui demeure actuellement porte sur le schéma du RAMU. Il est acquis que le point de départ sera de construire sur l'existant, comme il y a déjà d'importants acteurs dans le financement de la santé qui souhaitent et peuvent jouer un rôle. Cependant, la conception et réalisation du RAMU impliquera des réformes / modifications au sein des mécanismes existants, le statu-quo ne pouvant pas être maintenu.

Partant des considérations évoquées plus hauts, la présente section propose quelques principes qui pourraient guider la conception de la structure de ce régime et en discute les avantages et inconvénients respectifs. Un principe important est de réduire le nombre de fonds/initiative/dispositifs de financement et de créer des liens entre eux.

Le schéma suivant (Figure 3) sert de référence en mettant l'accent sur les points-clés. Il représente une sorte de compromis et une fusion entre la première structure proposée pour le RAMU (juillet 2009) et la plus récente (juillet 2010).

Fig. 3: Schéma proposé pour le RAMU



* Ex : Etat (diverses ministères), associations des employeurs, associations des employés (syndicats, associations professionnelles), mutuelles (sanitaires/communautaires, protection sociale), société civile.

L'idée d'une assurance maladie universelle (RAMU) dans un pays avec la taille et la population du Bénin peut se réaliser avec efficacité dans un système qui comporte un seul fonds national qui organise la mise en commun des ressources collectées et qui assure l'achat des prestations, directement ou en procédant à une délégation de tâches à d'autres organes.

C'est pourquoi le schéma présenté ci-dessus (Fig.3) propose une Agence nationale pour le RAMU appelée ANAM, comme l'avait suggéré le CIT dans la première architecture du RAMU. Cette agence gèrerait les fonds et le RAMU ne serait pas une structure de coordination seulement, mais plutôt un dispositif assurantiel qui réaliserait les trois fonctions principales de financement, qui sont la collecte des ressources, la mise en commun et l'achat des services, ceci en lieu et place d'une autre logique et structure qui séparerait inutilement les fonctions et génèrerait encore une fois des coûts administratifs. Dans ce même schéma, pour respecter le principe de subsidiarité et dans l'esprit de la décentralisation, il est aussi proposé de créer des structures décentralisées de l'ANAM qui correspondraient aux Agences départementales de l'assurance maladie (ADAM).

L'alternative à l'option ci-dessus indiquée serait un système, avec plusieurs fonds, qui nécessiterait un mécanisme de péréquation des risques qui implique tout d'abord des coûts administratifs très élevés, sans qu'il y ait l'avantage d'une compétition entre les différents dispositifs. L'établissement de critères et le fonctionnement d'un mécanisme aussi complexe constituent un défi technique avec tous les risques qu'il présente des lacunes, et que les fonctions de péréquation des risques et de redistribution pour garantir un financement et un accès équitables ne soient pas réalisées de manière optimale.

Outres ces 2 options, il convient de s'appesantir sur les trois fonctions-clés d'une assurance maladie qui sont la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l'achat des services. Des questions majeures se posent dans le cadre du RAMU et notamment le rôle que pourraient jouer certains acteurs clé du système partant de l'expérience accumulée.

3.1. Collecte des revenus

La performance d'un système de financement de la santé dans la collecte des fonds se mesure par sa capacité à générer des recettes suffisantes de manière équitable et efficace. Il apparaît ainsi important d'explorer les possibilités pour organiser le financement du RAMU au Bénin sachant qu'il est envisagé qu'il couvre d'une part le secteur formel et le secteur informel à travers des cotisations et d'autre part les catégories de populations ne disposant pas suffisamment de revenus pour contribuer directement.

- Contributions du secteur formel

Il s'agit au niveau de ce secteur de tirer profit des institutions existantes qui ont l'habitude de traiter avec les employeurs et les salariés du secteur organisé et qui ont une relation déjà régulée (ou en cours) par les pouvoirs publics. A ce titre, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), qui dispose d'une expérience avérée dans la collecte des cotisations au niveau des salariés du secteur privé et parapublic pourrait organiser la collecte des cotisations au sein de ce segment de la population. Pour les agents étatiques, les autorités pourraient verser directement leurs cotisations au RAMU.

Aspects à clarifier:

- Quel est le taux de cotisation (pourcentage du salaire) abordable pour les travailleurs et Agents de l'Etat et suffisant pour financer le paquet de soins?
- Quels éléments du salaire (salaire de base, émoluments, ...) prendre en compte dans le calcul des cotisations sachant que pour réaliser une vraie équité de financement tous les éléments du salaire devraient être inclus?
- Quelle sera le niveau de contribution des employeurs du secteur formel et de l'Etat comme employeur?

- Contributions du secteur informel

Dans le secteur informel, on distingue deux types de dispositifs dont le RAMU pourrait se servir comme relai. Il s'agit des mutuelles de santé communautaires au niveau des populations urbaines et rurales et les mutuelles de sécurité sociale organisées à l'endroit des travailleurs de l'économie informelle (ex : les artisans) au niveau des départements du pays et principalement des centres urbains. Ces mutuelles qui disposent d'une grande expérience dans la sensibilisation, la mobilisation et la collecte des cotisations pourraient continuer à assumer ces fonctions. Cependant, pour garantir une collecte efficiente, il semble nécessaire d'établir des critères et des règles pour que ces organisations réalisent leur mission de manière optimale. Par exemple, il est souhaitable que les mutuelles impliquées dans la collecte des cotisations soient de grande taille pour réaliser des économies d'échelle, ce qui impliquerait une fusion des mutuelles communautaires au niveau départemental.

Les ressources collectées par ces organisations pourraient être reversées, conservées et gérées au niveau des Agences Départementales de l'Assurance Maladie (ADAMs).

En considérant les capacités techniques et financières des mutuelles de santé existantes dans le pays, il est clair qu'elles continueront à avoir besoin de l'appui dont elles bénéficient actuellement de la part des ONGs, de partenaires bilatéraux et d'autres acteurs du secteur privés. Il est souhaitable que cet appui technique soit maintenu mais qu'il soit réorganisé et mieux coordonné dans le cadre d'un nouveau partenariat avec les ADAMs et dans le contexte du RAMU.

La complexité du secteur informel, nous amène toutefois à nous interroger sur les points ci-dessous indiqués.

Aspects à clarifier:

- Quels critères les mutuelles devront-elles remplir et quelles règles de fonctionnement mettre en place pour qu'elles organisent au mieux la collecte des cotisations ?
- Comment s'assurer d'une bonne collaboration de ces mutuelles avec l'ensemble du RAMU à travers les ADAM ?
- Quelle sera la commission que l'ANAM va offrir aux mutuelles pour réaliser les fonctions de sensibilisation, mobilisation et collecte de cotisations ?
- Quel sera le niveau de cotisation des acteurs du secteur informel ? Quelle sera la périodicité de la collecte de ces contributions ? Comment différencier les cotisations pour réaliser une équité dans le financement de santé parmi le secteur informel ?

- Autres sources de financement

Parmi les sources de financement du RAMU identifiées par les groupes thématiques au Bénin, on distingue les cotisations des employés et des employeurs, les fonds publics parmi lesquels une ligne budgétaire qui sera inscrite annuellement au budget général de l'Etat, des taxes sur les produits nocifs à la santé, d'autres financements innovants et l'apport des partenaires, des dons, legs, etc. Ces résultats des réflexions auxquels les groupes thématiques ont abouti sont tout à fait acceptables mais il est recommandé de mettre l'accent surtout sur les mécanismes de financement innovants pour subventionner le gap financier et la prise en charge des populations pauvres (cf. HLTF 2008).

3.2. Mise en commun des ressources

L'idée d'une ANAM implique que celle-ci réalise la mise en commun des fonds, pour créer les conditions d'une équité du financement et de l'accès aux soins pour toute la population. Chaque ménage/famille contribuerait au RAMU selon sa capacité à payer, et chaque personne bénéficierait des soins de santé selon ses besoins.

Pour plus d'efficacité et d'équité, il est préconisé qu'une mise en commun soit faite au niveau du RAMU en ce qui concerne les ressources financières des dispositifs suivants : FSI, FNRB, PCAE, Fonds pour les évacuations. Plus tard, les fonds alloués à la Gratuité de la Césarienne pourraient aussi être canalisés et gérés par le RAMU. Ce changement réduirait les frais administratifs de l'Agence qui organise la Gratuité de la Césarienne aujourd'hui. La Césarienne ferait alors partie du panier de soins offerts. Il faut noter que toutes les femmes auraient accès à une Césarienne, ceci serait valable aussi bien pour les assurées que pour les non assurées au démarrage du RAMU, et ainsi que pour celles qui disposent d'une faible capacité de payer.

La mise en commun et l'objectif d'équité dans l'accès se réalisent aussi à travers la répartition des ressources (mises en commun au niveau de l'ANAM) entre les ADAMs. C'est-à-dire que celles-ci recevront des ressources du RAMU auxquelles s'ajouteront celles collectées par les mutuelles de santé dans leur espace de couverture. Cette répartition devrait suivre des critères transparents et rationnels. Un critère principal pourrait être le nombre de personnes assurées et affiliées à une ANAM, d'autres pourraient porter sur : le profil des risques de santé de cette population (indiqué par la structure démographique, le genre), le profil de pauvreté, la charge de morbidité, les autres besoins en matière de santé, et le besoin d'un renouvellement des formations sanitaires.

Aspect à clarifier:

- Comment inciter les gérants des ADAMs à s'engager dans la maîtrise des coûts ("cost-containment"), c'est-à-dire à réaliser un contrôle des coûts et la vérification effective et efficace des factures ?

3.3. Achat des services

Le principe d'efficacité et d'économies d'échelle est aussi pertinent pour la fonction d'achat. Les responsables des mutuelles de santé au Bénin reconnaissent que ces organisations présentent des insuffisances en terme de capacités pour la gestion des ressources et notamment au niveau de l'achat et la gestion des prestations, le contrôle et la vérification des factures. Quelques-unes ont, pour cette raison, contractualisé des cabinets privés pour l'exécution de ces tâches. Les ONGs et les PTF fournissent un appui technique important dans ce domaine.

C'est à ce niveau que les ADAMs devraient jouer un rôle clé et leur position représenterait un compromis par rapport au principe de la subsidiarité : d'un côté, les ADAMs permettraient de réaliser des économies d'échelle ; de l'autre côté, elles seraient à proximité des prestataires et seraient en contact avec les formations publiques/confessionnelles et quelques autres formations privées agrégées.

Pour bien bénéficier d'une expertise (p.ex., de quelques mutualistes) dans le domaine de l'achat (y inclut la gestion des prestations, le contrôle et la vérification des factures), et pour suivre le principe de « construire sur l'existant », comme proposé plus haut, il faudrait réfléchir sur comment impliquer des personnes ressources et professionnelles. Comme la création des ADAMs supposerait le recrutement du personnel, ceci pourrait constituer une porte d'entrée pour ces porteurs de compétences et pour des arrangements de partenariats publics/privés/ONG. Des fonctions des ADAMs pourraient être contractualisées avec le secteur privé, les ONG ou autres, dans quelques départements.

On reconnaît en outre, que la mise en œuvre de la fonction d'achat de manière optimale nécessitera un appui technique au cours des années initiales pour renforcer les compétences et les systèmes/procédures nécessaires. Il est à espérer que les ONGs et partenaires qui aujourd'hui appuient les mutuelles, seront disponibles et prêts à soutenir les ADAMs ou les structures contractualisées.

Quant au mécanisme de paiement, c'est le paiement par acte qui est en vigueur au Bénin. La littérature spécialisée nous renseigne sur ses inconvénients. (Voir chapitre 2).

Aspects à clarifier:

- Comment définir un panier de soins qui soit abordable pour la population?

- Quel mode de paiement instaurer? Comment passer du paiement à l'acte à un mode plus efficient (p.ex. paiement par cas) ? Quelle tarification des soins établir? Ceci implique le calcul des coûts moyens des prestations pour définir :
 - o la part qui sera couverte par les crédits délégués
 - o la part à couvrir par l'assurance maladie
 - o le ticket modérateur

Le niveau de ce ticket devrait permettre de réduire le risque moral chez les assurés (consommation rationnelle des soins de santé) tout en évitant de créer des barrières financières à l'accès.

S'il est question de prendre en charge les contributions au RAMU des plus pauvres à travers des subventions totales or partielles avec un système d'identification active, on pourrait aussi réfléchir sur des forfaits spéciaux pour ce groupe en mettant en place un mécanisme pour limiter une situation de sur-utilisation. D'autres catégories de populations à revenus faibles qui devraient payer une contribution au RAMU pourraient aussi bénéficier de tels forfaits réduits.

La mise en œuvre du RAMU va certainement entraîner une augmentation de la demande de soins avec des exigences de qualité. Il est important alors que l'offre de soins soit en mesure d'y répondre efficacement. Au cours du processus, une réflexion devrait être engagée sur la disponibilité des services et sur leur qualité. Ceci suppose également que les critères d'allocation des ressources soient redéfinis afin que celles-ci soient affectées selon les besoins et de manière plus équitable pour s'assurer notamment que les zones sanitaires reçoivent les ressources nécessaires pour réaliser les améliorations attendues par la population et pour qu'elles puissent répondre aux besoins des différents groupes de population (Exemple de critères : la population ciblée, le taux de pauvreté, la charge de morbidité, les infrastructures et équipements existants, le nombre et la qualité du personnel, etc.).

3.4. Gouvernance

Le gouvernement souhaiterait que le statut juridique de l'ANAM soit public. Cependant, beaucoup d'acteurs non-étatiques sont méfiants par rapport à ce type de structure. Le compromis pourrait être un statut public à caractère social, et comme dans beaucoup d'autres pays avec un système d'assurance maladie à couverture aussi large, le conseil d'administration qui est l'organe de supervision pourrait être composé par un vaste spectre de différents acteurs impliqués dans le financement de la santé. Les acteurs suivants pourraient y être représentés (liste non-complète) :

- les Ministères (par exemple Santé, Travail et Fonction Publique, Finances, Famille)
- des associations d'employeurs
- des associations d'employés (syndicats, associations professionnelles)
- des représentants des structures faïtières de mutuelles (sanitaires/communautaires, protection sociale)
- des représentants des prestataires de soins
- des représentants de la société civile

Pour favoriser l'acceptation par les différents acteurs impliqués dans le financement de la santé, un processus de réflexion pourrait être initié pour voir si les ADAMs pourraient aussi bénéficier d'un comité consultatif, qui rassemble différents représentants des acteurs décentralisés au niveau local et jouant un rôle dans le financement de la santé

Aspects à clarifier:

- Développement d'une loi sur le RAMU
- Clarification et précision du statut légal de l'ANAM et des ADAMs

La publication "Assurance maladie: un guide pour le planning" (Normand et al. 2009) aborde encore de nombreuses questions plus détaillées pour faciliter la réflexion sur le design et la mise en place d'une assurance maladie universelle.

4. Conclusions & Recommandations

4.1. Recommandations globales pour le système du financement de la santé

- Développer une stratégie cohérente du financement de la santé qui spécifie les orientations et comment les différents mécanismes vont s'articuler
- Développer un plan d'action pour la mise en place du RAMU
- Mettre en place un cadre de concertation des PTFs et créer un sous-groupe parmi les partenaires pour l'harmonisation de leurs interventions
- Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée des partenaires pour supporter la mise en place du RAMU
- Renforcer le Secrétariat du RAMU
- Elaborer une loi dès qu'un schéma consensuel du RAMU sera validé par les pouvoirs publics.

4.2. Autres recommandations

- Définir des critères d'allocations de ressources pour les crédits délégués parmi les Zones Sanitaires. Exemple : la population couverte, le taux de pauvreté, la charge de morbidité, etc.
- Mener une réflexion sur l'amélioration de la qualité des soins et notamment dans le cadre du processus du RAMU

Références et listes des documents revus

- Pas d'auteur (2009): Rapport final. Atelier technique sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin (FSNB), Cotonou.
- Antunes A, Saksena P, Elovaino R, Mathauer I, Kirigia J, Musango L, et al. (2009): Health financing system review of Rwanda. Options for universal coverage. Geneva: World Health Organization, Ministry of Health Rwanda.
- Carrin G, James C (2005): *SimIns. SimIns health insurance simulation model*. WHO/GTZ and SsynX Software Solutions, Version 2.1 of May 2008.
http://www.who.int/health_financing/tools/simins.
- Fonds Monétaire International (FMI) (2008): Benin Poverty Reduction Strategy Paper—Annual Progress Report. IMF Country Report No. 08/233, FMI: Washington DC.
- High Level Task Force (HLTF) (2008): More money for health and more health for the money. Geneva: High Level Task Force on Innovative International Financing for Health Systems.
- Kirigia JM, Preker A, Carrin G, Mwikisa C, Diarra-Nama AJ (2006): An overview of health financing patterns and the way forward in the WHO African Region, in *The East African Medical Journal*, Vol. 83 (8), September 2006 (Supplement).
- International Labour Organization (ILO) (2008): Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. Social Security Policy Briefings, Paper 1. ILO: Geneva.
- Jegers MK, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3): 255–273.
- Langenbrunner J, Orosz E, Kutzin J, Wiley M (2005): *Purchasing and paying providers*, in Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds): Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press: Berkshire.
- Mathauer I, Carrin G (2010): The role of institutional design and organizational practice for health financing performance and universal coverage, in *Health Policy* (forthcoming); also WHO/HSF Discussion Paper Series 05/10, Geneva: WHO,
http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_10_05-instit_uc.pdf
- Mathauer I, Xu K, Carrin G, Evans D (2009): An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/health_financing/documents/cov-hsfr_e_09-korea/en/index.htm
- Mathauer I, Cavagnero E, Vivas G, Carrin G (2010): Health financing challenges and institutional options to move towards universal coverage in Nicaragua. Background paper for the World Health Report 2010. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_e_10_02-insop_nic/en/index.html
- Mathauer I, Doetinchem O, Kirigia J, Carrin G (forthcoming): Reaching universal coverage via Social Health Insurance in Lesotho? Results from a financial feasibility assessment and implications. *International Social Security Review*, Vol. 2 (2011).
- Mathauer I, Musango L, Sibandze S, Mthethwa K, Carrin G (forthcoming): Is universal coverage via social health insurance financially feasible in Swaziland? *South African Medical Journal* (2011).
- Ministère de la Santé Publique (2003): Document de politique et stratégies de développement des mutuelles de santé au Bénin. Cotonou: Ministère de la Santé Publique/Direction Nationale de la Protection Sanitaire.
- Ministère de la Santé Publique (2006): Comptes Nationaux de la Santé. Exercice 2003. Cotonou: Ministère de la Santé Publique /Direction de la Programmation et de la Prospective, April 2006.
- Ministère de la Santé Publique (2009): Annuaire des statistiques sanitaires (ASS) 2008. Cotonou: Ministère de la Santé Publique /Direction de la Programmation et de la Prospective

- Ministère de la Santé Publique (2010): Vers l'institution d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle au Bénin (le RAMU en dix questions), Cotonou: Ministère de la Santé Publique/Sécretariat du RAMU.
- Ministère du Travail et de la Fonction Publique: Statuts de la mutuelle de sécurité sociale du Bénin.
- Normand C, Weber A with Carrin G, Doetinchem O, Mathauer I, Scheil-Adlung X, Schmidt JO (2009): *Social health insurance: a guidebook for planning*. 2nd edition. ADB/GTZ/ILO/WHO. VAS: Bad Homburg.
- Park M, Braun T, Carrin G, Evans D. (2007): *Provider payment and cost containment - Lessons from OECD countries*. WHO Technical Brief for Policy Makers, No. 2, WHO: Geneva.
- Présidence de la République (1998): Loi No. 98-019 portant code de sécurité sociale en République du Bénin.
- Scen Afrik (2009): Etat des lieux. Etude de faisabilité pour la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2010): Base de données sur les comptes nationaux de santé. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2009): Country Coordination Strategy. Cotonou: OMS.
- USAID (2008): Plan stratégique de développement des mutuelles de santé 2009-2013. Cotonou: USAID.
- World Health Organization (WHO) (2000): *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*. WHO: Geneva.
- World Bank (2010): Project Information Document. Concept Stage. Benin Health Sector, Report No.: AB4826, Washington D.C.: World Bank

Annexes

Annexe 1: Liste des autorités et responsables rencontrés

- Audience avec Dr. Issifou TAKPARA, Ministre de la santé du Bénin en présence du Dr. Dorothee YEVIDE, Directrice de Cabinet
- Séance de travail avec Mr. Hughes TCHIBOZO, Point Focal Assurance maladie Universelle du Bénin, Ministère de la santé
- Dr. Marcellin AYI, Chef de service de la Santé Communautaire/MSP et responsable des questions relatives aux Mutuelles de santé au Ministère de la santé
- Mr. Cosme KAGNIDE, Responsable des Mutuelles de Sécurité Sociale/Ministère du Travail et de la Fonction Publique
- Mr. Aristide ATIMENOU, Chef de Service Exécution du Budget du Fonds National des Retraités (secteur public) du Bénin / Ministère des Finances,
- Mr. Fagbohoun CADMIEL, Chef de la Division Budget, Service Comptabilité / Direction des Ressources Financières et Matérielles, Ministère des Finances,
- Mr. Sami OUROU YERIMA, Directeur de la Solidarité Nationale et de la Protection Sociale du Ministère de la Famille et de l'Action Sociale,
- Pr. Pascal DOSSOU TOGBE, Directeur Général de l'Agence Nationale de la Gratuité de la Césarienne,
- Mr. Ghislain GUIDI, Directeur des Prestation à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale,
- Mme Mercy ATHIOU TOHI, Coordonnatrice Nationale BIT/STEP Bénin ;

Annexe 2: Schéma du RAMU - Première version

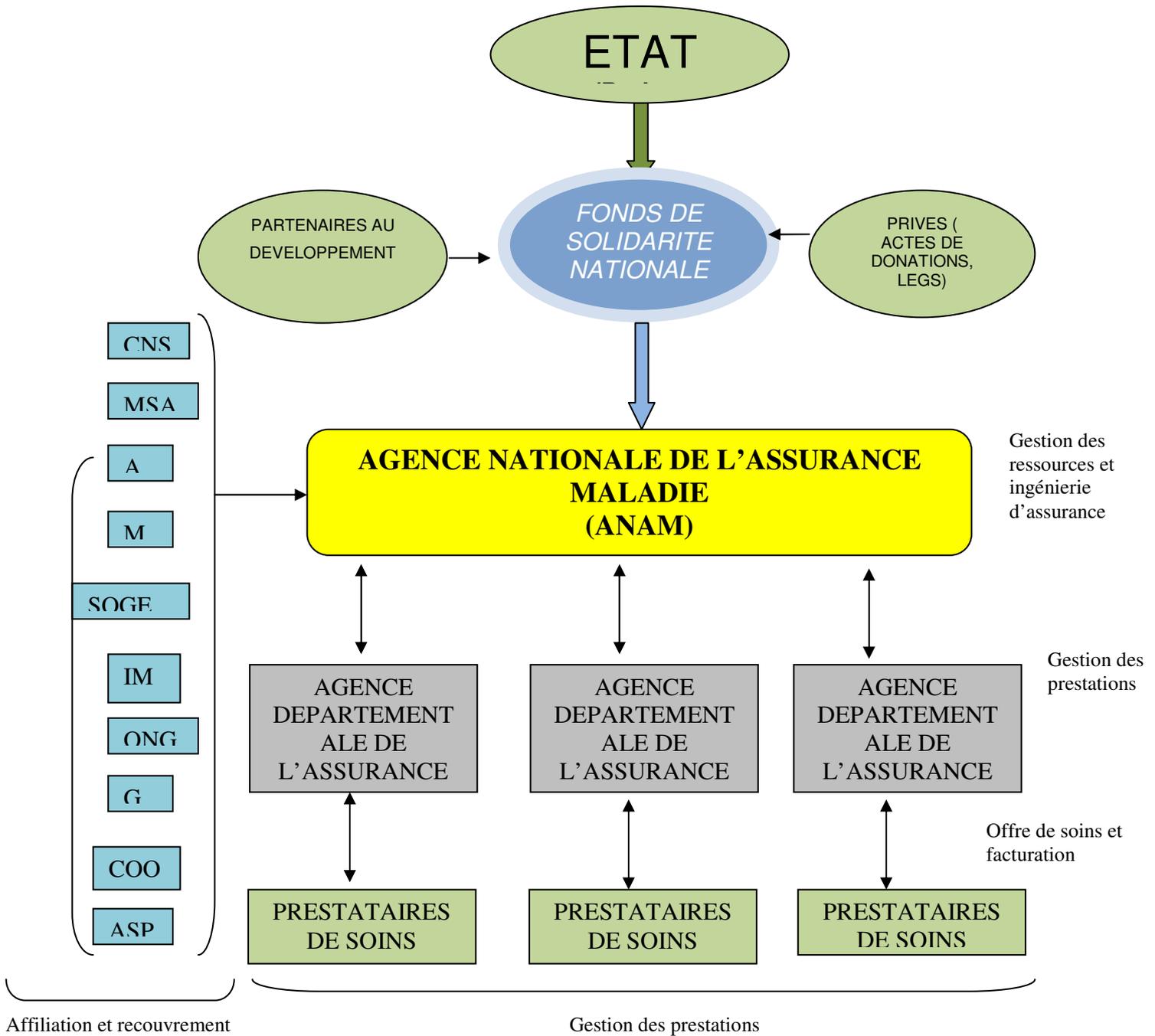
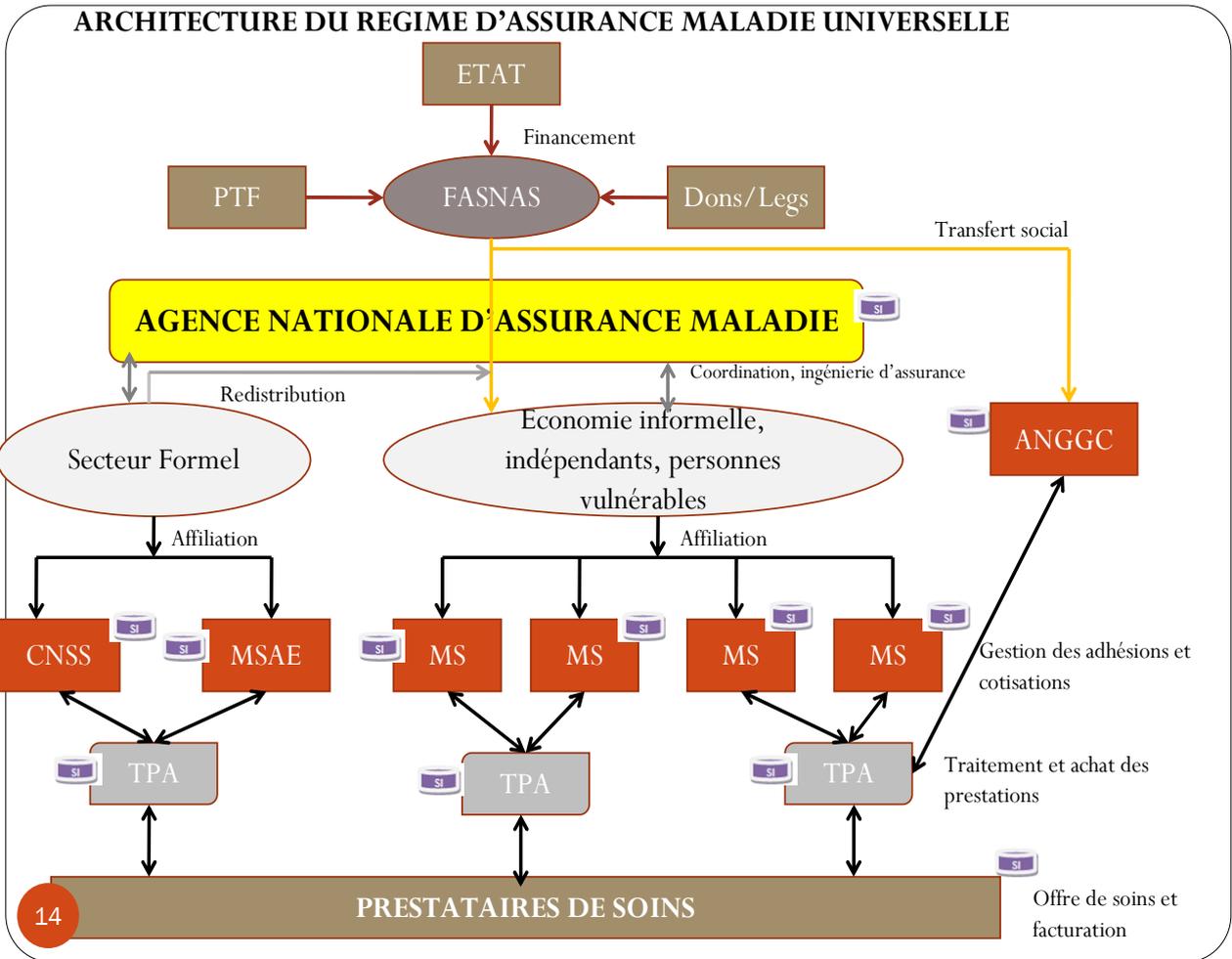


Schéma préliminaire du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

Légende : CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etats ; AC : Associations communautaires ; MS : Mutuelles de Santé ; SOGEMA : Société de Gestion des Marchés ; IMF : Institutions de Micro Finances ; ONG : Organisations Non Gouvernementales ; GA : Groupements Agricoles ; COOP : Coopératives ; ASP : Associations socio professionnelles.

Source: Rapport final. Atelier technique sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) et le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin (FSNB), Cotonou, Juillet 2009.

Annexe 3: Schéma du RAMU - Version du 17 juillet, 2010



Source: Secrétariat RAMU