



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA
PLANIFICATION FAMILIALE



Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyon Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

Janvier 2017

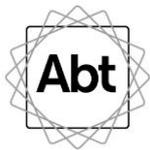
Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Soumettre à:

Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor
USAID West Africa Regional Health Bureau

Citation recommandée : Wright, Jenna, Karishmah Bhuwane, Ffyoona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)

LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

BÉNIN

AVERTISSEMENT

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.

TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
2. Bénin	11
2.1 Un aperçu bref de pays	11
2.2 Contexte.....	15
2.3 Le financement de la santé au Bénin.....	15
2.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale	17
2.5 Opportunités en matière de financement de la santé	18
2.6 Sources.....	20

Liste des figures

Figure 1 : Un aperçu bref de Bénin.....	13
---	----

ACRONYMES

AMC	Assurance maladie communautaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
APSAB	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
CAMS	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
CONSAMAS	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
CPS	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
CSU	Couverture sanitaire universelle
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
FCFA	Franc CFA (Burkina Faso)
GIZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
HFG	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
INAM	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
IPM	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
IPRES	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
IST	Infection sexuellement transmissible
MFPTSS	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
MS	Ministère de la Santé (Togo)

MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
MSPH	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PDS	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
PDSS	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
PF	Planification familiale
PMAS	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
PRODESS	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
PROMUSCAM	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
RAMED	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
SNFS pour la CSU	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
SR	Santé de la reproduction
ST-AMU	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
WARHO	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.

SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

Une fourniture de services de santé financée par l'État existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

L'assurance maladie sociale fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

L'assurance maladie communautaire (AMC) est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

L'assurance maladie privée est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

Les dépenses à la charge des ménages représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

2. BÉNIN

2.1 Un aperçu bref de pays





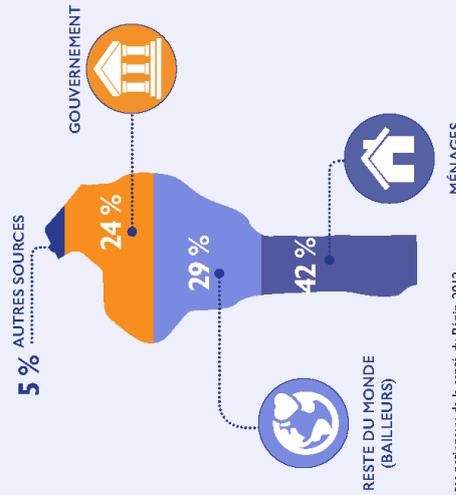
Benin

STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE



Les stratégies du Bénin pour améliorer la couverture des services de santé

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR SOURCE^a



^a Comptes nationaux de la santé du Bénin, 2012

PLANIFICATION FAMILIALE



INDICATEURS CLÉS

Indicateur	Valeur (Année)
Population	10 879 800 (2015) [*]
Dépenses générales de santé de l'État en pourcentage des dépenses totales de l'État	8 % (2012) ^{**}
Dépenses totales de santé actuelles par tête d'habitant	34 UD (2012) ^{**}
Régimes privés prépayés en pourcentage des dépenses totales de santé	0,05 % ^{**}
Besoins de planification familiale non satisfaits	32,6 % (2011-12) ^{***}
Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	7,9 % (2011-12) ^{***}
Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (stérilets, injections ou implants)	3,5 % (2011-12) ^{***}
Femmes non mariées sexuellement actives utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	24,4 % (2011-12) ^{***}

* Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/bn>, Accès : juillet 2016.

** Comptes nationaux de la santé du Bénin, 2012.

*** ICF International, 2012, The DHS Program STAT compiler, <http://www.statcompiler.com>, Accès : juin 2016.

La stratégie de Couverture Maladie Universelle (CMU) du Bénin est élaborée dans son Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS). Le PNDS utilise le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) comme instrument pour accroître l'accès aux services de santé et la protection financière contre les dépenses de santé par le biais d'un réseau de régimes d'assurance maladie communautairesⁱ ; la mise en œuvre du RAMU a commencé en juillet 2016. Au-delà du RAMU, les stratégies du gouvernement portent sur la mobilisation des ressources, y compris les envois de fonds de la diaspora, les services aux populations vulnérables et l'engagement du secteur privé. En 2013, le Bénin a établi une plateforme pour les partenariats public-privé dans le but d'améliorer la réglementation du secteur privé et la passation de contrats avec le secteur privé. À l'heure actuelle, 49 % des dépenses totales de santé sont des dépenses privées, principalement des frais à la charge des usagers payés par les ménages. Il existe cinq compagnies d'assurance maladie privées.ⁱⁱ

Le Bénin reconnaît le besoin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de planification familiale.ⁱⁱⁱ Dans l'ensemble du pays, les besoins de services de planification familiale non satisfaits ont augmenté de 27,3 % en 2006 à 32,6 % en 2011-12. Le gouvernement s'est engagé à identifier les besoins de planification familiale et à augmenter le taux de prévalence des contraceptifs de 20 % d'ici 2018.^{iv} À présent, les produits de planification familiale sont financés principalement par les bailleurs internationaux et mis à la disposition de la population par des centres de santé du secteur public.^v

Défis et opportunités

Le Bénin a trois barrières à surmonter dans ce domaine : la faiblesse des dépenses publiques de santé, les barrières financières à l'accès aux soins et le faible taux de pénétration de l'assurance maladie. Ceci étant dit, l'expansion du RAMU permettrait de réduire les frais à la charge des usagers et d'accroître l'accès aux soins, tout particulièrement dans les zones rurales. Les mutuelles privées et publiques existant actuellement pourraient effectuer un transfert de connaissances en matière d'augmentation de l'efficacité de gestion et de coordination avec les mutuelles du RAMU. Enfin, la mise en place de partenariats public-privé et la participation du secteur privé à des régimes de financement de la santé gérés par le secteur public, tel que décrit dans la Politique Nationale de Santé, pourra également aider le Bénin à créer un système national de santé intégré garantissant la santé pour tout le monde.

i Ministère de la Santé du Bénin, Septembre 2009, Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018.

ii Projet Health Finance and Governance, 2015, HFG at Work in Benin, <https://www.hfgproject.org/where-we-work/benin/>, Accès : 6 juillet 2016.

iii Ministère de la Santé du Bénin, Mai 2013, Etat des Lieux du Système de Financement de la Santé au Bénin, Cotonou, Bénin.

iv Ministère de la Santé du Bénin, 2013, Politique Nationale de Santé.

v ICF International, 2012, The DHS Program STAT compiler, <http://www.statcompiler.com>, Accès : juin 2016.

vi Ministère de la Santé du Bénin, 2013, Plan d'Action National Budgétaires pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 au Bénin.

vii Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Avril 2015, Benin: UNFPA Supports the Improvement of Family Planning Services, <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/benin-unfpa-supports-improvement-family-planning-services>, Accès : 30 juillet 2016.

Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Revenus du budget général de l'État (24 % des DTS)
- Subventions ou prêts de partenaires de développement (29 % des DTS)
- Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) mettra en commun les risques des travailleurs des secteurs formel et informel au niveau de chacune des 34 zones de santé
- Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé par le biais :
 - » De paiements à l'acte versés à de tels établissements en fonction des prestations fournies, du niveau des interventions de santé (primaires, secondaires, tertiaires) et des circonstances socio-économiques des personnes concernées
 - » De subventions pour les soins de santé dispensés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans
 - » De mesures financières incitatives basées sur les résultats obtenus pour les travailleurs de santé

LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Paiements à la charge des ménages (42 % des DTS)
- Cotisations volontaires prépayées des ménages (0,05 % des DTS)
- Les assureurs privés mettent les risques en commun au niveau du régime, mais seulement 5,4 % de la population est couverte
- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé au Bénin
- Les ménages paient les frais à la charge des usagers pour les services de planification familiale
- Pour réduire la fraude au maximum, l'Agence Nationale d'Assurance Maladie du Bénin (ANAM) supervise les prestataires de soins de santé participants et établit un barème de paiements à l'acte autorisés couverts par les régimes privés d'assurance maladie.

Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance sociale santé obligatoire	✓		
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓
	SECTEUR PRIVÉ		
	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓	✓	
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : www.hfgproject.org.



2.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Bénin et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Bénin et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Health Finance and Governance Project (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politique générale et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

2.3 Le financement de la santé au Bénin

Le Bénin utilise cinq mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme important est décrit plus en détail ci-dessous.

2.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le Gouvernement assure une protection financière contre les coûts des services de santé pour la plus grande partie de la population. Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018 (PNDS) du Bénin, tous les citoyens du Bénin ont le droit de recevoir des soins de santé dans les établissements financés directement par l'État.

Le financement des services de santé par le Gouvernement protège les participants contre l'exposition au coût complet des services de santé des établissements publics, ce qui en fait un mécanisme de financement de la santé important.

Le financement par le Gouvernement des services de santé fournis dans des établissements de santé publics ne couvre pas l'intégralité de la fourniture des soins ; les établissements de santé imposent des frais à la charge des usagers fixés par le Ministère de la Santé en fonction du type de service et du statut socio-économique de l'utilisateur. Il existe des programmes d'exonération de l'obligation de paiement pour les services qui traitent les maladies prioritaires dans les segments vulnérables de la population. Citons par exemple les soins gratuits contre le paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les achats du gouvernement se produisent par le biais de paiements au niveau des établissements, de subventions pour les services fournis aux segments vulnérables de la population et, de plus en plus, par des incitations en fonction des résultats pour les travailleurs de santé et les établissements de santé. Il existe plusieurs programmes de financement basés sur les résultats dans le pays – avec le soutien des partenaires au développement – qui consistent en paiements supplémentaires versés aux travailleurs de santé ayant eu des résultats favorables.

2.3.2 L'assurance maladie sociale

En 2012, le gouvernement du Bénin a publié un décret créant un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), un régime d'assurance maladie sociale obligatoire devant couvrir tous les citoyens. Le gouvernement a lancé la première des trois phases de la mise en œuvre du RAMU en juillet 2016 en couvrant l'hospitalisation, les médicaments et les prestations complémentaires pour le secteur formel (Center for Health Market Innovations 2016). Une fois qu'il aura été totalement mis en œuvre, le RAMU fonctionnera comme un programme regroupant divers mécanismes de protection financière contre les coûts des services de santé, y compris les mutuelles existantes. Le RAMU établira des groupes de risques sous forme de trente-quatre zones de santé à base géographique. De plus, le RAMU servira d'instrument pour le financement par le gouvernement de l'assistance médicale directe aux pauvres et aux personnes vulnérables ou dans le besoin (Ministère de la Santé de Bénin 2009). Le mécanisme pour ce financement n'était pas encore clair au moment de la publication de cette étude.

Le RAMU est financé par les recettes fiscales et les cotisations individuelles. Les cotisations sont fixées pour les ménages des travailleurs du secteur formel et pour les ménages non pauvres du secteur informel, avec des contributions annuelles fixées à 12 000 FCFA par adulte et à 1 000 FCFA par enfant (de moins de 18 ans). Les ménages pauvres et vulnérables n'auront pas à payer de cotisations car ils seront couverts par le Fonds sanitaire des indigents (Ministère de la Santé, n.d.). Selon le PNDS, ce fonds sera décentralisé au niveau de la municipalité afin de renforcer l'accès aux services de santé pour ce groupe. Au moment de la publication de l'étude du Projet HFG, la façon dont les cotisations au RAMU seraient prélevées n'était toujours pas claire. Le gouvernement envisage également de créer des impôts spécialement affectés à la santé, comme une taxe à la valeur ajoutée ou une taxe sur l'achat d'alcool et de tabac, pour financer le RAMU. Le RAMU recevra également des contributions des membres sous forme de ticket modérateur au point de service. Quand ils accèdent à des soins de santé dans un hôpital de niveau départemental ou équivalent, les patients paieront une coassurance de 10 % ; dans un hôpital universitaire de niveau central ou national, les patients paieront une coassurance de 20 %.

Au moment de l'étude du Projet HFG, le système de gouvernance du RAMU n'était pas encore clairement établi, mais on estime que l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), qui existe depuis 2012, exercera une certaine supervision, au minimum pour gérer la collecte des primes.

Il est prévu que des services de planification familiale soient dispensés dans les établissements de santé agréés par le RAMU, mais pour l'instant on ne pense pas que le RAMU inclura le coût de ces services dans son offre d'assurance. Le RAMU devrait surtout couvrir les services curatifs, à l'exclusion des services préventifs et de la planification familiale.

2.3.3 L'assurance maladie communautaire

Au Bénin, une ONG ou des partenaires étrangers soutiennent généralement le financement, l'exploitation et la gestion technique des mutuelles, mais celles-ci sont régies par la zone de santé du secteur public qu'elles couvrent. Il y a 12 promoteurs principaux des mutuelles, la plupart d'entre eux appartenant à la Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (CONSAMAS), une entité nationale qui existe pour harmoniser les efforts des mutuelles publiques et privées.

Il existe approximativement 200 mutuelles au Bénin. La pénétration de l'assurance maladie communautaire est relativement faible, couvrant environ 500 000 personnes (4,7 % de la population). Ceci étant dit, les mutuelles ont le potentiel de couvrir entre 20 % et 38 % de la population sur la base de la distribution géographique des zones de santé actuelles dans lesquelles les mutuelles fonctionnent. Le gouvernement a donc fait de l'AMC une composante importante de la fourniture de protection contre les risques financiers des segments non formel et rural de la population. Le gouvernement a l'intention d'incorporer et de regrouper les mutuelles existantes dans la structure du RAMU.

La plupart des mutuelles couvrent les soins curatifs et anténatals au niveau de la commune par le biais des centres de santé communautaires. En outre, la majorité des mutuelles couvrent 70-75 % des coûts des médicaments génériques essentiels selon les recherches effectuées par le Projet HFG dans le pays.

Les recherches du Projet HFG indiquent que les produits et services de planification familiale ne sont pas couverts actuellement par les mutuelles.

2.3.4 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée au Bénin est faible, au niveau de 5,4 % ; la couverture est concentrée dans les ménages urbains du secteur formel. À l'exception des ONG et des partenaires au développement, l'assurance financée par les employeurs est pratiquement absente au Bénin. À l'heure actuelle, cinq compagnies d'assurances privées proposent des produits d'assurance maladie privée volontaires axés sur les services curatifs. De plus, parmi les 12 principaux promoteurs des mutuelles (voir la section « Assurance maladie communautaire » ci-dessus), certains proposent également des régimes d'assurance maladie privée limités au secteur informel. Les régimes d'assurance maladie privée sont réglementés par l'ANAM.

La planification familiale n'est pas couverte par les produits d'assurance maladie privée.

2.3.5 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses directes à la charge des ménages comprennent près de la moitié de toutes les dépenses de santé au Bénin – environ 42 % (Ministère de la Santé 2013). Ce niveau élevé de dépenses directes à la charge des ménages suggère que la plupart des citoyens du Bénin ne bénéficient pas d'une protection financière adéquate contre les coûts des soins de santé. Au fur et à mesure que plus de citoyens du Bénin auront accès et s'inscriront à des mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie, les dépenses des ménages passeront vraisemblablement des paiements directs des produits et services au paiement de primes à des régimes mettant les risques en commun gérés par le gouvernement, des employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

2.4 Progression vers la couverture sanitaire universelle des soins de santé et l'accès universel à la planification familiale

Le gouvernement du Bénin est axé sur le développement et la mise en œuvre en trois étapes de son régime d'assurance maladie universelle, le RAMU. Dans le PNDS, le gouvernement considère le RAMU comme une structure regroupant et supervisant les régimes d'assurance maladie publics et privés ainsi que les initiatives d'assistance médicale ciblant spécifiquement les personnes pauvres et vulnérables, y compris les femmes enceintes et les maladies à prévalence élevée représentant un fardeau financier considérable. Comme la structure du RAMU nécessite une supervision nationale des régions, des zones de santé et des communes pour coordonner l'exploitation et le financement, le gouvernement considère la mise en place du RAMU comme un mécanisme pour la promotion d'améliorations en termes d'intégration, de gouvernance, de partenariats et de gestion des ressources dans l'ensemble du système de santé.

Le gouvernement emploie également des stratégies visant à accroître l'efficacité des mécanismes de financement existants en mobilisant des ressources pour la santé à l'intérieur du pays, en renforçant le secteur privé et en collaborant avec lui, et en fournissant une assistance supplémentaire aux mutuelles pour leur permettre d'accorder une couverture et une protection contre les risques financiers adéquates aux segments ruraux, informels non pauvres et pauvres/indigents de la population. Le RAMU décrit comme un impératif le développement des mutuelles en particulier, mais les détails des stratégies nécessaires pour y parvenir n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse du Projet HFG.

Ses entretiens avec des parties prenantes clés ont permis au Projet HFG d'apprendre que le Bénin avait validé et disséminé récemment sa stratégie nationale de financement de la santé pour la CSU, la Stratégie Nationale de Financement de la Santé pour la Couverture Universelle du Bénin 2016-2022. Les objectifs de la stratégie sont d'utiliser plus efficacement les ressources du secteur de la santé, de mettre en place le RAMU, d'intégrer d'autres mécanismes de protection financière et d'assurer un financement équitable, durable et fiable pour la santé de façon globale. Ceci renforce le quatrième domaine stratégique du PNDS, qui souligne le besoin d'améliorer les mécanismes de financement de la santé en mobilisant les ressources intérieures et en développant davantage l'assurance maladie pour réduire les dépenses directes des ménages en soins de santé.

Au Bénin, après les dépenses des ménages, ce sont les bailleurs qui contribuent le plus au financement du secteur de la santé (29 %). En plus de la fourniture de ressources pour financer directement les programmes et de ressources gérées directement, le Bénin a mobilisé des ressources additionnelles de bailleurs pour le PNDS en adhérant à l'International Health Partnership (IHP+) en 2009. Le Bénin a également signé un compact afin de recevoir de l'assistance des bailleurs pour développer et mettre en œuvre le plan d'exploitation du PNDS, à savoir le Plan de développement triennal du secteur de la santé. Il reçoit de l'aide de la Banque mondiale pour évaluer les difficultés de la mise en place du RAMU en termes économiques et d'infrastructure, ainsi que de l'assistance de la Commission européenne dans les domaines de la gouvernance, de l'infrastructure, des communications et du développement local (Organisation Mondiale de la Santé 2013).

Depuis 2011, Providing 4 Health Social Health Protection Network (P4H) soutient les efforts du Bénin pour atteindre la couverture sanitaire universelle. Premièrement, P4H a fourni un soutien technique et des recommandations pour la mise en place du RAMU, y compris une analyse de la structure du RAMU, de sa faisabilité et de son plan de mise en œuvre. Deuxièmement, P4H a soutenu l'élaboration et la validation de la stratégie nationale de financement de la santé du Bénin pour la CSU (SNFS pour la CSU) (Providing for Health (P4H) 2016).

Dans sa Politique Nationale Sanitaire, le gouvernement du Bénin a reconnu l'importance de la mise à disposition de ses citoyens de services de planification familiale accessibles à un coût abordable et de la promotion de la planification familiale. Depuis lors, le gouvernement a élaboré le Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 au Bénin, qui inclut les objectifs à atteindre pour accroître la demande de services de planification familiale et améliorer l'accès à ces services, tout en gérant les facteurs environnementaux et en assurant la supervision et la coordination. Les stratégies incluent les communications stratégiques en matière de planification familiale ; le plaidoyer pour inclure la planification familiale dans la fourniture de services de santé aux niveaux national, régional, communautaire et des établissements ; la sensibilisation et l'engagement des hommes et des jeunes ; les stratégies d'adaptation à la population rurale ; et l'élaboration de plans visant à sécuriser et renforcer la logistique et la gestion des produits.

Le Ministère de la Santé a affirmé l'importance de l'inclusion du secteur privé dans ses efforts de financement de la santé en liaison avec le PNS et le PNDS. Il a clairement manifesté son intérêt pour les partenariats et la collaboration entre le secteur public et le secteur privé, pour la réglementation de ce dernier, pour la passation de marchés avec lui et pour l'intégration des activités du secteur privé aux efforts d'atteinte de la CSU, bien qu'il n'ait pas élaboré de stratégies spécifiques pour y parvenir. En 2015, le Bénin a établi une plateforme pour les partenariats public-privé, mais aucune information sur ses activités spécifiques ou son fonctionnement n'était disponible au moment de l'étude du Projet HFG.

2.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse du financement de la santé par le Projet HFG au Bénin a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait concentrer ses efforts pour développer, renforcer et appliquer sur une plus grande échelle des mécanismes de financement afin de progresser vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.

Le gouvernement pourrait améliorer l'efficacité de ses initiatives de protection contre les risques financiers en accroissant la disponibilité des régimes d'assurance maladie. Les mécanismes de financement de la santé existant actuellement au Bénin assurent un certain degré de protection financière à la plupart des citoyens de ce pays, mais le taux de dépenses à la charge des usagers de 42 % démontre une protection financière insuffisante en cas de maladie. Comme on peut le voir avec les autres pays dans ce rapport, le fait de s'appuyer excessivement sur les frais à la charge des usagers crée des obstacles financiers à l'accès pour un segment important de la population étant donné qu'environ 35,2 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (Ministère de la Santé 2013) ; même les frais nominaux à la charge des usagers que les établissements de santé sont autorisés à facturer peuvent être trop chers. Comme on a pu le voir ci-dessus, les principaux mécanismes d'assurance maladie existant actuellement – l'AMC et l'assurance maladie privé – ne couvrent qu'une faible proportion de la population. Avec le lancement de la mise en œuvre du RAMU en juillet 2016, le gouvernement a une opportunité de mécaniser la couverture sanitaire universelle par le biais de l'assurance maladie sociale.

Le gouvernement peut également optimiser ses efforts visant à faciliter l'accès à la planification familiale. Les deux documents nationaux de politique/stratégie du Bénin en matière de planification familiale – le Programme National de Santé de la Reproduction 2011-2015 et le Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018 – ont été rédigés mais n'ont pas encore été évalués. Leurs évaluations pourraient révéler des possibilités d'harmonisation et d'amélioration de l'efficacité. Il ne semble pas encore exister de politique exigeant que l'ANAM, les mutuelles de santé et les régimes d'assurance maladie privés couvrent les services de planification familiale. La planification familiale est exclue de toutes les options existantes d'assurance maladie au Bénin sous prétexte qu'il s'agit d'un type de service préventif, et non curatif. Étant donné que les politiques et stratégies existantes soulignent le besoin de donner la priorité aux initiatives visant à promouvoir la disponibilité, l'accessibilité, la demande et l'utilisation des services de planification familiale, l'élaboration d'une politique axée sur la couverture des services de planification familiale faciliterait le lancement d'initiatives ayant pour but de réduire le besoin non satisfait de planification familiale à 32,6 % en 2011-2012. Ceci présente également une opportunité de réfléchir à la façon dont le RAMU fera en sorte que son inclusion prévue des services de planification familiale couvre adéquatement la population compte tenu du fait qu'il sera mis en œuvre par le biais des mutuelles qui excluent la planification familiale.

De plus, le gouvernement pourra explorer des opportunités d'identification des besoins de financement, d'amélioration de la mobilisation des ressources et d'adoption de nouvelles stratégies portant sur le recouvrement des revenus. Par exemple, à ce stade précoce de la mise en œuvre du RAMU, le gouvernement pourrait évaluer de manière systématique la suffisance et la durabilité des fonds affectés au RAMU. En liaison avec ce qui précède, le gouvernement a une opportunité de contrôler l'efficacité des stratégies innovantes proposées pour mobiliser des ressources, telles que la création de nouveaux impôts, et de continuer à innover dans ce but. Parallèlement à ce suivi de l'évolution de la situation, le gouvernement pourrait analyser si les plans actuels de mobilisation des ressources pour un fonds de santé pour les indigents – un fonds financé essentiellement par des revenus fiscaux et des primes du secteur formel – seront suffisants pour couvrir adéquatement et durablement les services de santé requis par les indigents et les personnes vulnérables. Enfin, le Projet HFG a constaté que les mutuelles de santé ne peuvent recouvrer qu'environ 55 % des revenus qu'elles sont censées recevoir des participants, ce qui suggère le besoin de renforcer les mécanismes de collecte des revenus existants et d'en ajouter de nouveaux.

Le gouvernement pourrait rechercher les meilleures pratiques et les leçons tirées des expériences des mutuelles en matière de collecte des revenus. Enfin, le Bénin pourrait utiliser sa plateforme existante pour les partenariats public-privé pour impliquer davantage le secteur privé afin qu'il puisse fournir plus de services de santé de qualité accessibles par la population.

2.6 Sources

- Comptes de santé du Bénin et macro-indicateurs de l'OMS GHED. 2012. SCS Standard 2011
Tableaux : Bénin. Calendrier : 2012.
- Center for Health Market Innovations. 2016. *Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) du Bénin*.
Accédé en juillet 2016 à <http://healthmarketinnovations.org/program/Bénins-national-health-insurance-ramu>
- Ministère de la Santé, Bénin 2009. Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Cotonou, Bénin.
- Ministère de la Santé, Bénin. 2013. Comptes de Santé 2013 Avec distribution des dépenses de santé du Paludisme, du VIH/Sida, de la Tuberculose. Cotonou, Bénin.
- Ministère de la Santé, Bénin n.d. *Grandes initiatives : Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)*.
Accédé en juillet 2016 à <http://Béninsante.bj/spip.php?article76>
- Providing for Health (P4H). 2016. *P4H Partner Countries*. Accédé en juillet 2016 à <http://p4h-network.net/partner-countries>.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2013. « Country Planning Cycle Database : Official Development Assistance (ODA) for Health to Benin ». Accédé en juillet 2016 à <http://www.nationalplanningcycles.org/planning-cycle/BEN>