



REPUBLIQUE DU BENIN

—*—*—*—*—

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

—*—*—*—*—

CABINET

—*—*—*—*—

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

Exercice 2003

RAPPORT PROVISOIRE



Mars 2006

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DU BENIN (EXERCICE 2003)

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

APE : Agent Permanent de l'Etat

BESA : Besoin Equipement Socio Administratif

BGE : Budget Général de l'Etat

BTP : Bâtiment Travaux Publics

CENOU : Centre National des Œuvres Universitaires

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CL : Collectivité Locale

CNHU : Centre National Hospitalier Universitaire

CNS : Comptes Nationaux de la Santé

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Ex OBSS)

CSA : Centre de Santé d'Arrondissement

CSC : Centre de Santé de Commune

DGS : Dépense Globale de Santé

DPP : Direction de la Programmation et de la Prospective

DRFM : Direction des Ressources Financières et du Matériel

DSRP : Document de Stratégies et de Réduction de la pauvreté

FNRB : Fonds National des Retraités du Bénin

HOMEL : Hôpital de la Mère et de l'Enfant –Lagune (Ex Maternité Lagune)

HZ : Hôpital de Zone

INSAE : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique

LNCQ : Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux

LNSP : Laboratoire National de Santé Publique

MCPD : Ministère Chargé de la Planification et du Développement

MDN : Ministère de la Défense Nationale

MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

MSP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PIB : Produit Intérieur Brut

PNB : Produit National Brut

PIP : Programme d'Investissement Public

PPA : Parité de Pouvoir d'Achat

QUIBB : Questionnaire des Indicateurs de Base de Bien-être

RDM : Reste Du Monde

UEMOA : Union Economique Monétaire Ouest Africain

USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International

UVS : Unité Villageoise de Santé

ZS : Zone Sanitaire

EQUIPE DE TRAVAIL

YAROU Moussa

VODOUNOU Cosme

EYEBIYI Christian

SOUMANOU Latifou

SAGBOHAN Auguste

GBETCHEDJI Bernard

AKPAMOLI Alphonse

GUEDOU Juste Charles

GBAGUIDI Céline

HOUNTONDJI Gaston

KOUSSIHOUEDE Oswald

NENEHIDINI Eric

ZOUNTCHEME Serge

DECADJEVI Claude

BOTCHI Marcel

KANGBETO Olivier

GNACADJA Erick

PEDRO Eunice France

AGBODANDE Mathilde

PREFACE

La Mission du Ministère de la Santé Publique est de mettre en œuvre la politique de santé du gouvernement. Cette politique a pour objectif global, l'amélioration des conditions socio sanitaires des familles en mettant un accent particulier sur la protection des couches sociales les plus vulnérables, les indigents et en accordant la priorité aux régions enclavées et déshéritées.

Pour atteindre cet objectif, cinq axes d'intervention ont été identifiés autour desquels se focalisent toutes les interventions dans le secteur. Le deuxième axe à savoir : « le financement du secteur et amélioration de la gestion des ressources » porte sur un problème épineux et récurrent du secteur, c'est à dire son financement.

Dans la recherche d'une solution juste et équitable à ce problème, le Ministère de la Santé Publique a décidé de se doter d'un outil efficace d'aide à la décision susceptible de donner la réponse aux trois questions fondamentales suivantes :

Combien dépense-t-on pour la santé ?

Qui paie et combien ?

Que finance-t-on ?

La réponse à ces questions, constitue la substance de l'exercice relatif à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) pour l'année 2003.

En effet, les Comptes Nationaux de la Santé constituent pour les gouvernants un puissant outil de décision, un apport considérable dans la gestion et la mesure des performances du système de santé. Ils donnent une vue d'ensemble des flux financiers et autres ressources mis à la disposition du secteur ainsi que leur traçabilité pour une période donnée. Ils permettent également de déceler les dysfonctionnements structurels du système.

Ce document que nous préfaçons, met à la disposition des principaux acteurs du secteur, des informations sues qui les aideront à mener des réflexions plus affinées en vue d'aboutir à des décisions qui permettent de corriger les imperfections du secteur.

Ce premier exercice des Comptes Nationaux de la Santé a permis de cerner le mécanisme du financement de la dépense nationale de santé en mettant en exergue les provenances, les intermédiaires ou gestionnaires de ces fonds, les prestataires et les prestations fournies.

Les exercices ultérieurs permettront, de disposer régulièrement des informations utiles pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du plan national de développement sanitaire du Bénin dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement.

Dorothee Akoko KINDE-GAZARD

Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENT

Le comité de pilotage et l'équipe technique remercient les différents acteurs internes et externes du secteur de la santé qui sont intervenus dans l'élaboration de cette 1^{ère} édition des Comptes Nationaux de la Santé. Persuadés que les utilisateurs de ce document trouveront dans cette version matière à analyse et réflexion, tout en vous souhaitant bonne lecture, ils sollicitent votre indulgence et seraient heureux de recevoir vos critiques et suggestions pour une amélioration efficiente de cet outil.

RESUME

Niveau de la dépense globale de santé

En 2003, la dépense globale de santé a atteint près de 96 milliards de FCFA et représente près de 13.742 FCFA par habitant (26 US\$ au taux de change courant et à 43 \$ en Parité de Pouvoir d'Achat \$ International)

La consommation médicale quant à elle pour la même année s'élève à près de 68 milliards Fcfa soit 9675 Fcfa par tête par an et 3,3% du PIB. Cette consommation regroupe les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, et médicaments et biens médicaux. Ce qui représente près de

Sources de financement

La source principale de financement des dépenses de santé au Bénin en 2003 reste les ménages qui supportent 52,1% de la dépense et consomment 69,35% de la consommation médicale. L'Etat, participe à hauteur de 30,8% de ces dépenses. La troisième source de financement provient du Reste du Monde avec 16,5% de la dépense globale. Les trois sources confondues font l'essentiel de la dépense soit 99,4%

La répartition de cette dépense par agent de financement place encore les ménages par leur versement direct en tête avec 52,06% suivi du Ministère de la Santé Publique 33% et du reste du monde 11,8%, les autres ministères, 2,6% et les autres agents de financement, 0,54 %

Au total on note une iniquité dans le financement de la santé. Les ménages dans un contexte de marasme économique caractérisé par une baisse de leur revenu, supportent plus de 52% de la dépense de santé. Cette situation risque à terme de renforcer la situation actuelle d'exclusion des couches vulnérables du système de soins. Il urge donc, de réfléchir à la mise en place d'un mécanisme d'assurance maladie.

Dépenses de santé par fonction

L'analyse de la répartition de la dépense globale de santé par fonction met en exergue ce qui suit :

1. Le poste Pharmacie et autres fournisseurs de bien médicaux est important. Ce qui signifie que plus de 41% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments et biens médicaux comme bien de consommation finale par le patient.
2. Les soins ambulatoires représentent 16% des dépenses de santé alors que les soins hospitaliers n'en constituent que 9% et l'administration les 5%.
3. La prévention sanitaire collective, quant à elle, ne représente que 9% environ de cette dépense

De cette répartition, il est à souligner l'inadéquation de la dépense en prévention sanitaire collective par

rapport au besoin réel du pays en matière de prévention surtout dans les zones défavorisées. La dépense par habitant en prévention collective ne dépasse guère 1237FCFA par an en 2003. Il convient également de souligner le poids non négligeable du médicament dans un contexte de promotion des médicaments sous nom générique. Une évaluation du processus permettrait à coup sûr d'identifier les lacunes et permettre un allègement effectif du poids des médicaments dans la dépense de santé.

Analyse sectorielle

Ministère de la santé Publique

1. Le budget du ministère de la santé publique exécuté en 2003 s'élève à 31 643 823 873

Soit 4532 Fcfa per capita. Il représente près de 9,81 % du budget général de l'Etat, et 2% du PIB.

L'examen de l'évolution de ce budget per capita montre qu'il a connu une fluctuation dans une fourchette de 4500 à 5000 Fcfa entre 1997 et 2003. Cependant comparés sur la même période, l'indice budget santé et l'indice PIB, évoluent pratiquement dans les mêmes proportions pendant que l'indice budget Etat connaît une croissance plus rapide. Cette situation relance la place de la santé en terme de priorité pour l'Etat.

2. L'analyse de la répartition du budget du Ministère de la Santé Publique fait ressortir que 30,2 % de ce budget est consacré aux charges salariales, 26,1% à l'investissement et 43,7% aux charges de fonctionnement hors salaire. La répartition de ces dernières charges est la suivante ; près de 50% pour les soins hospitaliers et 43% pour les soins ambulatoires

INTRODUCTION

La République du Bénin tout comme les pays en développement est confrontée à une situation socio économique et sanitaire caractérisée par des indicateurs socio sanitaires inquiétants doublé d'un seuil de pauvreté situé dans la moyenne des pays les moins avancés.

Afin de remédier à cette situation, le Gouvernement a entrepris des actions visant à améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé ; la participation communautaire et l'utilisation des services de santé ; et la prise en charge des populations pauvres et indigentes¹. Pour ce faire, différentes réformes ont été initiées et mises en œuvre depuis 2000. Il s'agit entre autre de :

- la réforme territoriale fondée sur la décentralisation et la participation communautaire ;
- la réforme économique ayant pour corollaire la réforme budgétaire dont l'objectif est la pertinence et la performance dans la gestion financière ;
- la mise en oeuvre des zones sanitaires qui participe de la concrétisation de la décentralisation dans le secteur de la santé.

La mise en œuvre de ces réformes n'a pas apporté à ce jour la solution escomptée. Les taux de fréquentation stagnent autour de 38% en 2003, les taux de mortalité maternelle et néonatal restent encore élevés et le tableau de morbidité n'a pas changé toujours avec une prédominance du paludisme et des maladies parasitaires et endémo épidémiques.

Cette situation intervient dans une conjoncture socio économique morose caractérisée par l'importance du secteur informel, le faible recouvrement fiscal, la faible compétitivité des entreprises dans un environnement macroéconomique défavorable où le Produit Intérieur Brut annuel per capita, en 2003, dépasse à peine 500 \$US.

Face à ces insuffisances, le Ministère de la Santé Publique a décidé de faire une analyse rétrospective de la situation en vue d'identifier les faiblesses et les menaces du système pour y apporter des solutions durables.

L'élaboration des présents Comptes Nationaux s'inscrit dans ce cadre. Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent une source d'informations économiques et financières systémique et cohérente sur le système de santé. Ils permettent aux décideurs, ajouté à d'autres indicateurs de santé liés à l'offre de soins, à la morbidité et à la mortalité, de disposer des informations fiables pour une

¹ Il s'agit des objectifs globaux des réformes qui intègrent ceux du développement du millénaire. Les objectifs du développement du millénaire relatifs au secteur de la santé sont :

- Eradiquer l'extrême pauvreté et la faim ;
- Réduire la mortalité infantile ;
- Promouvoir la santé maternelle ;
- Combattre les IST/SIDA, le paludisme et les autres maladies.

meilleure appréhension du système de santé et pour une planification stratégique éclairée. Ils permettront également de participer à l'amélioration du niveau de financement des dépenses globales de santé, en fonction des besoins prioritaires en soins de santé, et à une meilleure répartition et planification (de l'utilisation) des ressources mobilisées.

Le présent rapport comporte quatre parties :

- I- Les Comptes Nationaux de la santé au Bénin
- II- Présentation du système de santé du Bénin
- III- Analyse du Financement de la santé
- IV- Analyse sectorielle

I. Les Comptes Nationaux de la Santé au Bénin

1.1 PROBLEMATIQUE

Le système national de santé au Bénin est complexe. Son financement est inextricable et son analyse ardue.

La dépense globale de santé se situe dans un contexte caractérisé par :

- la cherté des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant ;
- la faiblesse de l'assurance maladie de la population. Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition inéquitable ;
- l'importance du paiement direct des ménages dans le financement du système.

Cette situation ne s'adapte pas au financement d'un secteur dont les dépenses individuelles sont, en général, imprévisibles, aléatoires et catastrophiques. Il en résulte la persistance de certains problèmes dont :

- La mauvaise allocation des ressources ;
- L'exclusion des indigents et des pauvres ;
- La disparité entre zones pauvres et zones riches en matière d'utilisation des services de santé.

Par ailleurs, l'effort réel consenti pour la santé est encore mal connu et souvent sous - estimé. (Dépenses privées, médecine traditionnelle, aides extérieures etc. ...).

Malgré l'implication de l'Etat et des services publics dans le financement des services de santé, la part de revenu consacrée par les citoyens aux soins de santé demeure élevée.

Le problème du financement des soins de santé est donc une préoccupation majeure pour le Bénin.

- Combien dépense-t-on pour la santé ?
- Qui paie et combien ?
- Que finance-t-on ?

Sont les trois questions essentielles auxquelles cet exercice veut donner une réponse adéquate.

1.2 APPROCHE METHODOLOGIQUE

L'approche adoptée est conforme à ce qui est préconisé par le Guide international (OMS, Banque Mondiale et USAID) sur les CNS².

Les tableaux des CNS ont été remplis par des données issues des sources ci-après : les rapports et documents officiels sur les dépenses et le financement du secteur de la santé, les résultats des enquêtes nationales sur les ménages ainsi que les questionnaires auprès des divers prestataires publics et privés. Pour combler l'insuffisance de précision et de détails de certaines données, il a été procédé à des estimations ou à des extrapolations de certaines données dont les plus importantes sont :

- Les dépenses des ménages.

Les données de l'enquête sur les Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB) réalisée en 2002 ont été croisées avec celles recueillies auprès des structures de soins publiques et du secteur privé. Une extrapolation a été faite sur la base du taux de croissance réel entre 2002 et 2003. Le résultat obtenu a été multiplié par le taux d'inflation en 2003 dans le secteur de la santé et par le nombre d'habitants en 2003 pour avoir la dépense des ménages à prix constant. Par contre, la structure des dépenses (médicaments, hospitalisation...), fut maintenue entre 2002 et 2003.

- La répartition des dépenses du Ministère de la Santé Publique

Elle a été effectuée à travers les données recueillies auprès des structures de soins et celles du rapport de performance de l'année 2003. La répartition de la masse salariale a été obtenue par la détermination des coefficients à chaque niveau de la pyramide sanitaire et des salaires moyens par catégorie de personnel. Le résultat obtenu a été croisé avec la masse salariale totale.

- L'estimation des dons a été faite sur la base des données de la rubrique investissement du PIP contenu dans le rapport de performance de 2003 du Ministère de la Santé Publique et des informations actualisées tirées du rapport de coopération au développement du MCPD intitulé ; « Coopération pour le Développement, Rapport 2002 », Cotonou, Décembre 2002, qui décrit les dons par source de financement, par institution bénéficiaire et par activité. Pour 2003, les montants retenus correspondent aux moyennes des exercices compris entre 1999 et 2002.
- Les informations recueillies au Ministère de la Défense ont été complétées par celles recueillies auprès des structures de soins de même envergure que l'Hôpital d'Instruction des Armées et par la comptabilité du CNHU qui soigne les militaires pris en charge par leur administration.

² OMS, Banque Mondiale et USAID (2003), « Guide to producing national health accounts », WHO-HQ Genève

- Les autres départements ministériels (y compris quelques institutions de l'Etat tels que le Fonds National de Retraite du Bénin et le Parlement...) n'ont pu être approchés qu'au travers de la comptabilité du CNHU qui inclut les sommes payées par ces institutions. Toutefois, en raison de leur rôle limité dans le financement du système de santé béninois, ceci a eu peu d'impact sur les résultats.
- Il en est de même pour d'autres institutions (ONG, Entreprises privées et entreprises publiques,...) qui n'ont pu être approchées que d'une manière indirecte par le biais des déclarations des structures publiques de soins. Toutefois, il est plus que probable que leur rôle dans le financement de la santé au Bénin n'est pas à négliger.

1.3 CLASSIFICATION ET DEFINITIONS

1.3.1- Classification.

a) Soins hospitaliers

Tous les soins effectués dans des hôpitaux constituent des soins hospitaliers.

On entend par hôpital ou assimilé :

- les hôpitaux publics du Ministère de la Santé Publique, c'est-à-dire les Hôpitaux de Zone (HZ), les Centres hospitaliers Départementaux (CHD), les hôpitaux spécialisés, l'hôpital psychiatrique ainsi que le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) ;
- les hôpitaux militaires ;
- les hôpitaux confessionnels ;
- les cliniques de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- les cliniques privées.

Ces soins peuvent être scindés en deux : (i) ceux qui concernent l'activité hospitalière pure et complète (*patient intérieur*), c'est-à-dire des soins hospitaliers, *stricto sensu* (ii) et ceux qui sont liés à l'hospitalisation partielle (urgence principalement) et aux consultations externes qu'on peut appeler les « soins ambulatoires à l'hôpital » (*patient externe*). Ce second type de soins est versé dans les soins ambulatoires.

b) Soins ambulatoires :

Ce sont des soins qui se font à l'extérieur des hôpitaux (à l'exception des prestations énumérées ci-dessus), auprès des prestataires suivants :

- le réseau des centres de santé de base du Ministère de la Santé Publique ;
- les infirmeries militaires ;
- les centres médicaux confessionnels ;
- les infirmeries et centres sociaux des œuvres sociales des Ministères ;
- les infirmeries et centres de santé des Offices et des entreprises privées ;
- les cabinets libéraux (médecins généralistes, médecins spécialistes, paramédicaux) ;
- les laboratoires d'analyses médicales ;
- les cabinets de radiologie.

Sont compris également dans ce type de soins les quelques prestations assurées dans les Laboratoires Nationaux du Ministère de la Santé Publique (Laboratoire National d'Analyse Biomédicale, Laboratoire National de Contrôle de Qualité des Médicaments et Consommables Médicaux, ...), la médecine du travail, la médecine pénitentiaire ainsi que la médecine scolaire et universitaire.

Dans le secteur public, on peut distinguer deux types de soins ambulatoires : préventifs et curatifs. Les premiers sont liés, en général, aux programmes sanitaires (activités de santé publique) tels que le Programme National d'Immunisation, le Programme de Planification Familiale, le Programme de Lutte contre la Tuberculose,... (Tous les programmes en dehors de ceux qui sont listés exhaustivement dans « la prévention sanitaire collective », voir ci-dessous). Les seconds sont constitués par toutes les autres activités hors programmes sanitaires. Il est vrai que dans ces soins (curatifs), il existe des activités individuelles de prévention, mais l'état actuel du système d'information ne permet pas de les détacher.

c) Prévention sanitaire collective :

La prévention sanitaire collective admet toutes les activités qui ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population et lui éviter des maladies et des accidents sans qu'on puisse identifier individuellement les bénéficiaires. Autrement dit, il s'agit de prestations destinées à l'ensemble de la communauté considérée comme un seul bloc et non à la société en tant qu'ensemble d'individus. Il s'agit notamment :

- des activités de prévention des Laboratoires Nationaux (LNCQ, LNSP etc..) ;

- des programmes d'hygiène du milieu du Ministère de la Santé Publique ;
- des programmes du Ministère de la Santé Publique relatifs à :
 - l'éducation sanitaire,
 - la lutte contre les maladies diarrhéiques liées au péril hydro fécale,
 - la surveillance épidémiologique.

d) Recherche médicale :

C'est une activité qui est difficile à isoler en raison de son existence dans des Instituts, des Universités et des hôpitaux (CNHU) avec d'autres activités. Ne seront comprises sous cette rubrique que les activités des unités ou des services dont la fonction principale est la recherche médicale.

e) Formation/enseignement :

La formation/enseignement englobe des activités de formation de base (pour les paramédicaux) et de formation continue du Ministère de la Santé Publique. La formation des praticiens, assurée par les établissements hospitaliers (CNHU, FSS), s'effectue à l'occasion des soins fournis aux patients, ce qui ne permet pas de les isoler. Seuls les salaires bruts versés aux enseignants par le Ministère de l'Enseignement Supérieur sont pris en compte.

f) Médecine traditionnelle :

La médecine traditionnelle est un ensemble de services fournis par des accoucheuses traditionnelles, des herboristes, etc. Certains d'entre eux échappent au contrôle des réglementations en vigueur.

g) Administration :

L'administration comprend les activités de gestion administrative des structures et des institutions dont la fonction concerne directement la santé et n'est pas à cheval sur d'autres activités. Ainsi seules les charges administratives des institutions suivantes sont concernées :

- Ministère de la Santé Publique : administration centrale ou nationale, administration intermédiaire ou départementale, administration périphérique ou de zone, administration des hôpitaux, administration des Instituts et Laboratoires Nationaux ;
- Autres Ministères : administration des structures dont l'activité complète relève de la santé (soins et prévention sanitaire collective) ;
- Collectivités Locales : administration des Bureaux Municipaux d'Hygiène ;

- Organismes chargés de l'assurance-maladie : administration des assureurs (pour la seule activité portant sur la couverture médicale) et des mutuelles.

1.3.2- Définitions

a- Source de financement /Institutions intermédiaires de financement :

La source de financement est la provenance principale des ressources mobilisées pour le système national de santé alors qu'une institution intermédiaire de financement est un agent chargé de la gestion de ces ressources mobilisées. Par exemple, les assureurs et les mutuelles ne représentent pas des sources de financement, ce sont des intermédiaires de financement. L'origine principale des ressources à ce niveau est les ménages et les employeurs au travers de leurs contributions respectives. Ce sont donc les ménages et les employeurs (entreprises privées, Collectivités Locales, Etat et Offices) qui constituent les sources de financement à ce niveau.

b- Consommation médicale / Dépense globale de santé

La Consommation médicale, composée des soins hospitaliers et ambulatoires, des biens médicaux et des soins traditionnels, est l'une des composantes de la dépense globale de santé. Ce dernier englobe en plus, la prévention sanitaire collective, l'administration générale du système, la formation, l'enseignement et la recherche tels qu'ils sont définis ci-dessus.

c- Système de santé

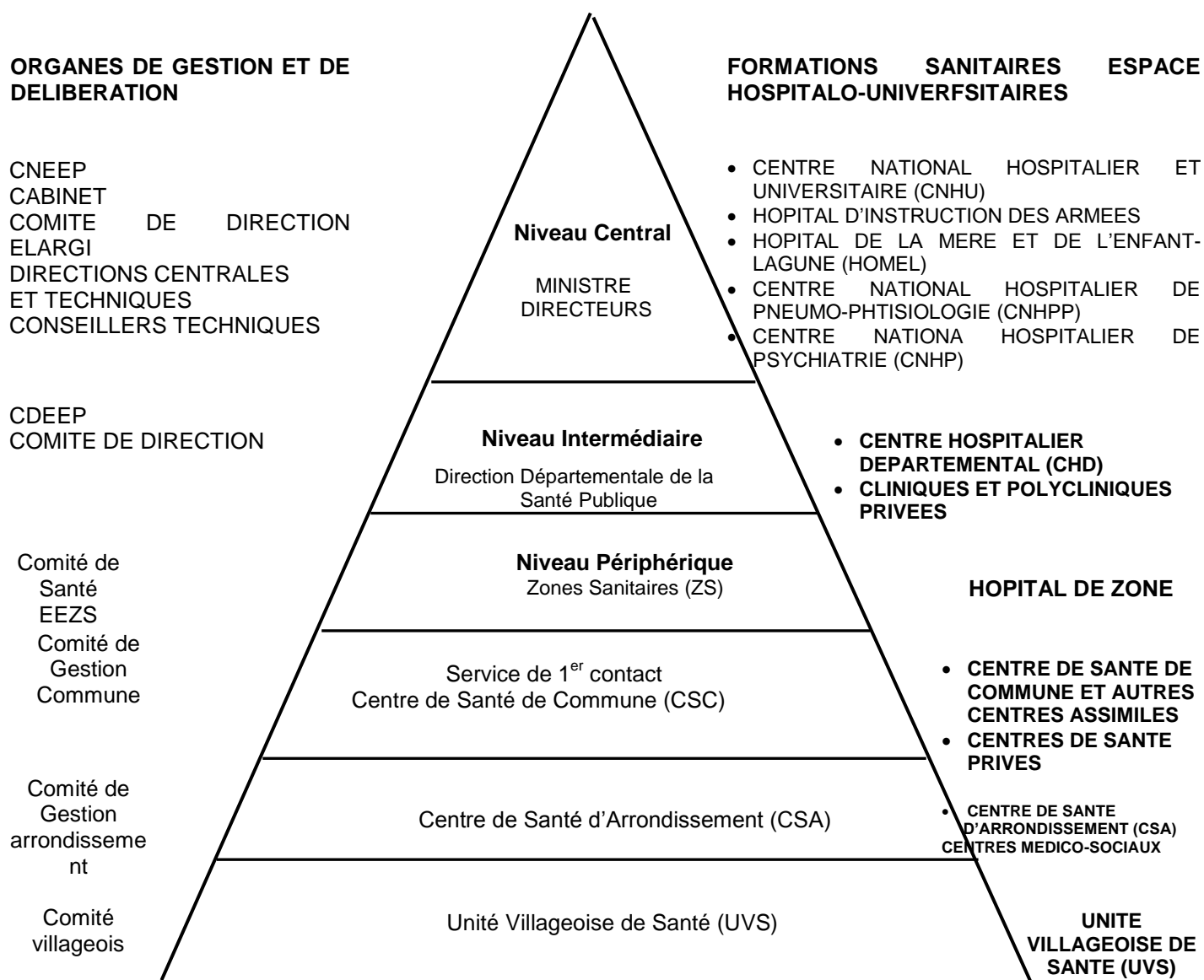
Selon l'OMS, (OMS, 2000) : « Un système de santé inclut toutes les activités [personnes et actions] dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. ».

Une fois ces définitions précisées, il est nécessaire de passer en revue le profil du système de santé.

1.4 SYSTEME NATIONAL DE SANTE

1.41 Organisation

L'organisation du système sanitaire du Bénin est calquée sur le découpage administratif. Elle la forme d'une pyramide qui a la forme triangulaire dont la base représente les services de premier contact et le sommet, le niveau central. Elle est schématiquement représentée comme suit :



1.42 Modalité de Financement

On distingue essentiellement trois modes de financement :

- ✓ Les subventions,
- ✓ les prêts et
- ✓ l'autofinancement

Les subventions

Elles sont essentiellement constituées des subventions de l'Etat à travers le budget du Ministère de la Santé Publique, des autres ministères intervenant dans le secteur de la santé. Ce budget reçoit une aide globale des partenaires sous forme d'appui budgétaire pour renforcer l'action de l'Etat sur le terrain. Ces subventions servent à financer le personnel du secteur santé, sa formation et la gestion de sa carrière. Elles financent également les infrastructures (construction, réhabilitation, équipement et maintenance), l'acquisition des médicaments vaccins soluté et autres, les prestations de services diverses et le carburant.

Depuis 2003 dans le cadre du partenariat en le secteur public et privé, l'Etat alloue des subventions à certaines formations sanitaires privées.

D'autres subventions sont également allouées aux formations sanitaires dans le cadre du jumelage ou de la coopération décentralisée.

Les Prêts

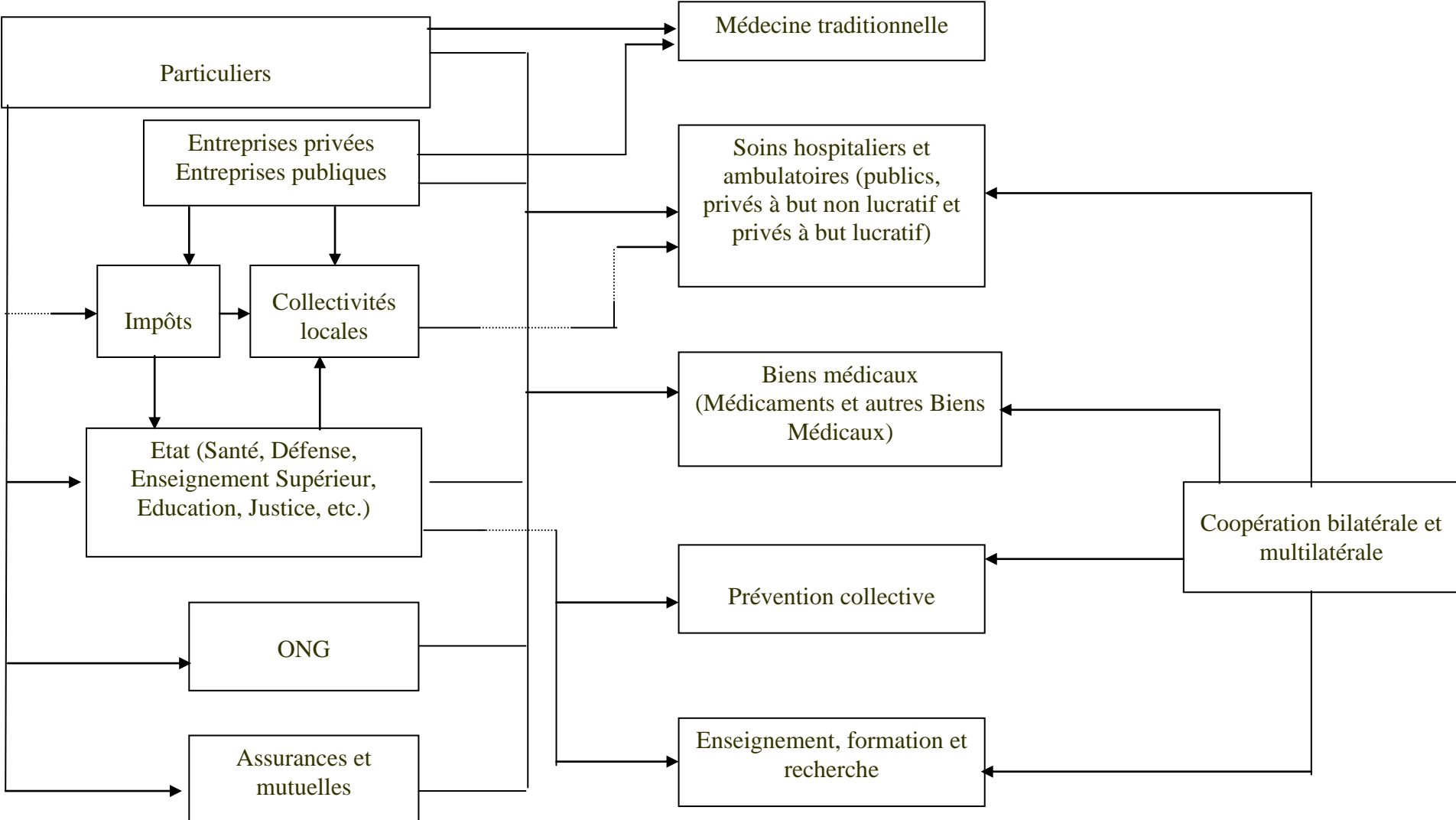
En plus des subventions, l'Etat ou d'autres formations sanitaires privées ont recours au prêt des organismes de financement bilatérale ou multi latérales pour le financement de certains programmes de développement sanitaire.

L'autofinancement

C'est l'ensemble des ressources générées par les prestations des structures sanitaires. Ces ressources dans le cadre des formations sanitaires publiques viennent en complément des ressources mis à leur disposition par l'Etat et parfois les partenaires.

1.43 Schémas de financement (voir graphique ci-dessus)

Figure 1 : Financement de la santé au Bénin



Le secteur santé au Bénin dispose de quatre sources de financement :

- les utilisateurs des services de santé,
- les collectivités locales,
- l'Etat à travers le budget national et
- les partenaires techniques et financiers.

Le croisement des prestations et des sources de financement disponibles est présenté dans la figure n°1 ci-dessus.

Plusieurs éléments ressortent de cette figure.

- Les collectivités locales, c'est-à-dire les communes actuelles, mettent des ressources humaines, qu'elles rémunèrent sur leur propre budget, à la disposition de certaines formations sanitaires de leur ressort territorial. Elles financent également la construction ou la réfection d'infrastructures sanitaires et prennent en charge les frais d'hospitalisation de leurs agents et des indigents.
- Le MSP affecte une partie de ses ressources humaines à des formations sanitaires qui sont gérées par d'autres ministères. C'est le cas des centres de santé de la CNSS, des infirmeries scolaires, universitaires et pénitentiaires. De plus, le MSP fournit aussi des vaccins, notamment à des formations sanitaires gérées par d'autres ministères et des centres de santé confessionnels et du secteur privé humanitaire.
- Le Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS) affecte du personnel au CNHU.
- Le Ministère de la Défense Nationale avec son réseau de formations sanitaires prend en charge sur ces ressources propres, la santé du personnel militaire et de leurs familles.
- Les autres ministères mobilisent également des ressources sur leur budget au profit de leurs formations sanitaires. Ces ressources ne sont généralement pas considérées dans les analyses économiques des dépenses publiques allouées au secteur santé.
- Le financement des prestations de services fournies par des établissements publics est principalement basé sur le paiement direct par les usagers. Il existe des systèmes de prise en

charge par l'Etat de certains cadres de la fonction publique, ainsi que des systèmes d'assurance et de sécurité sociale mis en place par des sociétés et entreprises privées.

- En matière de couverture du risque maladie, plusieurs systèmes se présentent. Le système traditionnel des tontines existe mais sa capacité à réellement couvrir le risque maladie n'est pas connue. Les systèmes publics en matière de couverture sociale comprennent la prise en charge des frais de soins des fonctionnaires à travers des dotations budgétaires aux différents ministères. Les travailleurs non fonctionnaires de l'Etat ont droit à une prise en charge par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), qui d'ailleurs s'occupe aussi des travailleurs salariés des entreprises privées qui lui sont affiliées. Les systèmes formels sont complétés par les assurances privées qui concernent les mutuelles.
- L'Etat assure une prise en charge partielle de ses fonctionnaires. Ceux qui se font consulter au niveau CNHU ou CHD paient de leur poche, 1/5 des prestations fournies. La différence (4/5) reste à la charge de l'Etat. Les fonctionnaires du MSP sont entièrement pris en charge pour les soins, consultations et hospitalisations. Quant aux analyses biomédicales, la prise en charge n'est pas totale. Mais il est noter que les médicaments sont entièrement à la charge de l'APE comme pour tout autre client des services de soins.

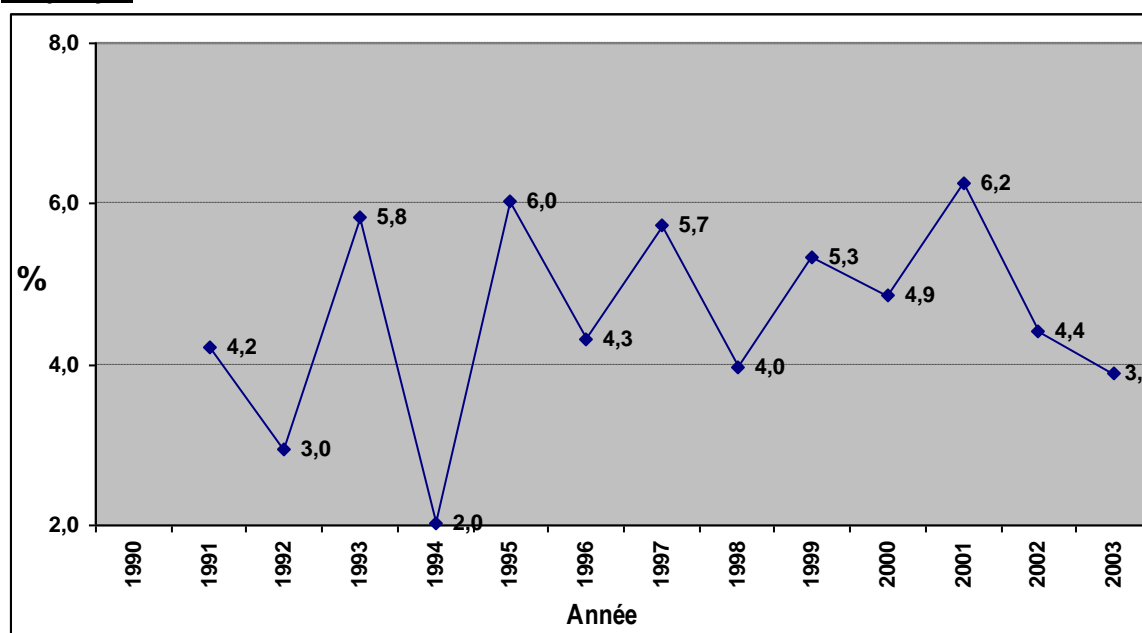
SYSTEME DE SANTE BENINOIS

2-1 SITUATION ECONOMIQUE NATIONALE EN 2003

Le ralentissement de l'activité économique observé depuis 2001 du fait de la plongée des cours mondiaux, notamment ceux du coton et de ses conséquences sur les recettes d'exportation, s'est poursuivi au cours de l'année 2003 qui reste cependant marquée par une légère reprise de l'activité économique par endroit.

Le taux de croissance est estimé à 3,9% contre 4,4% en 2002. Cette légère croissance est essentiellement portée par le secteur tertiaire qui a connu une variation à la hausse passant de 4,6% en 2002 à 6,4% en 2003. Les deux autres secteurs (primaire et secondaire) ayant connu des baisses.

Graphique : Evolution du taux de croissance de 1990 à 2003



Le secteur tertiaire ici élargi en plus de ses composantes classiques (commerce, transports, télécommunications, banques, assurances...) aux services non marchands, aux DTI et à la TVA intérieure demeure prépondérant dans le PIB global en 2003. Son PIB à prix constant s'élève à 440,1 milliards de F CFA soit une contribution à la formation du PIB de 54,2% et une contribution à la croissance s'élevant à 2,6% sur les 3,9% pour le PIB global.

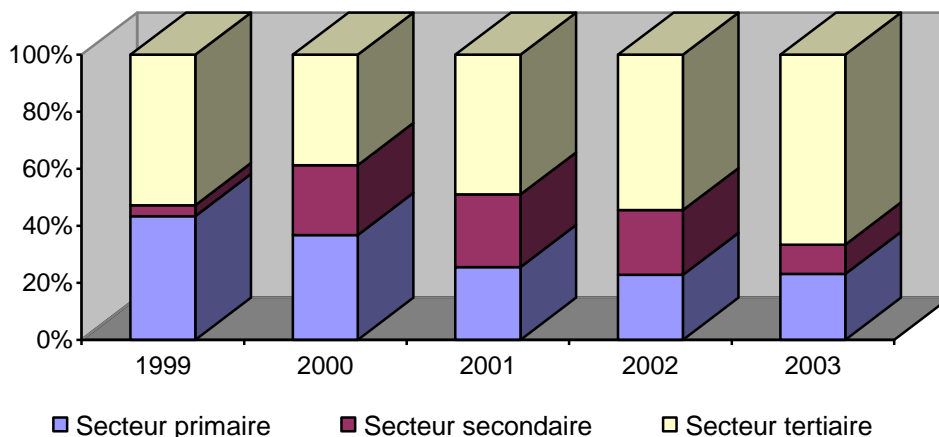
Le secteur primaire aurait pu être le secteur le plus dominant de l'économie si l'on considérait les composantes classiques du secteur tertiaire. Il se compose de trois grandes branches à savoir l'agriculture, l'élevage et la pêche.

En 2003, son PIB à prix constant s'est évalué à 350,7 milliards de FCFA dont 349,2 milliards provenant de l'informel soit une contribution de 32,1% à la formation du PIB et une contribution à la croissance de 0,9% sur les 3,9% pour le PIB global.

De tous les temps le secteur secondaire a été le maillon faible de la chaîne de l'économie béninoise à cause du caractère embryonnaire et persistant du tissu industriel. En dépit des différentes réformes entreprises depuis l'avènement du renouveau démocratique (1990) pour améliorer le cadre institutionnel ce secteur ne bénéficie pas encore du dynamisme nécessaire pour occuper la place qui est la sienne dans le processus de développement économique du pays.

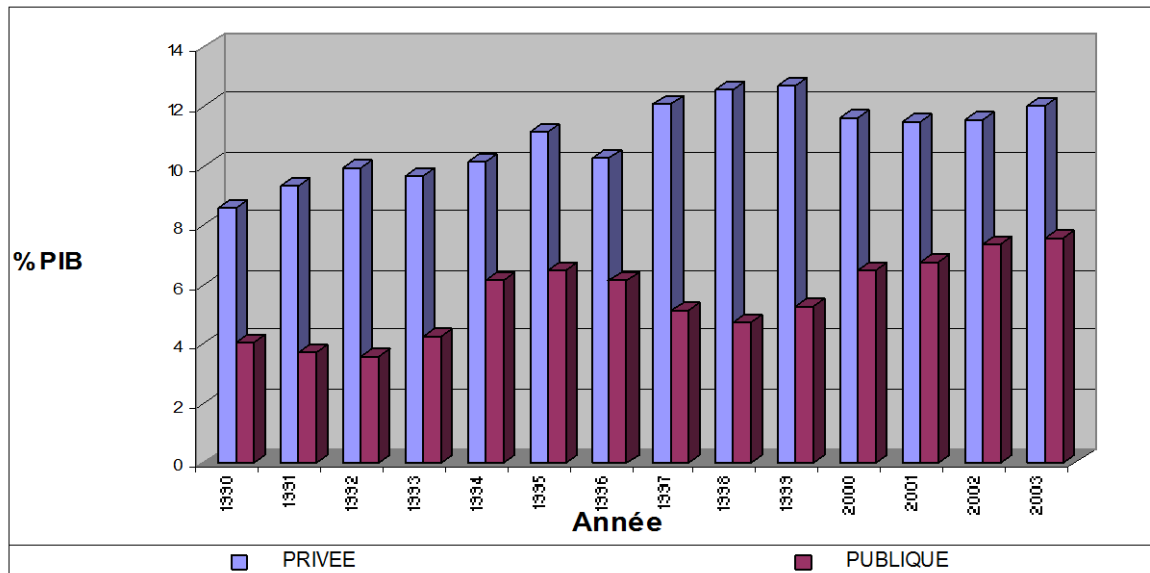
En 2003, son PIB à prix constant serait de 137,7 milliards de F CFA soit une contribution à la formation du PIB de 13,7% et une contribution à la croissance s'élevant à 0,4% sur les 3,9% pour le PIB global.

Graphique : Contribution des secteurs à la croissance de 1999 à 2003



Selon l'optique demande, la croissance du PIB en 2003 est soutenue par la consommation, dont la contribution s'établit à 4,6% contre 2,2% pour les investissements. En fait, les investissements publics sont passés de 50,8 milliards en 2002 à 54,9 milliards, soit un taux d'accroissement de 80,7%. Ainsi, les dépenses d'investissements publics représentent 7,5% du PIB en 2003 contre 7,4% en 2002.

Graphique : Evolution de l'investissement Public et Privé en % du PIB



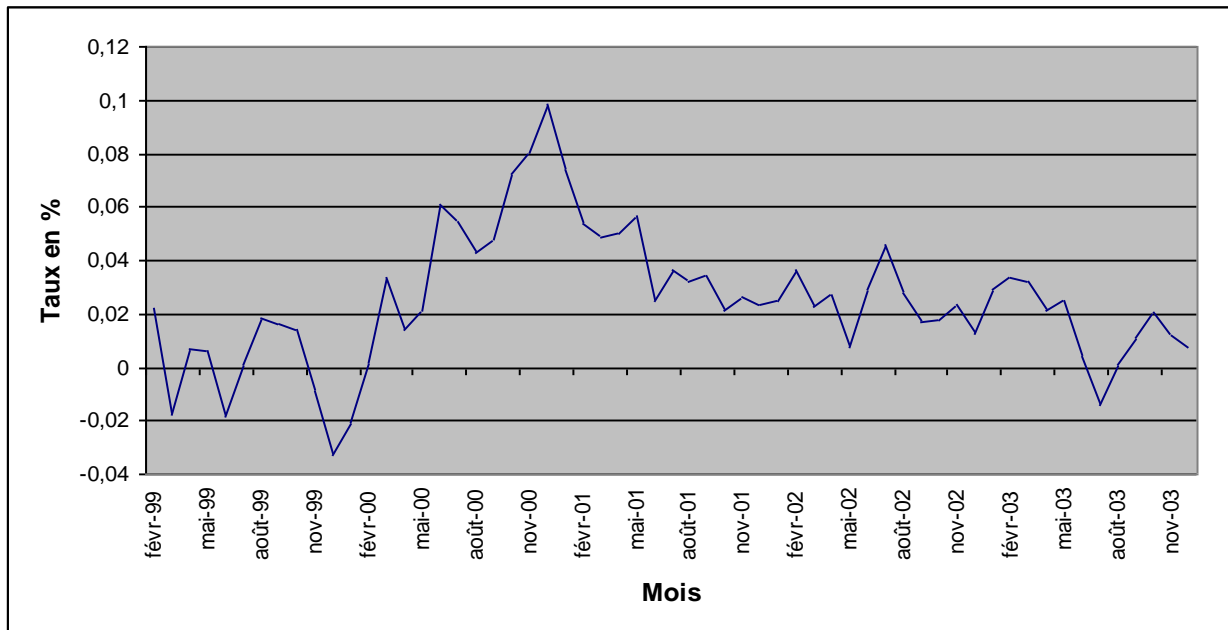
L'inflation au Bénin a connu une évolution très irrégulière de 1998 à 2003. Elle est caractérisée sur la période par une évolution en dents de scie du taux d'inflation, en dehors de l'année 2000 qui connaît une tendance à la hausse.

En 2003, on note une baisse généralisée des prix. Cette baisse du niveau général des prix est principalement due à la détente observée sur :

- les prix des produits agricoles, du fait d'une offre suffisante ;
- le coût des transports via la baisse des prix des produits pétroliers.

En glissement annuel, le taux d'inflation s'établit à + 0,8 % en décembre 2003 contre + 1,2 % observé le mois précédent et 2,5% en 2002. L'évolution de l'indicateur de convergence dans l'espace UEMOA "moyenne janvier 2002 : décembre 2003" par rapport à la "moyenne janvier 2001: décembre 2002" permet de situer l'évolution des prix à +1,5 % l'inscrivant en dessous du seuil de 3% prévu dans le cadre de la surveillance multilatérale au sein des Etats membres de l'UEMOA.

Graphique : Evolution mensuelle du taux d'inflation de 1999 à 2003



2-2 L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS EN SANTE

L'offre de soins de santé a connu une amélioration sensible ces dernières années.. Les taux de couverture vaccinale, les taux de consultation prénatale sont en croissance en passant respectivement de 89,7% ; 86,7% en 2000 à 106,7% ; 91,2% en 2003. Quant à la consultation postnatale elle a connu une décroissance passant de 43,0% en 2000 à 40,7% en 2003.

Cependant des disparités persistent entre zone pauvres et riches, zone enclavées et non enclavées. Dans ces zones, les populations parcourent encore 15 Km en moyenne avant d'avoir accès à un centre de santé. Dans d'autres, les coûts relativement élevés des prestations font que une couche non négligeable de la population n'a pas accès aux soins. Ceci s'explique par le niveau des taux de fréquentation enregistrés en 2003 qui est de 38%.

L'offre de soins existe, mais des disparités socio-économiques et géographiques persistent jusqu'à nos jours influençant la demande de soins qui connaît une extrême fluctuation. Cependant, il y a lieu de souligner les efforts en cours pour corriger ces disparités à savoir : le mécanisme de prise en charge des indigents, la délégation de crédits aux zones sanitaires, le recrutement du personnel additionnel pour les zones dépourvues et des programmes de réhabilitation ou de construction d'infrastructures sanitaires de base.

2-3 FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE

- Continuité et qualités des soins

La continuité des soins est un facteur important dans l'appréciation des services produits par un centre de santé. Elle est influencée par plusieurs éléments : l'accueil du malade, la perception sur la qualité des soins, le coût des soins, la disponibilité des services etc. Elle est aussi déterminée par l'existence d'un système de référence et de contre référence efficace. Elle est un témoin de la qualité des services. En effet, la qualité des soins est appréciée par la continuité, la globalité et l'intégration des soins ; le tout soutenu par la disponibilité des médicaments, la formation continue du personnel et l'utilisation effective des guides diagnostics et thérapeutiques. Mais le constat est que :

- La continuité des soins reste faible. Ceci est lié au détournement des malades vers les cliniques et les cabinets médicaux relativement plus chers, la faible considération pour les indigents, le mauvais accueil des patients et au rançonnement des malades.
- la qualité des soins souffre dans son ensemble à cause de la faiblesse des ressources mise à la disposition du secteur, l'abandon des services de santé à des catégories de personnel peu qualifié au niveau des centres de référence et la faiblesse des supervisions.

- Référence et contre référence

Dans la plupart des formations sanitaires du Bénin, la référence et la contre référence n'est pas effective. Cette situation réside essentiellement dans la mauvaise organisation du système de référence et de contre référence. En effet, les insuffisances constatées dans ce système sont mises en exergue par ordre d'importance au niveau des zones sanitaires à travers les problèmes suivants :

- le manque total d'ambulance au niveau des formations sanitaires qui oblige les agents de santé à avoir recours aux véhicules de service – s'il en existe dans le centre référant- ou aux taxis ville ou bien encore aux véhicules personnels des parents du malade à référer ou carrément aux taxi motos. Tout cela participe au retard du transfert des malades vers les centres de référence et réduit les chances de survie de ces malades.
- l'absence de fiche de référence oblige les prestataires à noter les consignes dans le carnet du patient ou simplement à adresser une lettre au centre de référence. Ainsi, à part

quelques rares maternités qui utilisent la fiche de référence de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL), presque toutes les autres formations sanitaires publiques ne disposent pas de fiche de référence. Cela ne permet pas de consigner tous les aspects de la maladie dont souffre le patient.

- le manque de moyen financier des malades les oblige parfois à mettre du temps avant de se rendre au centre de santé, cette situation aggrave parfois leur état de santé et réduit la chance de les récupérer. Parfois, le manque de moyens financiers amène certains malades à s'opposer, malgré eux, à leur propre évacuation sanitaire.
- la contre référence n'est pas souvent assurée au niveau des formations sanitaires ; ce qui ne permet pas de suivre effectivement l'état de santé des malades après leur traitement.
- il y a aussi le retard observé dans la référence lié au fait que certains agents de santé n'ont pas encore acquis le réflexe de la référence des affections qui dépassent le niveau de compétence de leur formation sanitaire.
- l'absence de concertation sur le système de référence et de contre référence porte cruellement atteinte à la bonne marche de cette composante de l'accessibilité aux soins de santé. Sans la concertation entre les acteurs, les failles de la référence et de la contre- référence ne pourront pas être perçues et être comblées.

Eu égard à ce qui précède, il est évident que l'effectivité de la référence et de la contre-référence n'est pas encore formellement instituée dans nos formations sanitaires. Et pour rendre effective cette composante, il est nécessaire de penser à une réorganisation du système au sein de chaque zone sanitaire.

III- ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE

3-1 DEPENSE GLOBALE DE SANTE

a) Niveau de dépense totale de santé en 2003 au Bénin

En 2003, la dépense globale de santé a atteint près de 96 milliards de FCFA. Ce qui représente près de 13.742 FCFA par habitant et par an pour un PIB per capita de 296 087 Fcfa (26 \$US au taux de change courant en 2003 ou 43 \$ en terme de parité de pouvoir d'achat.). Elle représente 4,6% environ du Produit Intérieur Brut. Comparé aux autres pays voisins, le Bénin semble avoir le taux le plus élevé.

La consommation médicale (ensemble des biens et services médicaux consommés) pour la même année s'élève à près de 68 milliards Fcfa soit 9675 Fcfa par habitant et par an. Le niveau de cette consommation est faible. Cette faiblesse s'explique par le renchérissement des coûts de production des soins qui influence les prix à la hausse.

Des informations tirées des annuaires statistiques 2000 et 2003, il ressort que la recette moyenne par cas est passée de 1262 Fcfa en 2000 à 2085 Fcfa. Or La dépense étant la somme du produit des prix et des quantités, une hausse des prix entraîne une baisse des quantités c'est-à-dire une baisse du recours au soins

b) Niveau de dépense totale de santé : comparaison entre pays de la sous région en 2003

Tableau I: Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec certains pays Africains

Pays	PIB per capita en International \$ 2003 (PPA)	Dépense de santé per capita en International \$ 2003 (PPA)	Dépenses de santé par rapport au PIB (en %)
Bénin	936	43	4,6
Burkina Faso			
Niger	211	5,72	2,71
Togo			

Sources : données issues des CNS par pays 2003

3-2 Dépense de santé par source de financement du système de santé

Présentation de la matrice sources de financement –agent de financement (FSXHF)

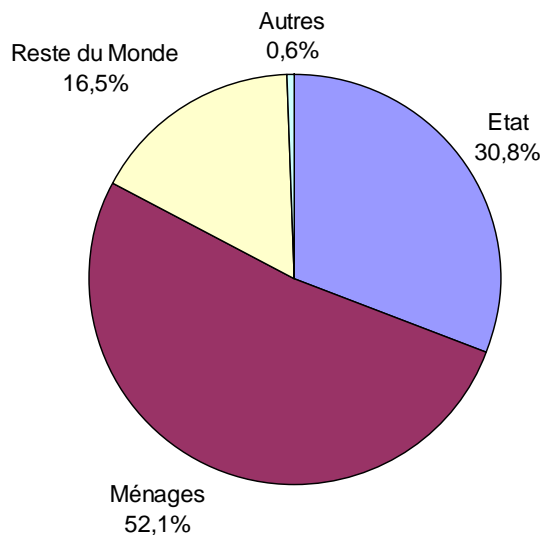
Le tableau ci-dessous présente les agents de financement en ligne et les sources de financement en colonne. C'est un tableau croisé à double entrée qui présente l'information sur la ventilation des différents flux monétaires des sources de financement aux intermédiaires de financement ou agents de financement. De ce tableau, il est à faire remarquer que les dépenses de santé financées par les employeurs privés essentiellement de la part patronale des cotisations versée à la CNSS et des souscriptions aux assurances maladie des compagnies d'assurances privées par les entreprises. Pour les ménages, le paiement direct représente 99% de ses dépenses et le reste, les cotisations de la part de l'employé à la CNSS et la souscription de la prime d'assurance. Le financement de la coopération internationale, est répartie 28,5%de pour le MSP dans le cadre de son programme d'investissement public (PIP) le reste pour les financements direct de son interventions sur le terrain. Les fonds provenant du revenu de l'Etat sont gérés à 92% par le Ministère de Santé Publique et à 8% par les autres Ministères notamment le ministère de la Défense dans le cadre de son réseau de soins, l'éducation dans le cadre des infirmeries scolaires secondaires et universitaires. Le revenu des collectivités locale finance exclusivement la masse salariale du personnel mis à disposition des services de santé du ressort territorial desdites collectivités, le remboursement des frais d'hospitalisations des indigents, et certains investissements. Enfin dans le cadre de la médecine de travail, les entreprises publiques et privées financent les infirmeries d'entreprise ou le remboursement des frais médicaux de leurs agents.

Tableau III Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement, Bénin, 2003, en FCFA courants

		FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.2.1.1	FS2.1.2	FS.2.2	FS.2.3	FS.3	
		Revenu de l'Etat	Revenu des Collectivités Locales	Fonds des Entreprises Publiques	Fonds Employeurs Privés	Fonds des Ménages	ONG	Fonds du Reste du Monde (RDM)	
HF.1.1.1.1	M. Santé	27 121 823 873	0	0	0	0	0	4 522 000 000	31 643 823 873
HF.1.1.1.2	Autres Ministères	2 449 957 666	0	0	0	0	0	0	2 449 957 666
HF.1.1.3	Collectivités Locales	0	133 810 238	0	0	0	0	0	133 810 238
HF.1.2	CNSS	0	0	0	270 289 815	0	0	0	270 289 815
HF.2.1	Mutuelles communautaires	0	0	0	0	865 100	0	0	865 100
HF.2.2	Cies d'assurance privées	0	0	0	29 302 144	0	0	0	29 302 144
HF.2.3	Versements directs des ménages	0	0	0	0	49 961 412 032	0	0	49 961 412 032
HF.2.4	ONG	0	0	0	0	0	3 726 835	0	3 726 835
HF.2.5	Entreprises publiques) (yc	0	0	120 514 891	24 788 649	0	0	0	145 303 540
HF.3	RDM	0	0	0	0	0	0	11 318 371 203	11 318 371 203
Total		29 571 781 539	133 810 238	120 514 891	324 380 608	49 962 277 132	3 726 835	15 840 371 203	95 956 862 446

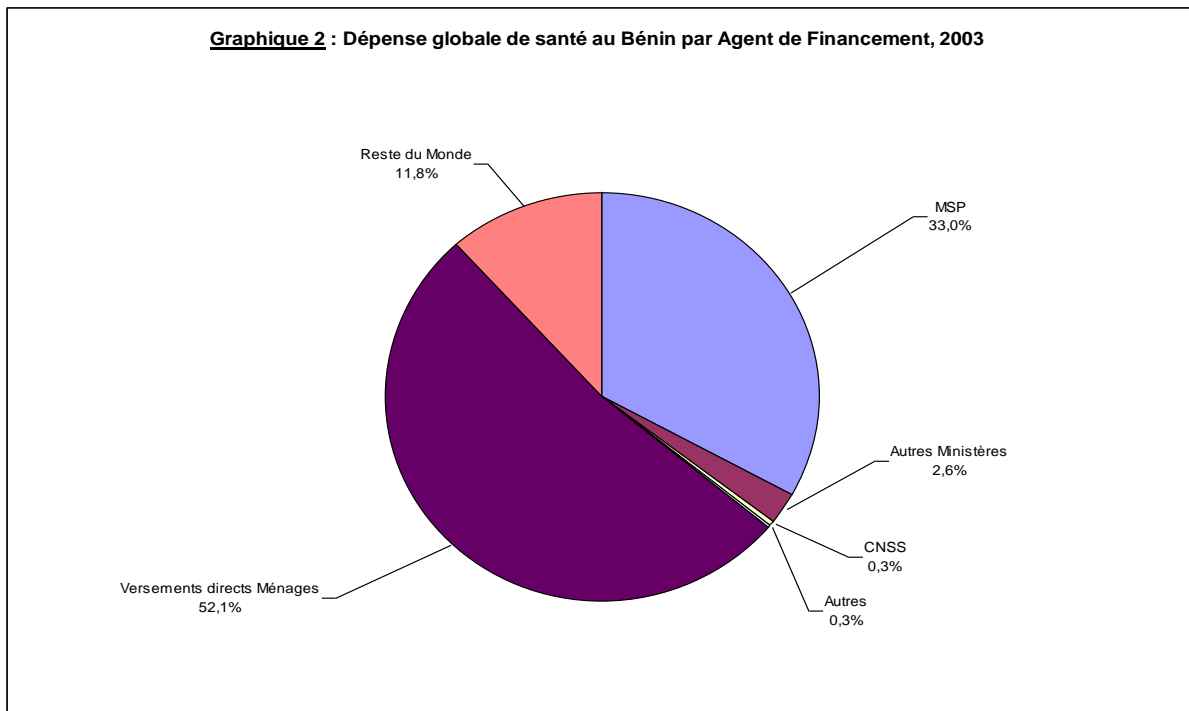
Analyse de la répartition de la dépense globale de santé par source de financement

Graphique1: Sources de financement de la dépense globale de santé au Bénin en 2003



Il ressort du diagramme ci-dessus que les ressources ayant servi au financement des dépenses de santé proviennent principalement des ménages. Ces derniers supportent 52,1% desdites dépenses. L'Etat, participe à hauteur de 30,8% Le Reste du Monde au travers des dons des partenaires internationaux supportent 16,5% de cette dépense et les autres sources représentées par : les collectivités locales (0,14%), le fonds des entreprises publiques (0,13%), les fonds des employeurs privés (0,34%), les ONG (0,004%) soit un total d'environ 0,6%.

REPARTITION DE LA DEPENSE DE SANTE PAR AGENT FINANCEMENT



De ce graphique, il ressort que :

Le paiement direct des ménages finance à 52,06% les dépenses de santé, leurs cotisations aux régimes d'assurance maladie, 0,4%. Ceci s'explique par l'absence d'une stratégie de prépaiement ou de tiers payeur et de la culture de mutualisation du risque maladie au Bénin.

Le Ministère de la Santé Publique, mobilise et gère plus de 33% des ressources destinées à financer les dépenses de santé du pays, et

Le Reste du Monde (partenaires internationaux) gèrent directement près de 12% des ressources mobilisées pour le financement des dépenses de santé.

Ces résultats sus présentés montrent que le mécanisme de financement du système de santé au Bénin est fragmenté et repose en grande partie sur les ménages. Ce qui pose en clair le problème de financement de la santé. En effet, les dépenses de santé résultent de la somme du produit des prix des actes et biens médicaux par la demande de soins et services de santé soit $\sum P_i O_i$. Pour un niveau de dépense constant, une hausse des prix induit une baisse de la quantité et vice versa. Or de 2000 à 2003, les recettes moyennes par cas étant passées de 1262 Fcfa à 2085 Fcfa, la probabilité d'exclure une partie importante de la couche vulnérable de la population, les pauvres est forte. Il existe une corrélation entre l'utilisation

actuelle des services de santé et le schéma actuel de financement. Une autre situation extrême à envisager est la survenue des dépenses catastrophiques du fait du caractère aléatoire des dépenses de santé. En attendant que des études ultérieures ne déterminent les différentes implications de cette situation, une attention particulière devrait être accordée à la maîtrise des coûts et la régulation des dépenses du système.

3-3 DEPENSE DE SANTE PAR PRESTATAIRES

Présentation des matrices HFXHP

Le tableau ci-dessous présente les prestataires en ligne et les agents de financement en colonne. C'est un tableau croisé à double entrée qui présente les différents flux monétaires allant des agents de financement aux prestataires des soins et services de santé.

Ce tableau met en exergue les schémas de financement des activités des prestataires de soins et de service de santé par les agents de financement. De l'analyse de ce tableau, il ressort que :

le Ministère de la Défense bien que disposant d'un hôpital au Camp GUEZO et d'un réseau d'infirmier. De garnison, consacre environ 42% des de ses ressources au remboursement des frais médicaux et divers prestations au CNHU

Les collectivités locales, interviennent surtout au niveau périphérique dans les hôpitaux de zones et les centres de santé essentiellement.

Le RDM concentre son financement sur les centres de santé de communes et d'arrondissement (85%), le reste du financement est réparti entre les hôpitaux (4%) et l'administration générale de la santé (11%).

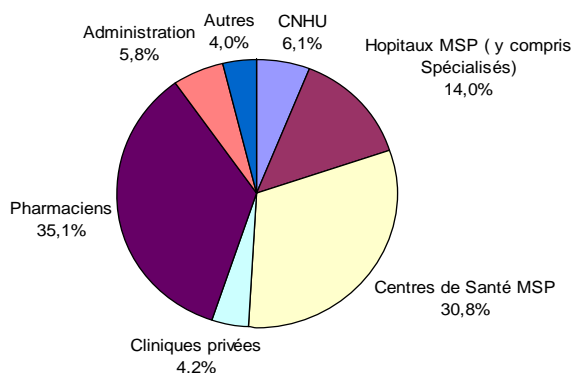
Les ménages, par leur versement direct consacrent 67% aux Pharmaciens, 11% aux cliniques privées et cabinets médicaux, 21,1% au réseau public de soins.

Tableau IV: Flux financiers entre agents de financement et prestataires de soins et services, Bénin, 2003, en FCFA courants

		HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3	Total
		M. Santé	Autres Ministères	Collectivités Locales	CNSS	Mutuelles communautaires	Cies d'assurance privées	Versements directs des ménages	ONG	Entreprises publiques	RDM	
HP.1.1.1	CHU	1 954 828 727	1 269 157 666	20 060 238	22 051 244	865 100	29 302 144	2 415 736 387	3 726 835	145 303 540	4 556 720	5 865 588 601
HP.1.1.2	Hopitaux Publics, MSP	6 201 083 541	0	19 807 000	0	0	0	4 225 056 341	0	0	501 397 611	10 947 344 494
HP.1.1.3	Autres hopitaux public (autres Min.)	0	1 037 134 020	0	0	0	0	20 000 000	0	0	0	1 057 134 020
HP.1.1.3	Cliniques privées	0	0	0	0	0	0	4 064 283 168	0	0	0	4 064 283 168
HP.1.2	Hopitaux psychiatriques	175 996 015	0	0	0	0	0	8 823 545	0	0	0	184 819 561
HP.1.3	Hopitaux spécialisés	979 712 937	0	0	0	0	0	1 289 841 000	0	0	0	2 269 553 937
HP.3.1	Cabinets médicaux	0	0	0	0	0	0	1 674 654 042	0	0	0	1 674 654 042
HP.3.2	Cabinets Dentistes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.3.3	Cabinets d'autres prof. Santé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.3.4.1	Centres de Santé et Dispensaires, MS	17 256 865 966	0	93 943 000	0	0	0	2 590 679 988	0	0	9 583 282 433	29 524 771 387
HP.3.4.2	CS et Dispensaires Autres Min (yc CNSS)	0	143 665 980	0	248 238 571	0	0	0	0	0	0	391 904 551
HP.3.5	Labo d'analyse médicale et de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.3.9	Autres prestataires Soins Ambulatoires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.4	Pharmacies et autres distrib. Biens médicaux	0	0	0	0	0	0	33 672 337 561	0	0	0	33 672 337 561
HP.5	Administration des Programmes de santé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.6	Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	4 375 762 696	0	0	0	0	0	0	0	0	1 229 134 438	5 604 897 134
HP.7	Guerisseurs traditionnels	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HP.8	Institutions de Services de Santé Connexes	134 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	134 000 000
HP.9	RDM	77 788 712	0	0	0	0	0	0	0	0	0	77 788 712
HP.nsk	Autres prestataires	487 785 279	0	0	0	0	0	0	0	0	0	487 785 279
Total		31 643 823 873	2 449 957 666	133 810 238	270 289 815	865 100	29 302 144	49 961 412 032	3 726 835	145 303 540	11 318 371 203	95 956 862 446

Analyse de la Répartition de la Dépense globale de santé par Prestataire

Graphique3: Dépense globale de santé au Bénin par prestataire en 2003



Il ressort de ce graphique les faits saillants suivants:

Les pharmaciens et fournisseurs de biens médicaux consomment plus de 35% des ressources des agents de financement pour les dépenses de santé.

Les systèmes de soins ambulatoires et hospitaliers à savoir, le CNHU, les CHD les HZ, les hôpitaux spécialisés y compris l'hôpital psychiatrique attirent respectivement, 30,8% et 20% de ces ressources.

Enfin, la part des cliniques privées et de l'administration ne représente que 4,2% et 6%.

De ces différents résultats, on note que le versement direct des ménages constitue la principale source de remboursement des prestataires de soins et services de santé, le rôle très marginal que jouent les structures de micro assurance et autres types de structures de prévoyance maladie dans le système de santé béninois, le poids non négligeable des pharmacies, des structures des soins ambulatoires et hospitalier dans le système sanitaire au Bénin.

Ce qui dénote un manque de solidarité institutionnelle dans le système de santé au Bénin d'où la nécessité de promouvoir et de viabiliser un mécanisme d'assurance maladie obligatoire.

3-4 DEPENSES DE SANTE PAR FONCTIONS SANITAIRES

Présentation matrice HFXHC

Le tableau ci-dessous présente les fonctions (prestations de soins et services réalisées par les prestataires) en ligne et les agents de financement en colonne.

Il ressort de ce tableau que 75,8% des ressources générées par le paiement direct des ménages sont allé à l'achat de produits pharmaceutiques et autres biens médicaux, 7,7% aux soins hospitaliers, 5% aux soins ambulatoires et 5,2% pour les services annexes tels que les analyses de laboratoires, la radiographie, l'échographie

Les collectivités locales dont l'intervention reste encore marginale, consacre 60% de leurs ressources mobilisée pour la santé aux soins ambulatoires, 18% aux soins hospitaliers, 4% aux services auxiliaires, 3% aux produits pharmaceutiques et 13% à la formation du capital.

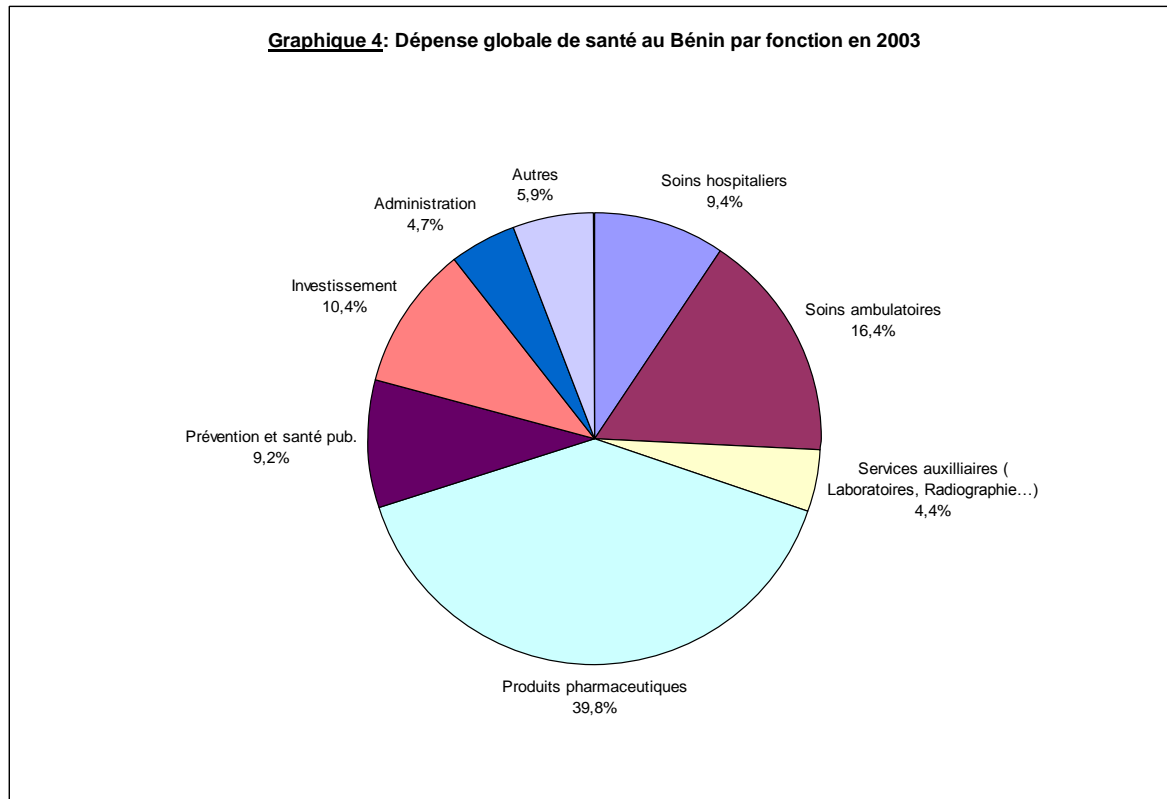
Le MSP consacre 16% de son budget aux soins ambulatoires, 12% aux soins hospitaliers, 3.6% aux services auxiliaires, 10% à l'administration de la santé, 22% à la prévention, 30,1% à la formation du capital et seulement 0.7% à l'éducation et à la formation.

Enfin le RDM concentre son financement sur les soins ambulatoires (67%), la prévention (17%) et l'administration générale de la santé (11%).

Flux financiers entre agents de financement et les différentes fonctions, Bénin, 2003, en FCFA courants

		HF.1.1.1.1	HF.1.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.2.4	HF.2.5	HF.3	Total
		M. Santé	Autres Ministères	Collectivités Locales	CNSS	Mutuelles communautaires	Cies d'assurance privées	Versements directs des ménages	ONG	Entreprises publiques	RDM	
HC.1.1	Soins hospitaliers	3 698 075 483	881 449 989	23 668 645	4 244 919	166 534	5 640 735	3 843 713 362	717 425	27 971 288	502 274 791	8 987 923 171
HC.1.3	Soins ambulatoires	4 944 035 985	325 179 883	79 833 999	251 392 322	123 726	4 190 769	2 511 571 313	533 009	20 781 195	7 627 253 550	15 764 895 751
HC.3	Soins de Longue durée (psy)	429 907 859	0	0	0	0	0	0	0	0	0	429 907 859
HC.4	Services auxiliaires (lab, Rx)	1 144 589 626	380 484 897	6 013 924	6 610 814	259 351	8 784 585	2 607 279 957	1 117 280	43 561 020	1 366 074	4 200 067 528
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens méd.	0	244 560 154	3 865 505	4 249 161	166 700	5 646 372	37 881 372 393	718 142	27 999 245	878 057	38 169 455 729
HC.6	Services de Prévention et de Santé Publique	6 836 234 192	0	0	0	0	0	0	0	0	1 956 680 582	8 792 914 774
HC.7	Administration de santé et de Sécu. Sociale	3 248 837 430	0	0	0	0	0	0	0	0	1 229 134 438	4 477 971 868
HCnsk	Autres dépenses de santé	1 601 497 640	218 282 742	3 450 165	3 792 599	148 789	5 039 683	3 117 475 008	640 979	24 990 792	783 711	4 976 102 109
HC.R	<i>Fonctions sanitaires connexes</i>											
HC.R.1	Formation du capital	9 520 995 657	400 000 000	16 978 000	0	0	0	0	0	0	0	9 937 973 657
HC.R.2	Education et Formation	219 650 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	219 650 000
HC.R.nsk	Autres dépenses annexes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		31 643 823 873	2 449 957 666	133 810 238	270 289 815	865 100	29 302 144	49 961 412 032	3 726 835	145 303 540	11 318 371 203	95 956 862 446

Analyse de la Répartition de la Dépense globale de santé par fonction



Le graphique ci-dessus montre que les produits pharmaceutiques absorbent 39,8 % des ressources disponibles, suivis des soins ambulatoires (16,4 %). des soins hospitaliers et la prévention représentant respectivement 9,4 et 9,2 %

De l'analyse de ce graphique, il ressort ce qui suit :

Le poste médicament et biens médicaux restent encore élevé malgré la promotion de l'utilisation des médicaments sous nom générique.

Les activités relatives à la prévention sont très peu développées alors qu'elles contribuent efficacement à la lutte contre les maladies transmissibles qui constituent l'essentiel de la pathologie béninoise.

Certaines fonctions telles que : les services de prévention, l'administration de la santé et les soins de longue durée sont essentiellement prise en charge par l'Etat et les bailleurs. Les autres fonctions autres fonctions directement liées à la prise en charge du patient à savoir les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les services auxiliaires et les produits pharmaceutiques sont remboursés par tous les agents

de financement. Ceci montre que le fonctionnement du système national de santé est tel qu'il privilégie le traitement à la prévention des maladies.

En raison de leur rôle dans les programmes de santé publics et dans la disponibilité de soins ambulatoires préventifs et curatifs, les structures de santé de base du MSP (centres de santé et dispensaires) bénéficient de flux financiers assez conséquents de la part de l'Etat et des partenaires internationaux. Leur part dans les dépenses du système de santé béninois s'élève à près de 31%.

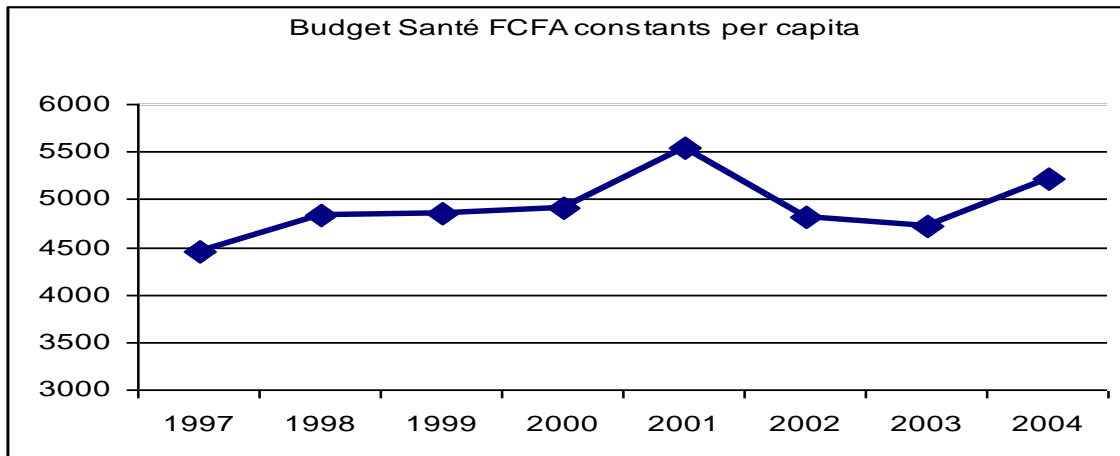
IV- ANALYSES SECTORIELLES

Cette dernière partie examinera successivement le financement des principaux secteurs et institutions intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataires et/ou financeurs. Il s'agit du Ministère de la Santé Publique, de la coopération internationale, des collectivités locales, des ménages et des institutions de prévoyance santé.

4-1 FINANCEMENT MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

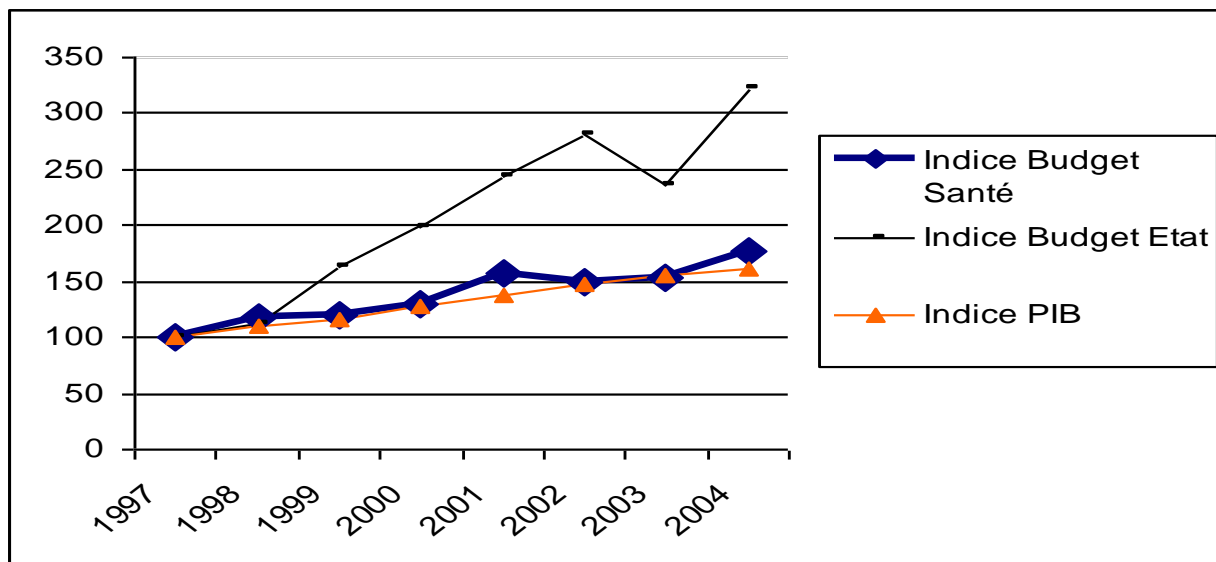
L'étude de ce financement se fera à travers l'analyse du budget du Ministère de la Santé Publique, les sources de financement de ses dépenses, leur classification fonctionnelle et l'examen sommaire des faiblesses observées dans l'allocation des ressources financières du Ministère de la santé Publique.

Evolution du budget du MSP par rapport au budget général



Sources : Calcul sur la base des données de l'INSAE et des dépenses publiques.

L'examen de l'évolution du budget du Ministère de la Santé per capita et en FCFA constants montre que, entre les années 1997 et 2004, ce ratio varie en moyenne entre 4500 et 5500 FCFA avec précisément 4531,7 FCFA constants per capita en 2003.



Si l'on compare sur la même période l'indice budget santé et l'indice PIB, on note qu'ils évoluent pratiquement dans les mêmes proportions. Dans le même temps, l'indice budget Etat connaît une croissance plus rapide. Ceci souligne que le secteur de la santé ne bénéficie par encore de l'Etat, toute l'attention requise. Il est souhaitable de reprendre le plaidoyer auprès des décideurs pour une augmentation substantielle des ressources à allouer au Ministère de la Santé.

4.2 ANALYSE DE L'UTILISATION DU BUDGET EXECUTE DU MSP

4.2.1 Consommation des crédits alloués au MSP

Tableau : Niveau de consommation des crédits alloués

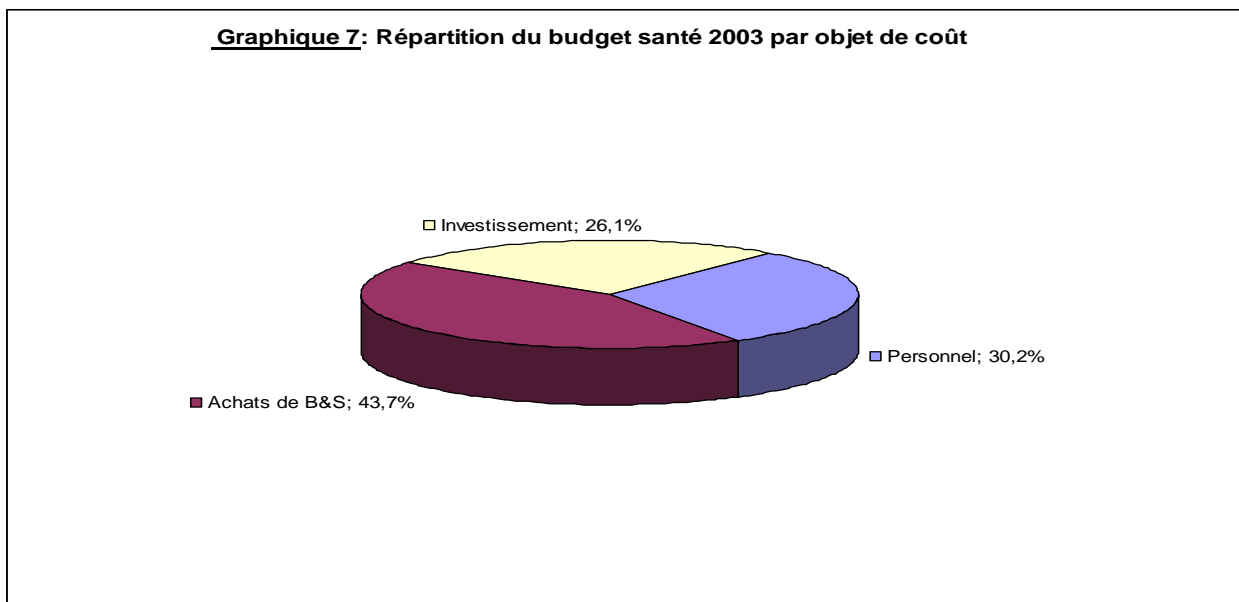
Libellé	Prévision	Dépenses	Taux de consommation
Personnel	9 543 000 000	9 543 000 000	100%
Achats de Biens et services	6 531 606 799,8	6 394 443 057	97,9%
Transferts	4 530 132 310,3	3 474 611 482	76,7%
Equipement (BESA)	198 119 185,7	171 769 334	86,7%
PIP financement interne	9 070 998 796,6	7 538 000 000	83,1%
PIP financement externe	6 851 515 151,5	4 522 000 000	66,0%
Total	36 725 372 244	31 643 823 873	86,2%

Source : DRFM / MSP

Il ressort de ce tableau que le taux global d'utilisation des crédits alloués au Ministère de la Santé Publique est de 86,2%. Cela veut dire que 13,8% des ressources n'ont pas été utilisées. Ce taux est très bas au niveau de la part du PIP financé par les partenaires, 66,0%. Cette situation s'explique par les procédures de décaissement des fonds de partenaires techniques et financiers trop lourdes et parfois non maîtrisées par les bénéficiaires. Une action correctrice permettrait au secteur de bénéficier de ses ressources restées inutilisées jusque là.

4.22 Répartition de budget santé par objet de coût

Graphique N°7



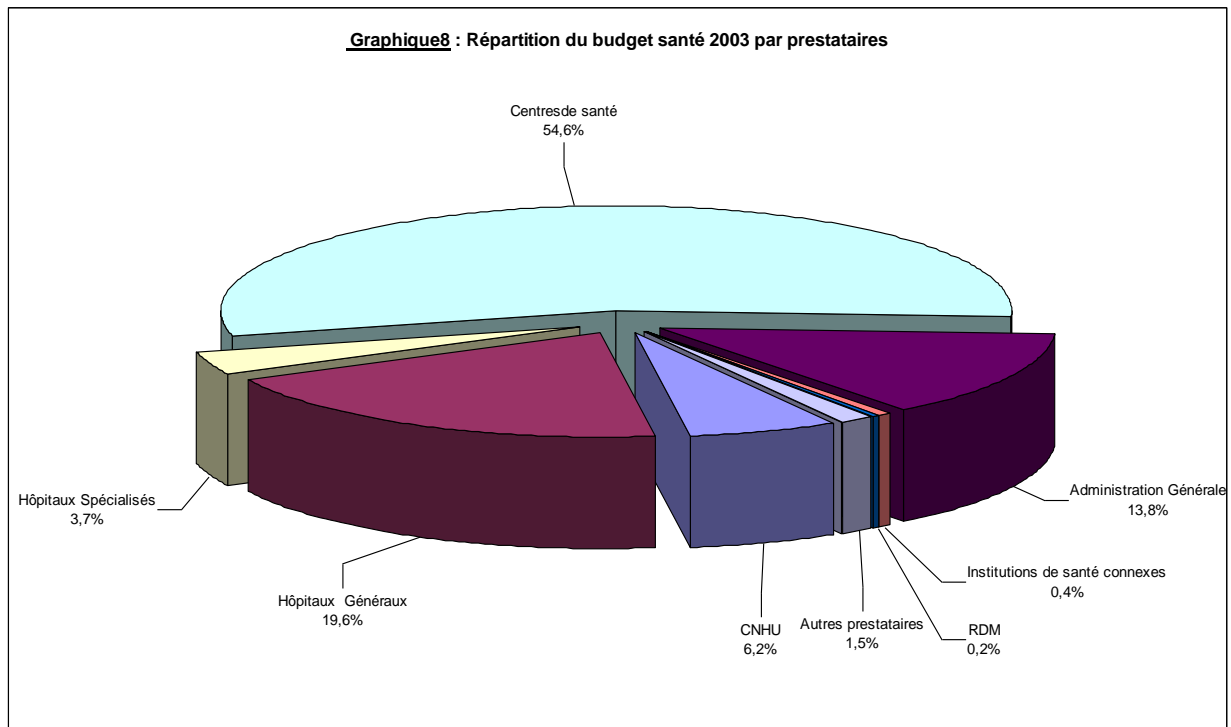
La répartition du budget santé par objet de coût montre que les achats biens et services qui représentent pour l'essentiel les crédits délégués devant assurer le fonctionnement des structures de soins au niveau des communautés ne représentent que 43,7%, alors que le personnel consomme 30,2% et les investissements 26,1%.

4.3 ANALYSE FONCTIONELLE DE LA REPARTITION DU BUDGET DU MSP

4.3.1 Répartition par prestataire

Tableau : Répartition du Budget MSP par prestataires de soins et services

Libellé	Montant	% budget MSP
CNHU	1 954 828 726,9	6,2
Hôpitaux Généraux	6 201 083 541,4	19,6
Hôpitaux Spécialisés	1 155 708 952,0	3,7
Centres de santé	17 256 865 965,7	54,6
Administration Générale	4 375 762 696,2	13,8
Institutions de santé connexes	134 000 000,0	0,4
RDM	77 788 711,8	0,2
Autres prestataires	487 785 279,0	1,5
TOTAL	31 643 823 873	100

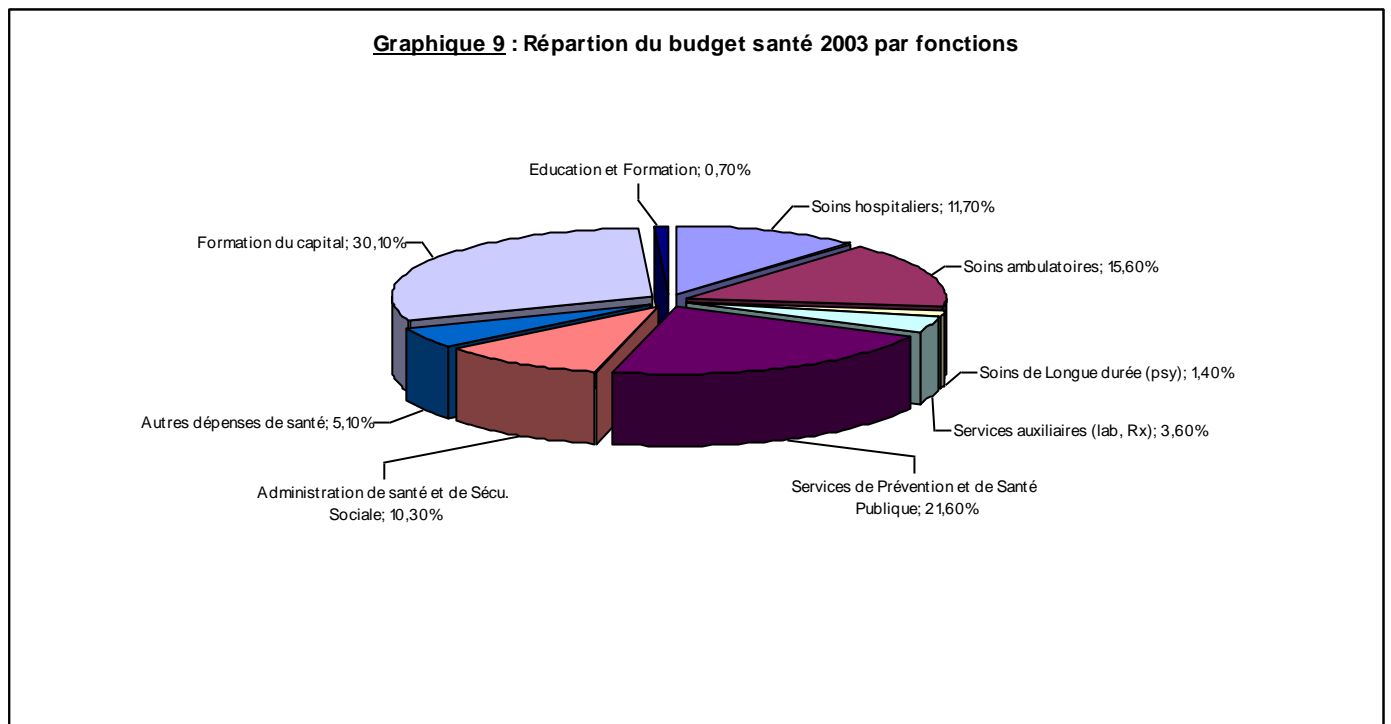


Ce graphique présente la répartition du budget santé à travers les différents prestataires publics de soins et service de santé. Il ressort de ce graphique que l'ensemble des hôpitaux consomme 29,5% de ce budget alors que les centres de santé communautaires en consomment 54,5% et l'administration générale

13,8%.

Au total, Le Ministère de la santé accorde la priorité à la médecine de masse en allouant près de 55% de ses ressources à la santé communautaire. La médecine hospitalière n'est pour autant négligée.

4.3.2 Répartition par fonctions



A travers l'analyse fonctionnelle des dépenses au profit du MS (c'est-à-dire les dépenses budgétaires et autres apports extérieurs : recettes propres, transferts de la coopération internationale et des autres départements ministériels...), on peut constater que :

- L'Administration de la santé ne bénéficie que d'une part de 10,3% du budget .En outre, l'apport des partenaires du MSP bénéficie pour une assez bonne partie à l'encadrement des activités sanitaires du Ministère.
- Les soins ambulatoires ont un poids estimé à 15,6% contre 11,7% pour les soins hospitaliers. Quant aux soins de longue durée, ils ne consomment que 1,4% du budget du MSP. Au total, la prise en charge des maladies par le ministère en 2003 ne représente que 28,7% de son budget.
- Les services de prévention et de santé publique bénéficient de 21,6% des ressources mobilisées par le MSP. Le ministère consacre donc une part non négligeable de son budget à la prévention (vaccination et

autres), ce qui signifie par exemple qu'une activité sensible comme la vaccination est financée en grande partie par le MSP et non entièrement à la charge du financement extérieur.

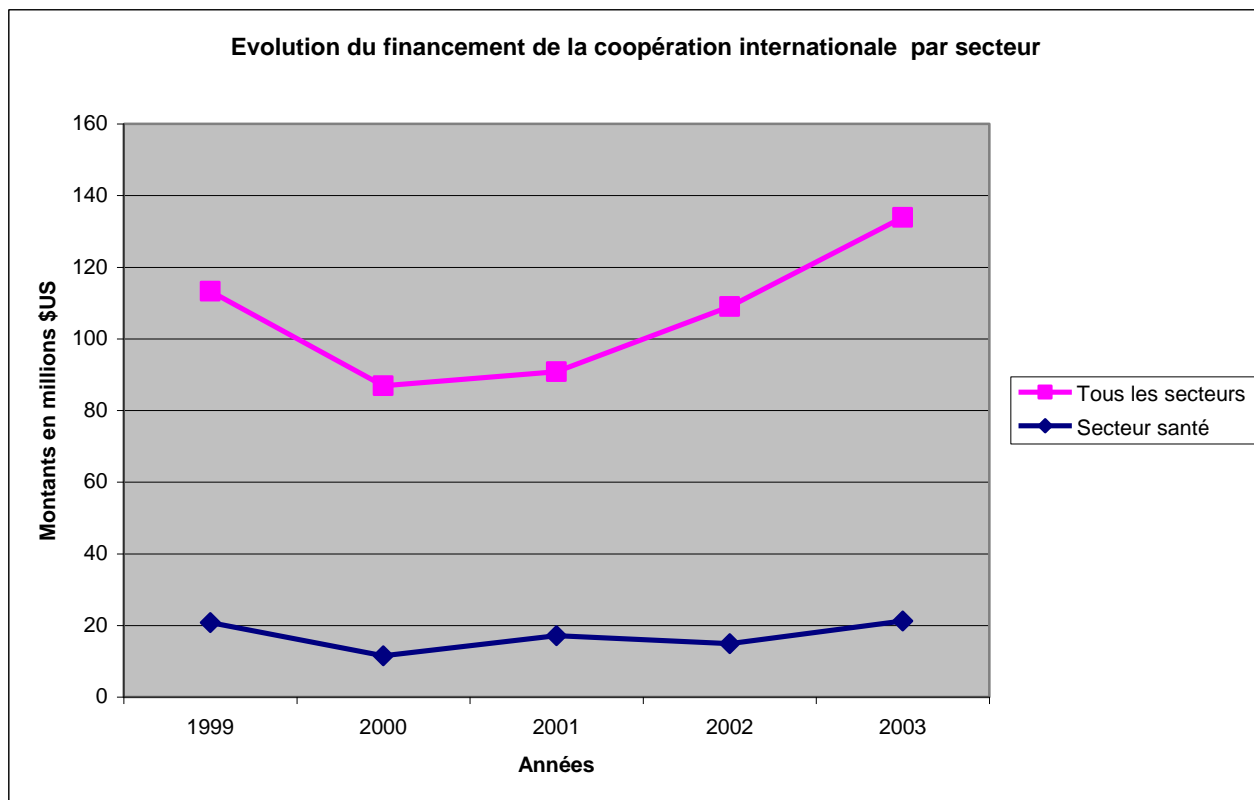
- Les activités relatives à la formation, recherche et enseignement bénéficient de moins de 1% des ressources mobilisées par le MSP. Cette part très marginale attribuée à la formation et la recherche sous-tend l'absence d'une politique de développement des ressources humaines et de perfectionnement du système de santé ;
- Les investissements (formation brut de capital fixe) représentent 30,1% des ressources mobilisées par le MSP.

a. Coopération et santé

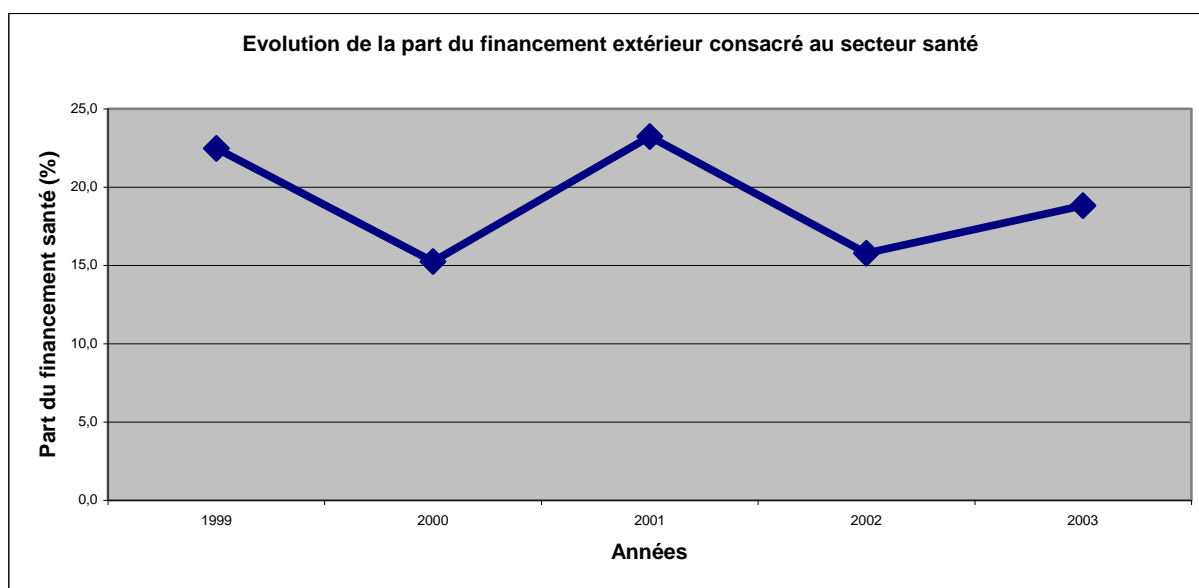
▫ Evolution de la part des dépenses de santé dans les dépenses total de coopération extérieur

Plusieurs pays donateurs et organisations internationales participent activement au financement des activités sanitaires et des travaux connexes. Le montant global du financement de la santé par la coopération internationale a atteint près de 11 318 371 202,5 FCFA soit 21 203 790,3 \$US ou encore de 3,04\$US per capita en 2003.

Le graphique ci-dessous traduit l'évolution du financement de la coopération internationale par secteur (santé et autres secteurs)

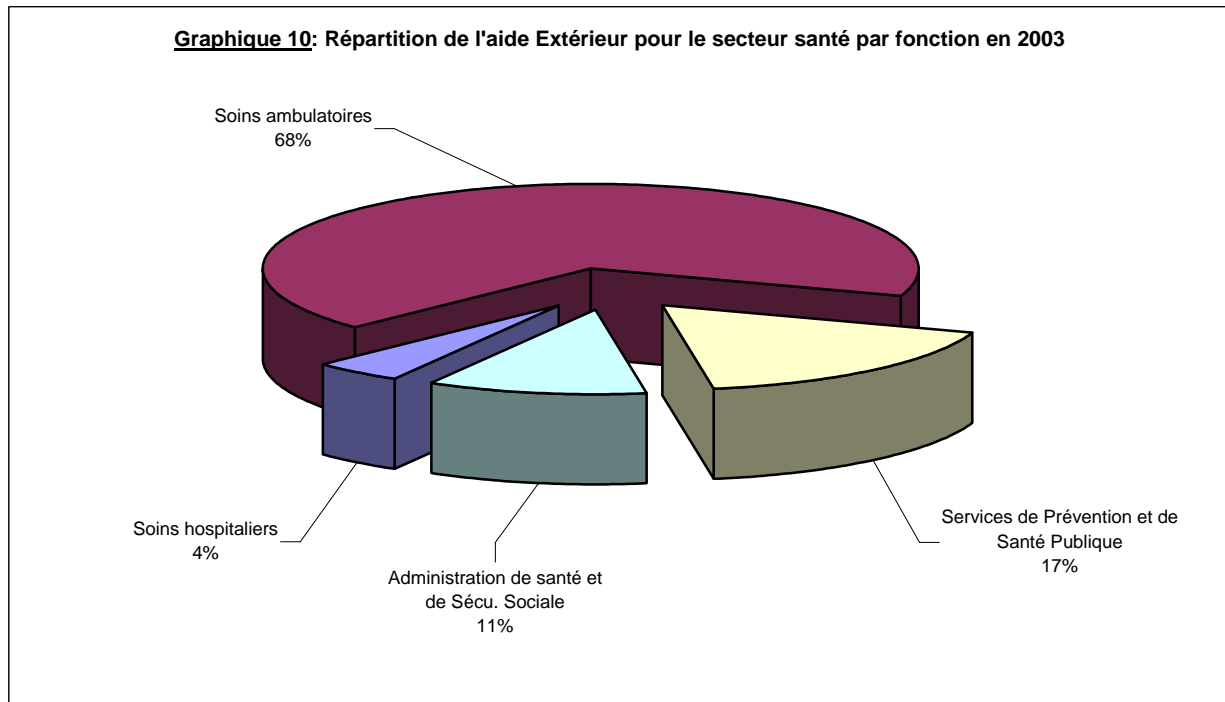


Ce graphique quant à lui traduit l'évolution de la part du financement de la coopération internationale consacrée à la santé entre 1997 et 2003



La part du financement extérieur consacrée à la santé a fluctué entre 15 et 23% de 1999 à 2003. En effet la part moyenne du financement extérieur consacrée à la santé est 18,82% alors que les autres secteurs se répartissent plus de 80% du financement extérieur.

▫ Analyse fonctionnelle des crédits alloués par les bailleurs de fonds

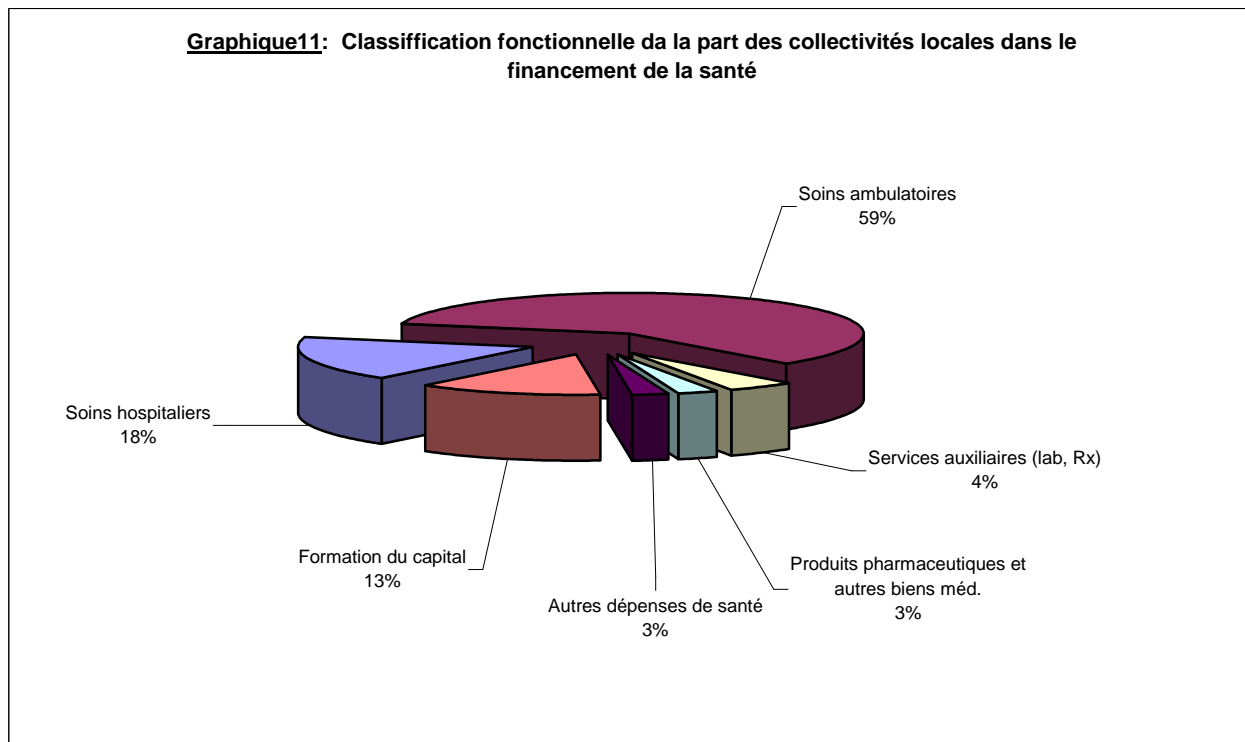


La part des soins dans l'aide financière apportée à la santé par la coopération internationale n'est pas si élevée, comme on pourrait le croire a priori, puisqu'elle se limite à 72%. Les services de prévention et de santé publique consomment 17% du financement à travers la formation continue, la recherche, la vaccination et autres. L'administration de la santé quant à elle, bénéficie de 11% du financement extérieur alloué à la santé. Comme on peut le constater, ce sont essentiellement les soins et la prévention qui renforcent le financement de la coopération internationale pour le secteur santé.

b. Analyse du financement de la santé par les collectivités locales au Bénin

Historiquement, les missions sanitaires des collectivités locales (CL) à travers des activités d'Hygiène et de la police sanitaire, ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique. Aujourd'hui avec la décentralisation et l'autonomie donnée

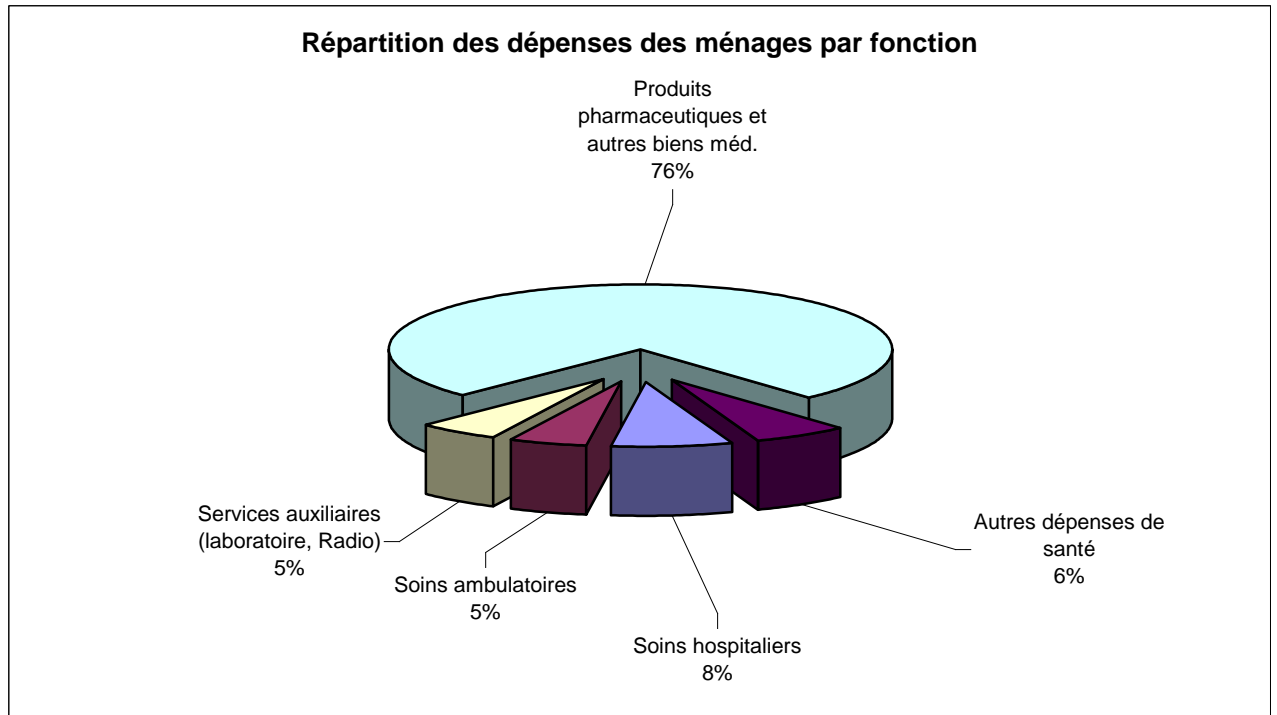
aux communes, ils interviennent tout comme le MSP au niveau de toutes les fonctions, même si cette intervention demeure encore très marginale (0,1% de la dépense totale de santé au Bénin).



La structure fonctionnelle des dépenses sanitaires des CL reflète qu'ils s'intéressent vraiment à toutes les fonctions du système de santé. Ceci traduit les part respectives des soins ambulatoires (59%), des soins hospitaliers (18%), des produits pharmaceutiques (3%) et des services auxiliaires (4%). Les investissements quant à eux ne constituent que 13% des dépenses de collectivités locales dans la santé.

Vu le rôle des collectivités locales dans le développement de leur localité, il urge de sensibiliser les maires pour qu'ils s'impliquent davantage dans le financement de la santé.

c. Financement de la santé par les ménages



Les ménages financent déjà les dépenses de santé par l'intermédiaire de l'Etat en payant les impôts et taxes diverses. Ils contribuent également de façon indirecte au financement de la santé par leurs cotisations à l'assurance maladie et aux mutuelles.

. En outre, les ménages effectuent des paiements directs auprès des établissements de soins aussi bien publics que privés qui constituent 52,1% de la dépense totale de santé en 2003 au Bénin.

Le graphique ci-dessus traduit alors la répartition des versements directs des ménages par fonction. Il ressort de ce graphique que les produits pharmaceutiques consomment à eux seuls 76% des dépenses des versements directs des ménages alors que les soins hospitaliers consomment 8%. Les soins ambulatoires et les services auxiliaires (laboratoires, Radio,...) consomment chacun 5%.

Vu cette forte dépense observée au niveau des ménages pour les produits pharmaceutiques, il urge de négocier avec les firmes pharmaceutiques et de promouvoir la mise sous forme générique de certains produits de spécialité les plus consommés pour les affections fréquentes au Bénin.

Ces résultats confirment l'assertion selon laquelle les ménages constituent la principale source de financement de la santé malgré leur faible niveau de revenu. Il urge alors de promouvoir des systèmes de mutualisation des risques de santé afin de leur diminuer ce lourd fardeau.

d. Mutualisation du risque santé au Bénin

La mutualisation du risque santé à travers les mutuelles de santé et autres types de système de prévoyance santé a commencé par se développer progressivement depuis 1997. Le remboursement des prestataires réalisé par ces derniers reste encore très marginal. Cependant, il est à souligner que cette mutualité est en pleine expansion au Bénin et que des efforts sont consentis par les partenaires, les promoteurs, l'Etat et les mutualistes en vue du développement de la mutualité au Bénin

4.4 PROBLEME DES IMPAYES DES FRAIS DE PRESTATIONS DE SOINS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS : CAS DU CNHU

Dans la présente section, nous voudrions attirer l'attention des acteurs du système de santé sur le problème des impayés dans les hôpitaux spécialisés au Bénin. Si nous prenons l'exemple du CNHU, en 2003, il présentait un solde déficitaire. Si on exclut les créances recouvrables, ce gap devient plus important voire néfaste pour la viabilité de la structure hospitalière. En effet en en Décembre 2003, les créances du CNHU s'élevaient à 840 493 189 FCFA soit 17, 25% des recettes totales du centre.

Il ressort d'une analyse sommaire relative aux différents créanciers que l'essentiel de ces créances proviennent à 98% environ du secteur public. Il s'agit surtout des Autres ministères, du FNRB, des entreprises publiques, du Ministère de la santé et des collectivités locales.

Il urge que pour accompagner la réforme hospitalière en cours au Bénin que l'Etat prenne ses responsabilités afin d'assurer à moyen terme l'autonomie financière des centres hospitaliers.

CONCLUSION GENERALE

En définitive, il ressort de tout ce qui précède que le système sanitaire béninois est complexe et son financement est assez souvent inextricable

La dépense globale de santé est faible dans un contexte d'une part, de cherté des coûts des soins et des biens médicaux par rapport à un pouvoir d'achat limité et stagnant, et d'autre part, de la faiblesse de l'assurance maladie dont l'effet est très marginal au niveau des populations.

Le financement de cette dépense est très fragmenté et sa répartition est inéquitable. Le paiement direct des ménages (net de remboursements des assurances et mutuelles) constitue la source de financement principale du système. Cette situation n'est point adaptée au financement d'un secteur dont les dépenses des individus sont, en général, imprévisibles, et parfois, catastrophiques. En outre, des milliers de familles s'endettent lourdement ou se ruinent afin de pouvoir offrir les soins nécessaires à un ou plusieurs membres souffrant de maladie (s) chronique (s). Bien évidemment, cette situation s'aggrave particulièrement chez la population la plus pauvre.

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées, pour une bonne part, aux médicaments (41%). Le poids, assez faible, des soins ambulatoires (16%) est exacerbé par l'indigence de celui de la prévention sanitaire collective (9%) alors que les attentes à ce niveau sont élevées.

Les iniquités ne sont pas liées uniquement au financement mais à l'accès aux services de soins publics. Ces iniquités sont le résultat normal d'un maigre financement du secteur public joint à des modalités de financement et de fonctionnement inadaptées dans un contexte d'absence de reddition des comptes et de références de qualité et de performance.

L'ensemble de ces conclusions milite en faveur de la mise en place d'un système de prépaiement des coûts. Il s'agit concrètement de l'instauration d'un régime d'assurance maladie obligatoire précédée d'une étude de faisabilité.

Ces premiers comptes nationaux de la santé sont utiles pour quantifier des agrégats analytiques nécessaires à l'appréhension du système national de santé et pour mettre en exergue les grands problèmes liés à la répartition des ressources mobilisées, au financement et à l'utilisation des services de

santé au Bénin. Cependant, l'apport de cet outil sera beaucoup plus important lors de l'élaboration des seconds comptes nationaux de la santé.

L'exercice sur les comptes nationaux de la santé a mis en exergue quelques insuffisances liées aux systèmes d'information des diverses institutions intervenant dans le domaine de la santé.

Tout d'abord, on a remarqué que les données relatives au MSP ne sont pas facilement utilisables et demandent quelques fois des ajustements pour plusieurs raisons :

- 1 il existe souvent un décalage entre l'enregistrement comptable et les véritables affectations ou réalisations. On a remarqué, par exemple, des différences entre ce qui est déclaré comme ressources propres par les hôpitaux (hors intérêts et ventes) et les montants mentionnés dans la partie recouvrement & facturation.
- 2 les responsables locaux se plaignent assez souvent du manque d'informations sur les prix unitaires des produits (des centaines) qu'ils reçoivent des services centraux.

Le système d'information devra donc être réadapté en tenant compte des besoins des CNS. A quelques exceptions près, les autres institutions publiques souffrent à peu près des mêmes problèmes que ceux du MSP.

En outre, l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages, fut très utile pour déterminer les dépenses des ménages, mais le niveau de détail insuffisant n'a pas permis d'étudier en profondeur les problèmes d'iniquités. En effet l'enquête QUIBB n'a pas permis d'avoir une décomposition des dépenses des ménages par quintile et des données sur les guérisseurs traditionnels.

RECOMMANDATIONS

Dans le but de l'amélioration des prochains CNS, nous faisons les propositions suivantes :

- Introduire les aspects financiers et économiques dans le système d'information sanitaire du MSP.
- Utiliser l'expérience sur les comptes nationaux de la santé dans la conception du futur système d'information des hôpitaux publics.
- Accélérer l'introduction progressive de la comptabilité générale puis analytique dans ces établissements publics de santé.
- Améliorer les flux informationnels entre le niveau central et périphérique en donnant plus d'autonomie au niveau des centres communautaires.
- Mieux adapter l'Enquête Nationale sur les Niveaux de Vie des Ménages, en particulier à la logique de l'assurance maladie, des guérisseurs traditionnels et autres aspects.
- Introduire autant que possible une partie sur les dépenses santé dans les enquêtes réalisées au niveau du MSP sur la santé et la population.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Commission Nationale pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (2002), « Document de stratégie de réduction de la pauvreté au Bénin 2003-2005 », Cotonou
- El Alami El Fellousse L.A. (2005), « Mission d'appui à l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé au Bénin », Cotonou, Juillet
- INSAE, Banque Mondiale et Agence de Financement des Initiatives de Base, Enquête QUIBB 2002 sur les Indicateurs de Base du Bien-Etre, Non encore publiée, Cotonou
- Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement & INSAE (2002), « Enquête démographique et de santé, 2001 », Cotonou
- Ministère Chargé du Plan, de la Prospective et du Développement (2003), « Coopération pour le Développement, Rapport 2002 », Cotonou, Décembre
- Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche (2001), « Etude sur les conditions de vie des ménages ruraux 1999-2000 », Cotonou
- Ministère de la Santé Publique (2002), « Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006 », Cotonou
- Ministère de la Santé Publique (2004), « Rapport de performance 2003, secteur de la santé », DPP/CSE et DRFM, Cotonou
- Ministère de la Santé Publique (2005), « Revue des Dépenses publiques su secteur santé, Rapport provisoire », Cotonou, Octobre
- Ministère du Plan, de la Restructuration Economique et de la Promotion de l'Emploi (1998), « Enquête sur les dépenses des ménages en milieu urbain », Cotonou, Juin
- OMS, Banque Mondiale et USAID (2003), « Guide to producing national health accounts », WHO-HQ Genève
- PNUD et INSAE (1996), « Etudes sur les conditions de vie en milieu urbain », Volumes 1 et 2, Cotonou, Novembre
- Sites web de l'OMS, de la Banque Mondiale et de PHRplus
- Zine-Eddine El-Idrissi M.D. (2004), « Mission d'appui à la planification des activités des Comptes Nationaux de la Santé au Bénin », Cotonou, Décembre

TABLE DES MATIERES

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE DU BENIN (EXERCICE 2003).....	2
<u>ACRONYMES ET ABREVIATIONS</u>	3
<u>PREFACE</u>	5
<u>REMERCIEMENT</u>	7
<u>RESUME</u>	8
Envergure du financement.....	8
Sources de financement	8
Dépenses de santé par fonction.....	8
Analyse sectorielle	9
INTRODUCTION	10
I. <u>Les Comptes Nationaux de la Santé au Bénin</u>	12
1.1 <u>PROBLEMATIQUE</u>	12
1.2 <u>APPROCHE METHODOLOGIQUE</u>	13
1.3 <u>CLASSIFICATION ET DEFINITIONS</u>	14
1.3.1- Classification.....	14
a) Soins hospitaliers.....	14
b) Soins ambulatoires :.....	15
c) Prévention sanitaire collective :.....	15
d) Recherche médicale :	16
e) Formation/enseignement :	16
f) Médecine traditionnelle :	16
g) <i>Administration</i> :	16
1.3.2- Définitions	17
a- <i>Source de financement /Institutions intermédiaires de financement</i> :	17
b- <i>Consommation médicale / Dépense globale de santé</i>	17
c- <i>Système de santé</i>	17
1.4 <u>SYSTEME NATIONAL DE SANTE</u>	18
II. <u>SYSTEME DE SANTE BENINOIS</u>	23
2-1 <u>SITUATION ECONOMIQUE NATIONALE EN 2003</u>	23
2-2 <u>L'OFFRE ET LA DEMANDE DE SOINS EN SANTE</u>	26
2-3 <u>FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE</u>	27
III. - <u>ANALYSE DU FINANCEMENT DE LA SANTE</u>	29
3-1 <u>ENVERGURE DU FINANCEMENT DE LA SANTE</u>	29
a) Niveau de dépense totale de santé en 2003 au Bénin	29
b) Niveau de dépense totale de santé : comparaison entre pays de la sous région en 2003	29
Tableau I: Niveau de la dépense globale de santé : comparaisons avec certains pays Africains	29
3-2 <u>Dépense de santé par source de financement du système de santé</u>	30
<i>Analyse de la répartition de la dépense globale de santé par source de financement</i>	32
<i>Présentation de la matrice sources de financement –agent de financement (FSXHF)</i>	30
3-3 <u>DEPENSE DE SANTE PAR AGENT FINANCEMENT</u>	33
3-4 <u>DEPENSE DE SANTE PAR PRESTATAIRES</u>	34
Présentation des matrices HFXHP	34
3-5 <u>DEPENSES DE SANTE PAR FONCTIONS SANITAIRES</u>	36

Présentation matrice HFXHC.....	37
IV. - ANALYSES SECTORIELLES	41
4-1 FINANCEMENT MINISTERE DE LA SANTE.....	41
4-2 <u>ANALYSE DE L'UTILISATION DU BUDGET EXECUTE DU MSP</u>	42
Tableau : Niveau de consommation des crédits alloués.....	42
4-3 <u>ANALYSE FONCTIONNELLE DU BUDGET DU MSP</u>.....	44
<i>Répartition par prestataires.....</i>	<i>44</i>
4-4 <u>PROBLEME DES IMPAYES DES FRAIS DE PRESTATIONS DE SOINS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS : CAS DU CNHU, HOMEL</u>	51
a) Coopération et santé	46
b) Analyse du financement de la santé par les collectivités locales au Bénin.....	48
c) Financement de la santé par les ménages.....	49
d) Mutualisation du risque santé au Bénin	51
CONCLUSION GENERALE	51
RECOMMANDATIONS.....	54

Tableau II : Synthèse des indicateurs pour l'année 2003 au Bénin.....	Erreur ! Signet non défini.
Tableau III Flux financiers entre les sources de financement et les agents de financement, Bénin, 2003, en FCFA courants	31
Tableau : Répartition du Budget MSP par prestataires de soins et services.....	44

ANNEXES

ANNEXE1

Evolution du budget du MS, du budget de l'Etat et du PIB entre 1997 et 2004

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Budget Santé FCFA Courants	25 764	30 590	30 821	33 548	40 509	38 328	39 430	45 670
Budget Etat FCFA courants	170 020	189 455	276 908	336 149	414 063	477 609	401 908	547 700
PIB FCFA Courants	1 323 900	1 448 400	1 532 400	1 679 600	1 832 100	1 956 900	2 067 500	2 144 700
Indice Budget Santé	100	118,7	119,6	130,2	157,2	148,8	153,0	177,3
Indice Budget Etat	100	111,4	162,9	197,7	243,5	280,9	236,4	322,1
Indice PIB	100	109,4	115,7	126,9	138,4	147,8	156,2	162,0
Population	5 780 591	5 970 804	5 990 396	6 169 084	6 353 207	6 769 914	6 982 750	7 228 089
Inflation	3,7%	5,8%	0,3%	4,2%	4,0%	2,4%	1,5%	1,5%
Cumul	100	105,8	106,1	110,6	115,0	117,8	119,5	121,3
Budget Santé FCFA Constants	25 764	28 913	29 044	30 340	35 226	32 548	32 989	37 645
Budget Santé FCFA constants per capita	4 457	4 842	4 848	4 918	5 545	4 808	4 724	5 208

Sources : INSAE, Revue des Dépenses publiques et calculs du Ministère de la Santé/DPP/SESP

ANNEXE2 : Tableau montrant les créances du CNHU en 2003

Créanciers	Montant (FCFA)
Ministère de la Santé Publique	63 080 976
Autres Ministères	541 196 579
Institutions de l'Etat	9 122 506
Collectivités Locales	10 431 324
CNSS	11 466 647
FNRB	109 642 902
Mutuelles communautaires	449 852
Compagnies d'assurance privées	15 237 115
ONG / Eglise	1 937 954
Entreprises publiques	62 667 743
Entreprises privées	12 890 097
Reste Du Monde	2 369 494
Total	840 493 189

