



DIRECTION DE LA PROGRAMMATION ET DE LA PROSPECTIVE

COMPTES DE SANTE 2013

Comptes généraux et dépenses de santé du paludisme, du VIH/SIDA et de la tuberculose

Décembre 2015

PREFACE

Le rôle du Ministère de la santé est de mettre en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé. L'objectif global de cette politique contenu dans le plan stratégique du secteur est d'améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes. Pour atteindre cet objectif des domaines d'intervention ont été identifiés. Le domaine relatif au financement du secteur évoque un problème épineux au niveau de la gestion des ressources du secteur.

Dans la recherche d'une meilleure solution à ce problème, le ministère de la santé s'est doté d'un outil efficace d'aide à la décision que sont les Comptes de la Santé. Ils sont d'une importance capitale pour la planification et l'allocation optimale des ressources en matière de politique de santé. L'établissement des Comptes de la Santé permet d'obtenir des données qui servent à suivre l'évolution des dépenses en santé dans le secteur public et dans le secteur privé, pour les prestations de soins, par différents prestataires mais aussi par maladie, par groupe d'âge de la population et par région à l'intérieur d'un pays. Les Comptes de la Santé permettent ainsi d'avoir une vue détaillée des flux des ressources du système de santé et de mettre au point des stratégies nationales destinées à améliorer le financement du secteur. .

Aussi, le Bénin s'est-il engagé dans le processus d'élaboration de ce précieux outil depuis 2003 et est actuellement à sa quatrième édition.

Le but principal du présent rapport est de mettre à la disposition des autorités politico-administratives les résultats des Comptes de Santé de 2013 afin de contribuer à l'amélioration de la prise de décision sur des bases factuelles. Il renferme des informations financières essentielles sur le système de santé du pays et fait un focus sur les dépenses liées à la lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose qui sont des domaines prioritaires de notre politique de santé.

Je saisis cette occasion pour adresser mes sincères remerciements à toutes les structures internes et connexes du ministère qui ont contribué à l'élaboration du présent rapport et plus particulièrement à l'OMS, l'USAID, le Fonds Mondial, et tous les autres Partenaires Techniques et Financiers pour l'intérêt qu'ils ont accordé à la production des Comptes de la Santé à travers leurs appuis technique et financier.

Au regard des enjeux que représente le financement de la santé, je ne doute aucun instant que les utilisateurs trouveront chacun dans ce rapport les informations pertinentes nécessaires pour mettre au point des stratégies nationales destinées à financer davantage et efficacement les activités de la santé.

Le Ministre de la santé

Pascal DOSSOU-TOGBE

TABLE DES MATIERES

PREFACE	II
INTRODUCTION	3
I. GÉNÉRALITÉS	8
1.1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU BÉNIN	8
1.2. PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ	8
1.3. PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN 2013	8
II. MÉTHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNÉES	10
2.1. DÉFINITION ET UTILITÉ DES COMPTES DE LA SANTÉ	10
2.2. DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES DES CONCEPTS	11
2.3. PROCESSUS D'ÉLABORATION DES CS	13
III. RÉSULTATS DES COMPTES GÉNÉRAUX DE LA SANTE DE 2012	14
I.1. VOLUME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ ET PRINCIPAUX INDICATEURS	14
I.2. ANALYSE DES RÉSULTATS DES DÉPENSES COURANTES DES COMPTES DE LA SANTÉ DE 2013	16
I.2.1. Recettes des régimes de financement de la santé (FS)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I.2.2. Régimes de Financement (HF)	17
I.2.3. Agents de Financement (FA)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I.2.4. Analyse de la dimension prestataire de soins de santé (HP)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I.2.5. Analyse de la dimension fonction des soins de santé (HC)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I.2.6. Répartition des dépenses de santé par tête d'habitant	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
RÉPARTITION DES DÉPENSES DE SANTÉ PAR TÊTE D'HABITANT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
I.2.7. Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
I.3. DÉPENSES D'INVESTISSEMENTS EN SANTÉ	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
IV. RESULTAT ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIES PRIORITAIRES	25
I.1. DÉPENSES DE SANTÉ DU PALUDISME EN 2013	25
I.1.1. DÉPENSES COURANTES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
I.3.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin	25
I.1.2. DÉPENSES D'INVESTISSEMENT DU PALUDISME	31
I.2. DÉPENSES DE SANTÉ DE LA TUBERCULOSE EN 2013	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
I.2.1. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE AU BÉNIN	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
I.2.2. VOLUMES DES DÉPENSES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3. DÉPENSES COURANTES DE LA TUBERCULOSE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3.1. LES UNITÉS INSTITUTIONNELLES DE LA TUBERCULOSE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3.2. LES RECETTES DES RÉGIMES DE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE LA TUBERCULOSE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
DEFINI.	
4.2.2.3.3. RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR RÉGIMES DE FINANCEMENT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3.4. RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR AGENTS DE FINANCEMENT	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3.5. RÉPARTITION DES DÉPENSES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.3.6. RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR PONCTION DE SOINS DE SANTÉ	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
4.2.2.4. DISTRIBUTION DES DÉPENSES D'INVESTISSEMENT DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
DEFINI.	
I.3. RÉSULTATS DES DÉPENSES DE SANTÉ DU VIH/SIDA EN 2013	40
I.3.1. Aperçu sur la situation du VIH / SIDA	40
I.3.2. Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA	41
I.3.2.1. Dépenses courantes du VIH/SIDA en 2013	41
I.3.2.1.1. Recettes de régimes de financement	41
I.3.2.1.2. Régimes de financement des dépenses	42

l.3.2.1.3.	<i>Agents de financement</i>	42
l.3.2.1.4.	<i>Prestataires de soins de santé</i>	43
l.3.2.1.5.	<i>Fonction des soins de santé en 2013</i>	43
l.3.3.	<i>Dépenses en capital en 2013</i>	44
l.3.3.1.	<i>Agent de financement en 2013</i>	44
l.3.3.1.1.	<i>Prestataires de soins de santé en 2013</i>	45
l.3.3.1.2.	<i>Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013</i> Erreur ! Signet non défini.	
V.	EVOLUTION DU BUDGET ALLOUÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ	46

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES



LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

CHD	Centre Hospitalier de Département
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
CS	Comptes de Santé
FCFA	Franc des Communautés Financières d'Afrique
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DHK	Dépenses en Capital
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DTS	Dépenses Totales de Santé
DPP	Direction de la Programmation et de la Prospective
DOT	Observation Direct de Traitement
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FA	Financing agents (Agents de Financement)
FS	Financing Sources (Sources de financement ou Recettes de régime de financement)
EMICoV	Enquêtes Modulaires Intégrées des Conditions de Vie des Ménages
HFG	Health Financing and Governance Project
HAPT	Health Account Production Tool
HC	Health care functions (Fonction de soins de santé)
HF	Health care financing schemes (Régime de financement)
HP	Heath providers (Prestataires de soins)
HTA	Hypertension Artérielle
HZ	Hôpitaux de Zone
IHPC	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PEC	Prise en Charge
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte Contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RBM	Roll Back Malaria
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SEP	Service des Études et de la Prospective
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Le présent rapport élaboré conformément à la nouvelle méthodologie du SHA 2011, est l'aboutissement d'un long processus depuis la collecte des données jusqu'au traitement et à la production des premiers résultats. Ce document a été réalisé par une équipe multidisciplinaire sous la houlette du Service des Etudes et de la Prospective de la Direction de la Programmation et de la Prospective du Ministère de la Santé, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

Les dépenses globales de santé du Bénin ont atteint 188,47 milliards de FCFA en 2013 soit 4,59% du PIB. Elles ont enregistré une baisse de volume passant de 192,88 milliards de FCFA en 2012 à 188,47 milliards de FCFA en 2013. Les dépenses de santé par tête d'habitant ont connu les mêmes tendances passant de 20.596 FCFA (41,19 USD) en 2012 à 18.877 FCFA (39,74 USD) en 2013 contre 56 USD selon la norme retenue par l'OMS.

Les Dépenses Courantes en Santé (DCS), sont évaluées à 176, 74 milliards en 2013 contre 172,05 milliards de FCFA en 2012. Les raisons qui pourraient expliquer cette légère augmentation est la volonté des acteurs à atteindre les OMD prévus pour 2015, à travers l'accélération dans la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018).

Par ailleurs, les Dépenses en Capital (ou dépenses d'investissement) sont estimées à 11,733 milliards en 2013 contre 20,802 milliards de FCFA en 2012. Ces dépenses ont essentiellement servi à l'acquisition des matériels et équipements à hauteur de 60,98% et à la réalisation des infrastructures sanitaires pour 23,16%.

La répartition des dépenses courantes de santé par recette de régime de financement montre que les ménages constituent la première source de revenus dans le financement du secteur de la santé (42,74%) en 2013. Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) viennent en deuxième position avec 25,57% suivi des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (18,42%).

La distribution des dépenses de santé par régime de financement quant à elles, révèle que les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (46,58%) constituent les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent les services de santé en 2013.

Les paiements directs des ménages viennent en deuxième position avec 42,31%. Le mode de participation au financement de la santé dans ce cas est volontaire et basé sur la disposition du ménage à payer les services de santé. Les ménages n'ont droit aux services de soins que s'ils contribuent par paiement direct en puisant dans leurs économies ou en empruntant auprès d'une tierce personne. Cela traduit une insuffisance de mutualisation pour le partage de risques ou de mécanisme d'assurance maladie.

Il ressort de l'analyse des dépenses des agents de financement que l'administration publique et les ménages représentent les principaux agents qui ont géré les fonds issus des régimes de financement (respectivement 45,17% et 42,31%).

Par ailleurs, les principaux prestataires de soins de santé sont les hôpitaux et les prestataires de soins préventifs qui contribuent respectivement à hauteur de 31,43% et de 20,97%. Ensuite viennent les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (18,72%) puis les prestataires de soins ambulatoires (15,09%).

La majorité des dépenses de santé par fonctions de soins de santé est orientée vers les soins curatifs (48,15%). Les soins préventifs et les biens médicaux ont absorbé respectivement 21,19% et 18,72%. S'agissant des soins curatifs, 20,95% des financements ont été orientés vers les soins curatifs en milieu hospitalier et 27,20% vers les soins curatifs en ambulatoire.

La distribution des dépenses totales de santé par maladies prioritaires au titre de l'année 2013 indique que les dépenses totales effectuées dans le cadre de la lutte contre le paludisme en 2013 s'élèvent à environ 30,691 milliards de FCFA. Elles représentent 16,28% des dépenses totales affectées à l'ensemble des affections en 2013 et 72,48% des dépenses affectées à l'ensemble des maladies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme et tuberculose).

En ce qui concerne la tuberculose, les dépenses totales effectuées en 2013 s'élèvent à 1,002 milliards de FCFA. Elles représentent 0,53% des dépenses totales de santé affectées à l'ensemble des affections et 2,37% des dépenses liées aux maladies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme et tuberculose).

Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH/ SIDA, les infections opportunistes et les infections sexuellement transmissibles s'élèvent à 10, 649 milliards de FCFA (11, 145 milliards si les dépenses des ménages sont prises en compte) ; ce qui représente 5,65% (6.25%) des dépenses totales en santé (DTS). Rapportées aux maladies prioritaires, elles représentent 25,15%.

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé a pour mission de concevoir et de mettre en œuvre la politique de l'Etat en matière de santé conformément aux lois et règlements en vigueur au Bénin ainsi qu'à la vision et à la politique du Gouvernement.

Dans ce cadre, il s'emploie à améliorer les conditions socio-sanitaires des familles sur la base d'un système intégrant les populations pauvres et indigentes. Cette amélioration se fait à travers des actions concourant à l'atteinte des OMD, à la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, de la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRCP 2011-2015) et du Programme d'Actions Prioritaires (PAP).

Depuis 2003, le Ministère de la Santé élabore les comptes de santé pour rendre compte du financement et des dépenses de santé dans le pays au cours d'une année. Cet exercice nécessite la maîtrise des données sur le financement (agent et régime de financement). En effet, le financement des services de santé dépend de la stratégie de mobilisation des ressources et d'exécution des dépenses en vue d'atteindre les objectifs de santé. Ce financement est confronté à des défis découlant d'une part, des mutations démographiques et épidémiologiques et d'autre part, de l'émergence de problèmes de santé publique, des progrès technologiques et de l'environnement socio-politique. Ainsi, dans le contexte béninois, le mode de financement des services de santé est peu favorable à la demande des soins car 35.2% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (UEMOA, 2010).

Au Bénin, le financement de la santé qui se fait à travers un ensemble complexe d'allocation des ressources par les parties prenantes (Gouvernement, PTF, ménages, ONG, assurances, etc.), constitue une situation qui voile beaucoup d'informations par rapport à la contribution effective de chaque entité.

L'élaboration du présent document permet de fournir une description des flux des ressources dans le secteur de la santé ; ce qui montre d'où proviennent les ressources, comment et par qui elles sont utilisées. Il s'agit là d'un outil de planification et d'aide à la prise de décisions comportant des informations factuelles. Ainsi, ce rapport portant sur l'année 2013 permet d'analyser les dépenses nationales de santé et la production des dépenses par maladie prioritaire.

Le présent rapport s'articule autour des points suivants : i) généralités du système de santé, ii) méthodologie utilisée, iii) résultats et analyse des comptes généraux de santé, iv) résultats et analyse des comptes des maladies prioritaires v) évolution du budget alloué au MS, et enfin vi) recommandations.

1) GÉNÉRALITÉS

1.1. Présentation générale du Bénin

Située sur le Golfe de Guinée, la République du Bénin est un Etat de la sous-région ouest africaine. Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigéria et au sud par l'océan Atlantique. Le Bénin couvre une superficie de 114 845,2 km² et s'étend sur une longueur de 700 km. Sa largeur varie de 125 km (le long de la côte) à 325 km (latitude de Tanguéta). Son territoire est découpé en 12 départements couvrant 77 communes constituées de 546 arrondissements. Sa population en 2013 est estimée à 10 008 749 habitants dont 51,2 % de personnes de sexe féminin (RGPH4 2012).

1.2. Présentation du système de santé : organisation du système de santé

1.2.1. Niveau central

Le niveau central est administré par le Ministère de la Santé qui assure la conception et la mise en œuvre de la politique sanitaire du Bénin. A ce titre, il est chargé entre autres de : concevoir, appliquer et contrôler la politique sanitaire nationale et internationale ; définir et suggérer au Gouvernement, au besoin, de concert avec d'autres départements ministériels, les stratégies et programmes d'actions conformes à la politique sanitaire.

1.2.2. Niveau intermédiaire

Il est constitué de six (06) Directions Départementales de la Santé (DDS) qui ont pour rôle de : i) coordonner toutes les actions de santé au niveau des départements, ii) superviser les structures de santé des niveaux intermédiaire et périphérique.

1.2.3. Niveau périphérique

Il est composé de trente-quatre (34) zones sanitaires (ZS) réparties sur toute l'étendue du territoire national. La ZS représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous forme d'un réseau de services publics de premier contact (maternités et dispensaires seuls, centres de santé) et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital public ou privé de première référence (hôpital de zone) et destiné à desservir une aire qui abrite entre 100 000 et 200 000 habitants.

1.3. Performance du système de santé en 2013

Au cours de l'année 2013, les actions au niveau du secteur de la santé ont été principalement marquées par la poursuite des réformes entreprises les années antérieures. Ces actions ont entraîné une amélioration de certains indicateurs de performance du secteur. Ainsi la situation épidémiologique se présente comme il suit:

1.3.1. Profil épidémiologique de 2013

Les affections fréquemment rencontrées en consultation en 2013 et n'ayant pas fait objet d'hospitalisation se présentent dans l'ordre décroissant ci-après : le paludisme (40,6%), les infections respiratoires aiguës (13,3%), les autres affections gastro-intestinales en dehors des diarrhées (6,8%) , les traumatismes (4,9%), l'anémie (4,2%), les diarrhées (3,0%), les autres affections dermatologiques (Gale, zona, teigne, eczéma, infections cutanées, etc.) (2,1%), l'hypertension artérielle (1,5%), les douleurs abdominales basses (1,4 %), les conjonctivites (1,1%), et le reste des affections (21,2%)¹.

¹ Le reste des affections regroupe 28 maladies. Confère Annuaire des Statistiques sanitaires 2013, SGSI/DPP/MS

En ce qui concerne la surveillance épidémiologique, les cas enregistrés de 2012 à 2013 sont consignés dans le tableau ci-après :

Tableau 1: Évolution de quelques cas d'affections à potentiel épidémique entre 2012 et 2013

Affections	2012		2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès
Tétanos néo-natal	06	5	8	1
Choléra	630	3	528	6
Fièvre jaune	0	0	0	0
Méningite	1220	112	833	82
Paralysie flasque aigüe	108	0	180	0
Rougeole	350	0	996	01
Shigellose	0	0	8	0

Source: Annuaires des Statistiques Sanitaires 2012 et 2013

On remarque depuis plusieurs années une tendance à l'endémicité du choléra au Bénin avec plusieurs communes qui sont touchées chaque année à divers degrés.

En ce qui concerne la rougeole, 33 communes des 77, soit 43% ont connu des foyers épidémiques en 2013.

1.3.2. Mortalités maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile

- Mortalité maternelle

Au Bénin, ce ratio est mesuré tous les dix (10) ans. La première estimation a été faite en 1996, la seconde en 2006 et la troisième probablement en 2016. Les estimations de 1996 et de 2006 révèlent une différence de 101 points. Par rapport à la cible de réduction de 3/4 retenue pour OMD 5, la tendance bien que baissière indique que cette cible ne sera pas atteinte en 2015.

Evolution du Ratio de Mortalité Maternelle au Bénin de 1992 à 2006

RGPH 1992	EDS 1996	EDS 2006	Cible OMD 5
473	498	397	125
pour 100 000NV	pour 100 000NV	pour 100 000 NV	pour 100 000 NV

Source : Rapport de performance :

- Mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile

Les trois indicateurs essentiels pour apprécier les progrès réalisés en matière de santé chez les enfants de moins de cinq (5) ans sont les taux de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile. En tenant compte des données des EDS, ces indicateurs se sont améliorés entre les années 1996 et 2011. Le taux de mortalité infantile a regresser de 55% et le taux de mortalité infanto-juvénile de 58%.

Evolution du quotient de mortalité infantile et juvénile

Opération	Mortalité infantile(‰)	Mortalité juvénile(‰)	Mortalité infanto juvénile (‰)
EFB, 1982	123,0	137,0	243,1
RGPH2, 1992	98,6	76,0	167,1
EDSB-1, 1996	93,9	80,0	166,4
EDSB-2, 2001	89,1	77,8	160,0
RGPH3, 2002	90,0	63,7	146,4
EDS3, 2006	67	62	125
EDS4, 2011	42,0	30	70

Source : Rapport de performance

2) METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES

2.1.Définition et utilité des comptes de la santé

Les Comptes de la Santé consistent en une série standard de tableaux qui présentent divers aspects des dépenses de santé d'un pays. Ils englobent toutes les dépenses de santé y compris les dépenses publiques et privées, et les contributions des bailleurs. Ils permettent aussi de faire un suivi détaillé des flux financiers entre les divers acteurs du secteur de la santé, comme la distribution de fonds du Ministère de la Santé (MS) à chaque établissement sanitaire ou prestataire de services de santé. Pour résumer, les CS mesurent le « pouls financier » des systèmes de santé nationaux et répondent à des questions telles que :

- qui dans le pays paie pour les soins de santé ?
- combien dépense chaque personne physique ou morale, et pour quels types de services ?
- comment les fonds sont-ils répartis entre les divers services de santé ?
- qui bénéficie des dépenses de santé ?

L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des politiques publiques, leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé. Le circuit du système de financement de la santé peut être représenté selon le schéma ci-dessous :

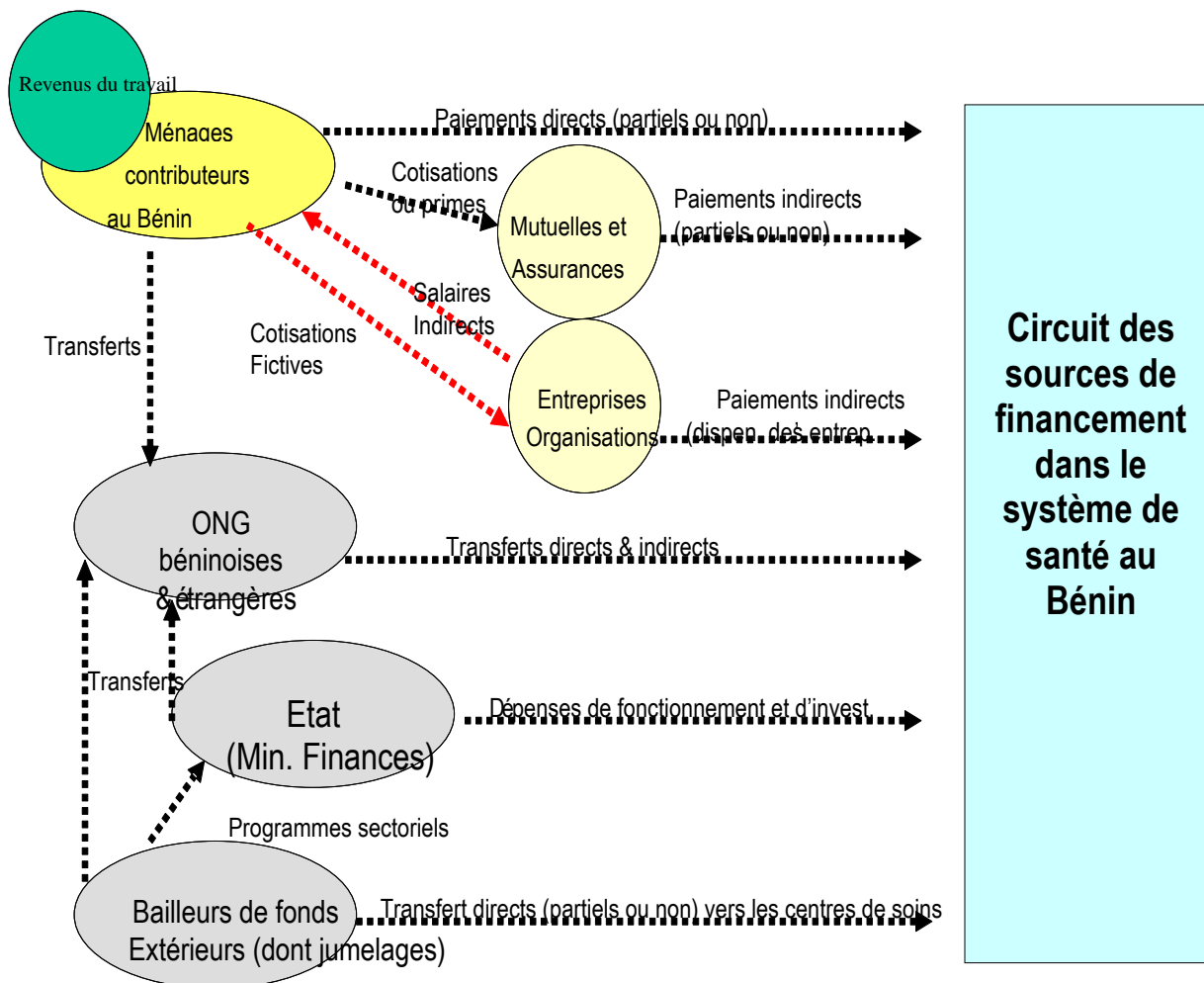


Figure 1: Présentation schématique du système de financement de la santé du Bénin

2.2. Définitions opérationnelles des concepts

❖ Les dépenses de santé

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes.

❖ Les dépenses courantes de santé (DCS)

Ce sont des dépenses de consommation finale en biens et services de santé par les unités résidentes, quelque soit le lieu de la consommation (c'est-à-dire, sur le territoire économique ou dans le reste du monde), ou la personne qui paye.

❖ La formation brute du capital (HK)

Elle est l'ensemble des valeurs des actifs (infrastructures, équipements médico-techniques, microscopes,...) que les prestataires ont acquis pendant l'exercice fiscal (moins la valeur des ventes d'actifs de même nature) et qui sont utilisés fréquemment ou pendant plus d'une année dans la fourniture des services de santé.

❖ Les dépenses totales de santé (DTS)

Les DTS sont égales aux dépenses courantes de santé auxquelles on ajoute la formation brute de capital (HK).

❖ Les recettes de régimes de financement (FS)

Elles constituent une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Autrement dit, ce sont des organisations ou des entités qui fournissent les fonds utilisés par les agents de financement dans le système de santé.

❖ Les régimes de financement (HF)

Les régimes de financement sont les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé (public, privé, extérieur).

❖ Les agents de financement (FA)

Les agents de financement sont les unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.

❖ Les prestataires de soins (HP)

Ce sont les entités qui reçoivent de l'argent en échange de la réalisation d'un ensemble d'activités comprises dans le champ délimité par les comptes de la santé.

❖ Les fonctions de la santé (HC)

Ce sont les types de biens et services fournis par les prestataires de soins ainsi que les activités réalisées dans le champ délimité par les comptes de la santé.

❖ Les transferts directs étrangers

Ce sont des revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont sous forme de subventions venant des agences internationales, des gouvernements étrangers, des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.

❖ Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique

Il s'agit des fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé.

❖ Les données de sources primaires

Ce sont des données issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés.

❖ Les données de sources secondaires

Les données de sources secondaires encore appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

2.3. Processus d'élaboration des CS

L'élaboration des Comptes de la Santé 2013 du Bénin s'est déroulée en quatre étapes : la collecte des données, le traitement des données, la rédaction et la validation du rapport.

2.3.1. Collecte des données

Les données collectées proviennent de deux principales sources suivantes :

- sources primaires : PTF, ONG, CNSS, grandes entreprises privées, collectivités territoriales, mutuelles de santé et compagnies d'assurances.
- sources secondaires : Rapports d'Auto-Evaluation (RAE), documents comptables et financiers des structures décentralisées et des projets et programmes du secteur. Les données des ménages ont été obtenues à travers les résultats actualisés des Enquêtes Modulaires Intégrées des Conditions de Vie des ménages (EMICoV) réalisées par l'INSAE.

2.3.2. Technique d'estimation des dépenses des ménages

Les dépenses de santé des ménages 2013 sont une actualisation faite par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). La méthodologie d'estimation a consisté à appliquer la formule $D_{n+1} = \alpha * D_n$ où D_{n+1} est la dépense estimée pour l'année n+1 et D_n la dépense de l'année n. α est un coefficient déterminé à partir de l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) et de l'indice de volume (IV).

$$\alpha = (IHPC_{n+1}/IHPC_n) * (IV_{n+1}/IV_n)$$

En considérant que la quantité consommée est proportionnelle à la population susceptible de consommer les produits/services de la santé, on obtient :

$$\alpha = (IHPC_{n+1}/IHPC_n) * (P_{n+1}/P_n);$$

où P est la population susceptible de consommer l'ensemble de produits ou services de la santé.

Les dépenses ont été désagrégées par département, par nature de formation sanitaire (publique, privée) et par instance de gestion des formations sanitaires. L'indice des prix utilisé est celui calculé pour la ville de Cotonou et ses environs. La source de données utilisées pour la population est le quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH4 2012).

Par ailleurs, d'autres sources d'informations ont été utilisées, soit pour compléter les informations manquantes soit pour s'assurer de la validité de celles qui nous ont été remises par les structures visitées. Il s'agit des documents officiels (rapports d'activités, rapport de recensement des formations sanitaires privées, bilans d'exécution du budget, fichiers sur le personnel de l'administration centrale, divers rapports centraux...) ainsi que diverses études et recherches sur le financement de la santé au Bénin.

2.3.3. Traitement des données

Le traitement des données a consisté au prime abord à organiser, synthétiser et saisir les données collectées en format Excel suivant la nouvelle nomenclature des CS pour constituer des bases de données. Des triangulations ont été ensuite faites avec d'autres sources de données secondaires en vue de mettre en relief les doublons éventuels et de les supprimer.

Après cette étape, toutes les données ont été codifiées et importées dans l'outil de production des CS, Health Account Production Tool (HAPT) suivant la nouvelle classification du système des comptes de la santé de 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque dépense, les codes FS, HF, FS RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Genre, Age, et DEP pour désigner respectivement les recettes des régimes de financement, les régimes de financement, Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement, les Agents de financement, les prestataires de soins de santé, les fonctions de soins de santé, Facteurs de production, les maladies, Sexe, Âge et les départements.

Pour répartir certaines dépenses de santé, des clefs de répartition ont été constituées sur la base des données du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), des résultats des études spécifiques dans le domaine de la santé et des rapports de suivi-évaluation.

Des tableaux croisés sur les dépenses globales et sur les dépenses par maladie et par bénéficiaire ont été produits pour la rédaction du présent rapport.

2.4. Difficultés rencontrées

L'élaboration du présent document a été confrontée à un certain nombre de difficultés qui se résument essentiellement à :

- La réticence de certains acteurs (PTF, ONG, Société d'entreprise et d'assurance, etc...) à répondre à temps aux questionnaires de la collecte des données qui leur ont été envoyés nonobstant les multiples relances ;
- L'insuffisance de données désagrégées pouvant être directement réparties suivant la nouvelle classification du système des comptes de la santé de 2011 ;
- la modification fréquente de la version de l'outil de production des comptes.
- L'insuffisance de formation des membres de l'équipe technique de production des CS par rapport au dynamisme du SHA 2011.

3) RESULTATS DES COMPTES GENERAUX DE LA SANTE DE 2013

Ces résultats sont présentés à travers le volume de financement de la santé avec les principaux indicateurs, l'analyse des résultats des dépenses courantes et les dépenses d'investissements en santé.

3.1. Volume de financement de la santé et principaux indicateurs

Trois principaux agrégats sont présentés dans le présent rapport. Il s'agit, des Dépenses Courantes de Santé (DCS), des dépenses en capital (DHK) et des Dépenses Totales de Santé (DTS). Outre ces trois agrégats, des indicateurs liés au financement de la santé ont été calculés.

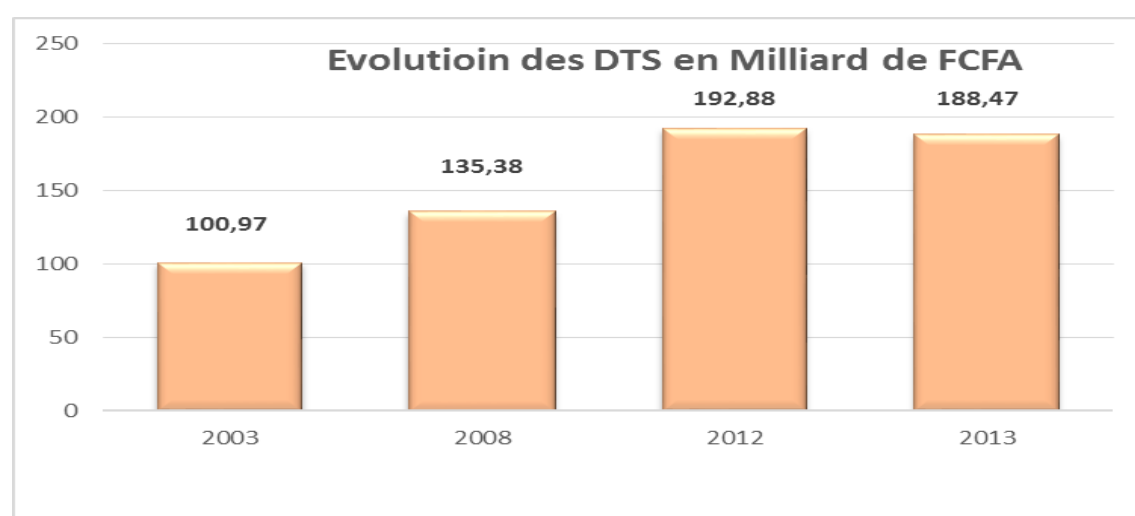
Des analyses comparatives des CS 2013 sont faites avec les résultats des CS des années antérieures. Les CS de 2003 et 2008 ont été faits sur la base du SHA 1. Toutefois, il convient de noter que, compte tenu de la différence de méthodologies utilisées entre les autres éditions et celle de 2012 où il y a eu séparation entre les dépenses courantes et les dépenses en capital, des déductions ont été faites pour permettre les comparaisons. Cette même méthodologie, SHA 2011, a été utilisée pour l'édition 2013.

- **La Dépense Courante en Santé (DCS)** est évaluée à 176, 74 milliards en 2013 contre 172,05 milliards de FCFA en 2012. Cette dépense était de 115,76 milliards de FCFA en 2008 soit une augmentation en valeur

absolue de 56,29 milliards de 2008 à 2012 et de 4,69 milliards de 2012 à 2013. L'accroissement des dépenses courantes de santé entre 2008 et 2012 est estimé à 48,6% et celui entre 2012 et 2013 est évalué à 2,7%.

- **La Dépense en Capital** (ou d'investissement en santé) s'élève à 11,733 milliards en 2013 contre 20,802 milliards de FCFA en 2012 et 19,62 milliards en 2008. Elle a essentiellement servi à l'acquisition des machines (60,98%) et à la formation brute de capital (23,16%), c'est-à-dire les constructions d'infrastructures sanitaires, l'acquisition des équipements médico-techniques, matériels roulants etc.
- **La Dépense Totale de Santé (DTS)** est évaluée à 188,47 milliards en 2013 contre 192,88 milliards de FCFA en 2012 soit une réduction de 2,29%.

, (). Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la dépense totale en santé de 2003 à 2013 à prix constant en volume.



Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

NB : les chiffres sont présentés à prix constant pour des besoins de comparaison

Figure 2 : Evolution des dépenses totales de santé de 2003, 2008, 2012 et 2013 (en milliards de FCFA)

La dépense totale de santé a connu une croissance de 2003 à 2012 en passant de 100,97 milliards de FCFA à prix constant à 192,88 milliards FCFA en 2012. Elle a chuté à 188,47 milliards de FCFA en 2013. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des dépenses courantes de santé par sources de revenus de 2012 à 2013.

Tableau 2 : Dépenses courantes de santé (DCS) par source de revenu en milliards de FCFA

Rubrique	2012		2013		Ecart
	Montant	(%)	Montant	(%)	
Gouvernement	40,66	24	45,20	26	4,54
Ménages	72,65	42	75,53	43	2,88
Entreprises	0,12	0	8,83	5	8,71
PTF	50,05	29	44,38	25	-5,67

Assurances et Mutuelles	8,60	5	2,80	2	-5,80
TOTAUX	172,05	100	176,74	100	4,69

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Selon le tableau ci-dessus, les DCS ont légèrement augmenté entre 2012 et 2013 passant de 172 milliards à près de 177 milliards soit une augmentation d'environ 5 milliards de FCFA. Les raisons qui pourraient expliquer cette légère augmentation est la volonté des acteurs à atteindre les OMD prévus pour 2015, à travers l'accélération de la mise en œuvre du PNDS 2009-2018.

Le tableau ci-après présente les principaux indicateurs des comptes de santé de 2013.

Tableau 3 : Les principaux indicateurs des comptes de santé 2013

Indicateurs 2013	Valeurs
Indicateurs de Base	
1. Population	10 008 749
2. Dépense totale en santé (milliard FCFA)	188,469
3. Dépense totale courante en santé (milliard FCFA)	176,736
4. Dépenses en capital de santé (milliard FCFA)	11,733
5. PIB 2013 (millions FCFA)	4104,1
6. Dépenses des ménages (milliard FCFA)	75,534
7. Dépenses publiques courantes de santé (milliard FCFA)	45,200
8. Dépenses publiques courantes de santé en % de la dépense totale de santé	23,98
9. Dépenses de santé par habitant (FCFA)	18 830
10. Dépenses de santé par habitant (USD)*	39,64
11. Dépenses de santé en pourcentage (%) du PIB	4,59
12. Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	40,08
13. Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	19,87
14. Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	45,15
15. Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	17,55
Indicateurs optionnels	
16. Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	24,4%
17. Ratio assurance maladie sur dépense totale de santé (en %)	6,3%
18. Ratio assurance maladie sur dépense de santé des ménages (en %)	15,6%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

* 1 USD = 475 FCFA

3.2. Analyse des résultats des dépenses courantes des comptes de la santé de 2013

3.2.1. Recettes des régimes de financement de la santé (FS)

Les recettes des régimes de financement sont principalement les cotisations, les taxes, les impôts, les appuis budgétaires, autres transferts, etc., visant à accumuler les fonds pour appuyer des actions en faveur de la santé.

Tableau 4 : Répartition des DCS par recettes des régimes de financement en 2013

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépenses (en millions de FCFA)	(%)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	45 199,83	25,57
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	32 557,78	18,42
Cotisations d'assurance sociale	2 073,72	1,17
Prépaiement obligatoire (autres que FS.3)	2 492,24	1,41
Prépaiement volontaire	7 058,07	3,99
Autres revenus nationaux (n.c.a.)	75 533,80	42,74
Transferts directs étrangers	11 820,28	6,69
Total	176 735,72	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Selon les résultats du tableau 4, la contribution des ménages représentée par autres revenus nationaux (42,74%) constitue la première source de revenus dans le financement du secteur de la santé en 2013. Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique viennent en deuxième position avec 25,57% en termes de volume de financement. Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique est la troisième source de revenus (18,42%) pour l'année 2013.

A l'instar des années antérieures (2003, 2008 et 2012), les ménages restent la principale source de financement de la santé au Bénin bien avant le Gouvernement et les PTF. Cette tendance était de 52,1% en 2003 ; 44% en 2008 et 42,22% en 2012.

Face à cette situation, il est important de se poser des questions sur l'impact de la mise en œuvre des différentes actions initiées par le gouvernement pour atténuer les dépenses de santé des ménages. Il s'agit entre autres, de la gratuité de la Prise en Charge (PEC) du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et la gratuité de la césarienne. Ce constat reste le même dans les états de la sous région. A titre d'illustration, le paiement direct des ménages au Niger est de 57,74% en 2011 et 42,06% en 2009 ; au Burkina Faso il est de 34,2% en 2012 et 37% en 2011. Si le Bénin prétend inverser cette tendance, les réformes de santé entreprises par le Gouvernement doivent être renforcées et d'autres mesures plus innovantes devraient être envisagées. Le RAMU pourrait être une des mesures pour y arriver.

3.2.2. Régimes de Financement (HF)

On entend par Régimes de Financement, les entités qui mobilisent les ressources issues des revenus des régimes de financement et les utilisent pour acheter des activités (activités délimitées dans le champ des comptes de santé) ou pour financer les agents de financements.

Dans le contexte du Bénin, il s'agit des structures ou entités qui ont accumulé les fonds issus des recettes des Régimes de Financement au titre de l'année 2013, pour acheter directement des biens ou services de santé ou pour les acheminer vers les prestataires de soins de santé.

Tableau 5 : Répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement (HF) en 2013

Régimes de financement des soins de santé	Dépenses (en millions de FCFA)	(%)
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	82 323,57	46,58

Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	19 631,70	11,11
Paiement direct des ménages	74 780,45	42,31
Total	176 735,72	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les résultats du tableau 5 révèlent que les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (46,58%) constituent les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent les services de santé en 2013. Les paiements directs des ménages viennent en deuxième position avec 42,31%.

Les régimes publics de financement sont canalisés au moyen de textes réglementaires pour le compte des acteurs du système de santé. Le droit aux prestations pour cette proportion du financement canalisé par les régimes publics est non contributif pour les populations. Ces financements sont généralement utilisés pour l'achat de vaccins, de médicaments, pour payer le personnel de santé dans le cadre de l'administration des soins ou des services à la population.

Les ménages viennent en deuxième position en tant que Régime de Financement de la santé avec (42,31%) en 2013. Le mode de participation au financement de la santé dans ce cas est volontaire et basé sur la disposition du ménage à payer les services de santé. Les ménages n'ont droit aux services de soins que s'ils contribuent par paiement direct en puisant dans leurs économies ou en empruntant auprès d'une tierce personne. Cela traduit une insuffisance de mutualisation pour le partage de risques ou de mécanisme d'assurance maladie.

3.2.3. Agents de Financement (FA)

Tableau 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par agent de financement (FA) de 2013

Agents de financement	Dépenses (en millions de FCFA)	(%)
Administrations publiques	79 831,33	45,17
Sociétés d'assurance	9 550,31	5,40
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	178,94	0,10
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	12 394,69	7,01
Ménages	74 780,45	42,31
Total	176 735,72	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

les administrations publiques sont les principaux agents qui ont géré les fonds issus des Régimes de Financement de la santé (45,17%) suivis des ménages avec un taux de 42,31%. Il se dégage que l'Etat a fait un effort en tant qu'agent de financement au cours de l'année 2013 (45,17%) équivalent à 79, 831 milliards contre 39,31% soit 67, 642 milliards en 2012 pour réduire la contribution des ménages aux dépenses de soins de santé. Cependant cette contribution des ménages a légèrement augmenté 42,22% équivalents à 72,653 milliards en 2012 contre 42,31% soit 74,780 milliards en 2013.

La structuration des dépenses directes des ménages et celles de l'administration publique en tant qu'agents de financement du secteur de la santé, révèle d'une part que la subvention de l'Etat pour le financement des soins curatifs demeure insuffisante et d'autre part qu'une politique devra être mise en place pour la réduction des coûts des médicaments afin de soulager les dépenses de santé des ménages.

3.2.4. Analyse de la dimension prestataire de soins de santé (HP)

Tableau 7 : Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire en 2013

Prestataires de soins de santé	Dépenses (en millions de FCFA)	(%)
Hôpitaux	55 539,35	31,43
Hôpitaux généraux	54 798,64	31,01
Hôpitaux psychiatriques	74,86	0,04
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	665,84	0,38
Etablissements résidentiels de soins de longue durée	35,44	0,02
Autres établissements résidentiels de soins de longue durée	35,44	0,02
Prestataires de soins de santé ambulatoire	26 664,96	15,09
Centres de soins ambulatoires	26 362,07	14,92
Prestataires de soins de santé ambulatoire non spécifiés (n.c.a.)	302,90	0,17
Prestataires de services auxiliaires	2 222,46	1,26
Prestataires de services de transport aux patients et de secours d'urgence	10,42	0,01
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	2 212,04	1,25
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	33 085,05	18,72
Pharmacies	32 377,95	18,32
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	198,60	0,11
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	508,51	0,29
Prestataires de soins préventifs	37 064,19	20,97
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	18 733,31	10,60
Agences étatiques de l'administration de la santé	16 846,26	9,53
Agences d'assurance maladie sociale	299,58	0,17
Agences administratives de l'assurance maladie privée	1 587,46	0,90
Reste du monde	3 390,96	1,92
Total	176 735,72	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les principaux prestataires de soins de santé sont les hôpitaux et les prestataires de soins préventifs au Bénin en 2013. Ils contribuent respectivement à hauteur de 31,43% et de 20,97%. Ensuite viennent les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (18,72%) puis les prestataires de soins ambulatoires (15,09%).

3.2.5. Analyse de la dimension fonction des soins de santé (HC)

Le tableau 8 présente les résultats sur les fonds reçus par les prestataires.

Tableau 8 : Répartition des dépenses courantes de santé par fonction de soins en 2013

Fonctions des soins de santé	Dépenses	(%)
Soins curatifs	85 098,19	48,15
Soins curatifs hospitaliers	37 030,24	20,95
Soins curatifs ambulatoires	48 067,96	27,20
Soins de réadaptation	0,14	0,00
Soins de réadaptation hospitaliers	0,14	0,00
Soins (de santé) de longue durée	149,45	0,08
Soins (de santé) de longue durée hospitaliers	114,02	0,06
Soins de longue durée non spécifiés (n.c.a.)	35,44	0,02
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	2 222,46	1,26
Services de laboratoire d'analyses médicales	1 630,79	0,92
Services d'imagerie	581,25	0,33
Transport de patient	10,42	0,01
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	33 085,05	18,72
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	30 668,30	17,35
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	2 416,76	1,37
Soins préventifs	37 447,12	21,19
Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	10 815,44	6,12
Programmes de vaccination	6 256,71	3,54
Programme de suivi de l'état de santé	2 149,07	1,22
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	9 254,62	5,24
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	8 971,28	5,08
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	18 733,31	10,60
Gouvernance et administration du système de santé	13 579,33	7,68
Gouvernance, administration du système de santé et des financements non spécifiée (n.c.a.)	5 153,97	2,92
Total	176 735,72	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

les fonctions de soins qui ont enregistré plus de dépenses en 2013 sont les soins curatifs (48,15%), les soins préventifs (21,19%). et les biens médicaux(18,72%). S'agissant des soins curatifs, 20,95% des financements ont été orientés vers les soins curatifs en milieu hospitalier et 27,20% vers les soins curatifs ambulatoires.

3.2.6. Répartition des dépenses de santé par tête d'habitant

Par définition, les dépenses de santé par tête d'habitant représentent la part de l'ensemble des flux financiers (Etat, ménages et PTF) consacrés pour le règlement des questions de santé par individu dans la population d'un pays.

Les dépenses de santé par tête d'habitant sont de 18 877 FCFA soit 39,74 USD en 2013 donc en baisses par rapport à 2012 où elles étaient de 20 596 FCFA soit 41,19 USD. Cet indicateur reste toujours en deçà de la norme préconisée par l'OMS qui est de 56 USD (WHO, 2011). Ainsi, le béninois moyen ne disposant pas suffisamment de ressources pour couvrir ses besoins en santé, il est nécessaire pour l'Etat, soutenu par la communauté internationale, de poursuivre dans le secteur santé les initiatives de gratuité et de subventions diverses pour y remédier. Au vue de la limitation des ressources, une utilisation rationnelle de celles-ci devra être faite par les prestataires afin de mettre en œuvre les interventions à haut impact porteuses de résultats à moindre coûts.

3.2.7. Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge

Le tableau ci-dessous présente la distribution des dépenses courantes de santé par tranche d'âge en 2013.

Tableau 9 : Répartition des dépenses courantes de santé par tranche d'âge en 2013

Tranche d'âge	Montant (F CFA)	Proportion
< 5 ans	61 723 981 480	35
≥ 5 ans	115 011 734 350	65
TOTAL	176 735 715 830	100

Les dépenses de santé des enfants de moins de cinq ans représentent 35% soit plus du tiers des dépenses courantes de santé. Cela témoigne de l'importance accordée à la santé des enfants de moins de cinq ans qui représentent les 15% de la population totale.

3.3. Dépenses d'investissements en santé

Le tableau ci-après met en exergue les dépenses effectuées dans le domaine des infrastructures, les équipements et autres dépenses de la formation brute de capital fixe.

Tableau 10: Dépenses d'investissements en 2013

Formation brute de capital	Montant (en million de F CFA)	%
Infrastructures	2 717	23,16
Matériels et équipements	7 155	60,98
Autre formation brute de capital (n.c.a.)	1 862	15,87
TOTAL	11 733	100,00

Les dépenses d'investissements en santé sont consacrées essentiellement à la formation brute de capital fixe estimée à 84,14% en 2013 contre 94,14% en 2012. Dans cette catégorie de dépenses d'investissement, les dépenses d'achat des matériels et équipements représentent 60,98%.

En 2013, les dépenses des autres formations brutes de capital (n.c.a.) (15,87%) sont plus élevées que celles de 2012 qui n'étaient que de 5,57%.

3.3.1. Dépenses d'investissement par agent de Financement (FA)

Tableau 11 : Dépenses d'investissement par agent de financement en 2012 et 2013

Formation brute de capital	CS 2012		CS 2013	
	Montant (en million de F CFA)	%	Montant en million de F CFA	%
Administrations publiques	20 752	99,76	11 093	94,54
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)			634	5,40
Reste du monde	50	0,24	7	0,06
TOTAL	20 802	100,00	11 733	100,00

Au Bénin, les dépenses d'investissement sont assurées essentiellement par les administrations publiques à travers le Ministère de la Santé et les autres Ministères. En 2013, ces dépenses représentent 94,54% des dépenses totales d'investissement contre presque la quasi-totalité (99,76%) des dépenses d'investissement en 2012 soit une baisse de 5 points.

3.3.2. Dépenses d'investissement par prestataire (HP)

Le tableau ci-dessus nous renseigne sur la destination des dépenses d'investissement par prestataire.

Tableau 11 : Dépenses d'investissement par prestataire en 2013

PRESTATAIRES	MONTANT	%
Hôpitaux	2 718	23,16
Prestataires de soins de santé ambulatoire	1 356	11,56
Prestataires de soins préventifs	603	5,14
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	7 057	60,14
TOTAL	11 733	100,00

En 2013, plus de 60% des dépenses d'investissement ont été effectuées dans les services administratifs et de financement du système de santé qui regroupent les agences étatiques de l'administration de la santé, les Agences d'assurance maladie sociale et les Agences administratifs de l'assurance maladie privée. Les hôpitaux viennent en deuxième position avec 23,16% des dépenses d'investissement.. Les prestataires de soins préventifs ont bénéficiés des dépenses d'investissement les plus faibles.

3.3.3. Dépenses d'investissement par type d'affection

Le tableau suivant montre la répartition des dépenses d'investissement par type d'affections.

Tableau 11 : Dépenses d'investissement par type d'affections en 2013.

Affections	Montant (en million F CFA)	%
Maladies infectieuses et parasitaires	3 630	30,94
Santé de la reproduction	3 490	29,75
Carences nutritionnelles	297	2,53
Maladies non transmissibles	1 888	16,09
Traumatismes	11	0,09
Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	2 417	20,60
Total	11 733	100,00

Il ressort de ce tableau que plus de 60% des dépenses totales d'investissement sont effectuées dans les maladies infectieuses et parasitaires (maladies prioritaires, maladies diarrhéiques, Maladies tropicales négligées, etc...) et la santé de la reproduction. Les dépenses d'investissement liées aux carences nutritionnelles et aux traumatismes ont les plus faibles taux.

4) RESULTATS ET ANALYSE DES COMPTES PAR MALADIE PRIORITAIRE

La politique nationale de la santé définit le paludisme, le VIH/ Sida et la Tuberculose comme maladies prioritaires du secteur. La lutte contre chacune de ces maladies se fait à travers un programme national bien structuré pour permettre le suivi cohérent de leurs indicateurs et de l'ensemble des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre des activités.

Cette partie met en exergue les dépenses effectuées dans chaque type de maladie prioritaire et analyse les tendances des différentes composantes de ces dépenses.

La distribution des dépenses de santé (courantes et investissement) par maladie prioritaire au titre de l'année 2013 est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau 11 : Répartition des dépenses de santé par maladie prioritaire au titre de l'année 2013.

Affections	Dépenses courantes (en millions de FCFA)	(%)	Dépenses investissement (en millions de FCFA)	(%)	Dépenses Globales (en millions de FCFA)	(%)
VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	10 246	5,80	403	3,43	10 649	5,65
Tuberculose	985	0,56	17	0,14	1 002	0,53
Paludisme	29 956	16,95	735	6,26	30 691	16,28
Total des dépenses de toutes les affections	176 736	100	11 733	100	188 469	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

La répartition des dépenses de santé par maladie prioritaire révèle que près de 17% des dépenses courantes de santé sont absorbées dans la lutte contre le paludisme en 2013. Le VIH/SIDA et la tuberculose ont absorbé respectivement 5,8% et 0,56%. La même tendance s'observe dans la répartition des dépenses d'investissement.

Cela pourrait se justifier par le fait que le paludisme reste la première affection rencontrée en consultation et en hospitalisation chez les enfants de moins de cinq ans (44,9%) et la première cause de décès pour l'ensemble des patients en 2013. En plus de cela s'ajoute la mise en œuvre de l'initiative de la prise en charge de la gratuité du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

4.1. Dépenses de santé du paludisme en 2013

Les dépenses totales effectuées dans le cadre de la lutte contre le paludisme en 2013 s'élèvent à environ 30,691 milliards de FCFA. Elles représentent 16,28% des dépenses totales attribuées à l'ensemble des affections en 2013 et 72,48% des dépenses affectées à l'ensemble des maladies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme et tuberculose). Sa répartition en dépenses courantes et en dépenses d'investissement se présente comme suit

- Dépenses courantes du paludisme = 29,956 milliards de FCFA ;
- Dépenses d'investissement = 0,735 milliards de FCFA ;
- Dépenses totales = 30,691 milliards de FCFA.

4.1.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Bénin

Le paludisme reste la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès, dans les formations sanitaires dans de nombreux pays d'Afrique.

Au Bénin², l'incidence cumulée du paludisme simple et grave est de 16,9% en 2013 contre 17% en 2012. La maladie représente 39,74% des causes de recours aux soins dans les formations sanitaires et se situe au premier rang des principales affections dont souffrent les communautés en 2013.. En 2013, il y a eu essentiellement la distribution gratuite de MIID de routine aux enfants de moins de cinq ans complètement vaccinés contre la rougeole et aux femmes enceintes venues en consultation prénatale dans les formations sanitaires.

En 2010, le nombre de cas de paludisme était de 1 421 436 dont 14 % (annuaire des statistiques sanitaires 2010) de cas de paludisme grave soit une incidence globale de 16,3%. Ce nombre est passé à 1 424 335 (incidence 15,7%) en 2011, à 1 591 981 (incidence 17%) en 2012 et à 1 635 828 (incidence 16,9%) en 2013, traduisant une évolution relativement ascendante de l'incidence ces quatre dernières années.

La létalité du paludisme est passée de 9, 12, 14 et 13 décès pour 10 000 cas respectivement en 2010, 2011 2012 et 2013.

Tableau 12 : Evolution de la létalité du paludisme de 2012 à 2013 selon les tranches d'âge

Tranches d'âges	Létalité de 2012 (%)	Létalité de 2013 (%)
< 5 ans	0,26	0,11
≥ 5 ans	0,04	0,02

² Voir annuaires des statistiques sanitaires de 2010 à 2013

Tous âges	0,14	0,13
------------------	------	------

Sources : Annuaire statistique 2012,2013 ; Ministère de la Santé

Au Bénin, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et la pulvérisation intra domiciliaire restent des facteurs essentiels dans la prévention du paludisme et par conséquent un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité. Selon EDS 2012, 86 % des ménages possèdent une moustiquaire (imprégnée ou non) contre 56% en 2006. Par ailleurs, 80 % possèdent au moins une MII et 75 % au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action (MIILD). En 2013, la proportion de personnes dormant sous MIILD est de 71% pour les enfants de moins de cinq ans et de 76% pour les femmes enceintes.

En dépit des efforts consentis et les progrès enregistrés, le programme continue de connaître des insuffisances dans plusieurs domaines entre autres la mobilisation des ressources matérielles, humaines et financières et la disponibilité de certains intrants.

4.1.2. Volume des dépenses courantes de lutte contre le paludisme par tranche d'âge en 2013

Par rapport aux tranches d'âges, la distribution des dépenses courantes affectées au paludisme se présente comme suit :

Tableau 13: Distribution des dépenses courantes de paludisme par tranche d'âge en 2013

Tranche d'âge	Montant (million de FCFA)	%
< 5 ans	12 750	42,56
≥ 5 ans	17 205	57,44
TOTAL	29 956	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Sur l'ensemble des dépenses de lutte contre le paludisme au cours de l'année 2013, 12, 750 milliards de FCFA sont consacrées aux enfants de moins de cinq ans soit 42,56% contre 52% en 2012. Ces forts taux pourraient s'expliquer par:

- ✚ le fait que les enfants de moins de cinq ans restent les cibles les plus vulnérables ;
- ✚ la mise en œuvre de l'initiative présidentielle de la prise en charge (PEC) gratuite des cas de paludisme (première cause de consultation et d'hospitalisation au Bénin) chez ces enfants.

- a. Les unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement des dépenses du paludisme

Le tableau ci-dessous met en relief les unités institutionnelles qui ont fourni des revenus aux régimes de financement en 2013 dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Tableau 17 : Répartition des dépenses liées aux paludisme par unité institutionnelle en 2013

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	Montant (en million de FCFA)	(%)
Administration publique	5 579	18,62
Entreprises	555	1,85
Ménages	12 757	42,59
ISBLSM	2	0,01
Reste du monde	11 062	36,93
TOTAL	29 956	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les ménages (42,59%) et le reste du monde (39,93%) constituent les principales unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement des dépenses du paludisme. L'administration publique vient en troisième position avec 18,62%.

b. Les recettes des régimes de financement des dépenses du paludisme

Tableau 14 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par recettes des régimes de financement en 2013

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	5 579	18,62%
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	5 042	16,83%
Prépaiement volontaire	501	1,67%
Autres revenus nationaux (ménages)	12 814	42,78%
Transferts directs étrangers	6 020	20,10%
Total	29 956	100,00%

La répartition des dépenses par recettes des régimes de financement des soins de santé indique que les fonds qui ont servi au financement de la lutte contre le paludisme sont principalement canalisés à travers les ménages (42,78%), les transferts directs étrangers (20,10%) et les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (18,62%).

En 2012, ces dépenses étaient respectivement de 15,72%, 0,22% et de 13,07%. La hausse des dépenses des ménages observée en 2013 pourrait s'expliquer par la réduction des dépenses issues des transferts d'origines étrangères distribués par l'administration publique qui sont passées de 70,99% en 2012 à 16,83% en 2013.

Pour réduire sensiblement les dépenses des ménages, des dispositions devraient être prises pour que l'Etat améliore sa contribution aux dépenses courantes liées au paludisme.

c. Régimes de financement

Tableau 15 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par régimes de financement en 2013

Régimes de financement	Montant (million de FCFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	10 621	35,45%
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	6 578	21,96%
Paiement direct des ménages	12 757	42,59%
Total	29 956	100,00%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

En 2013, les ménages (42,59%) constituent le principal dispositif de financement des dépenses liées au paludisme suivi des régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé avec 35,45% contre respectivement 15,72% et 81,96% en 2012. Les ménages sont donc les premiers dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent les soins de santé liées au paludisme en 2013.

d. Agents de financement

Tableau 16 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par agent de financement en 2013

<i>Agents de financement</i>	Montant (million de FCFA)	%
Administrations publiques	10 621	35,45
Sociétés d'assurance	501	1,67
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	54	0,18
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	6 022	20,10
Ménages	12 757	42,59
TOTAL	29 956	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Comme l'indique le tableau ci-dessous, les ménages sont les principaux agents de financement du paludisme en 2013 (42,59%) suivi de l'Administration publique (35,45%) et des ISBLSM (20,10%). Les ménages sont en effet, les premiers agents qui ont géré les fonds issus des régimes de financement.

e. Répartition des dépenses par prestataires de soins de santé

Tableau 17 : Répartition des dépenses courantes liées au paludisme par prestataire de soins de santé en 2013

Prestataires de soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Hôpitaux	11 901	39,73%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	9 279	30,98%
Prestataires des services auxiliaires	18	0,06%

Détaillants et Autres prestataires de biens médicaux	48	0,16%
Prestataires de soins préventifs	6 686	22,32%
Prestataires de service administratif et de financement du système de soins de santé	1 887	6,30%
Reste du Monde	137	0,46%
TOTAL	29 956	100,00%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

En 2013, les principaux prestataires de soins de santé liés au paludisme sont les hôpitaux (39,73%) , les prestataires de soins de santé ambulatoire (30,98%) et les prestataires de soins préventifs (22,32%).

En 2012, les dépenses courantes de santé liées au paludisme étaient beaucoup plus orientées vers les prestataires de soins préventifs (61,95%) pour des actions de prévention de grandes envergures (distributions gratuites de MIILD, pulvérisations intra-domiciliaires, traitements préventifs intermittent des femmes enceintes par la Sulfadoxine Pyriméthamine). La baisse des fonds orientés vers les prestataires de soins préventifs en 2013 pourrait s'expliquer par le fait que les actions de grandes envergures ne se mènent souvent pas d'une année à une autre,

Répartition des dépenses par fonction de soins de santé

Tableau 18 : Répartition des dépenses liées au paludisme par fonction de soins de santé en 2013.

Fonctions des soins de santé	Montant (million de FCFA)	%
Soins curatifs	21 307	71,13%
Services auxiliaires	18	0,06%
Biens médicaux	48	0,16%
Soins préventifs	6 696	22,35%
Gouvernement, et système de la santé et finançant administration	1 887	6,30%



TOTAL	29 956	100,00%
--------------	---------------	---------

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les deux principales fonctions de soins vers lesquelles sont orientées la majorité des dépenses de lutte contre le paludisme sont les soins curatifs et les soins préventifs. On constate que malgré les dépenses liées aux soins préventifs du paludisme, les dépenses liées aux soins curatifs restent toujours importantes avec 71,13% en 2013 contre 52,08% en 2012. Les raisons pourraient être entre autres le recours tardif aux soins (plus de 24 heures après l'apparition des premiers symptômes) qui entraîne des complications de l'affection impliquant des coûts plus élevés de prise en charge.

4.1.3. Dépenses d'investissement du Paludisme

f. Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement

Tableau 18 : Répartition des dépenses d'investissements relative au paludisme par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013

Unité institutionnelle (million de FCFA)	Montant	%
Administration publique	516	70,27%
Institution Sans but Lucratif au service des ménages (ISBLSM)	3	0,43%
Reste du Monde	215	29,30%
TOTAL	735	100,00%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

L'administration publique (70,27%) et le reste du monde (29,30%) sont les principales unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes du financement des dépenses d'investissement dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Au regard de ce qui précède, les dépenses d'investissement dans le cadre de la lutte contre le paludisme sont pour la plupart mises à disposition par l'Etat.

g. Répartition des dépenses en capital par agent de financement

Tableau 19 : Répartition des dépenses d'investissements relative au paludisme par agent de financement en 2013

AGENTS DE FINANCEMENT	Montant (million de FCFA)	%
Administration Publique	732	99,57%
Institution Sans but Lucratif au service des ménages	3	0,43%
Total	735	100,00%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

La quasi-totalité des dépenses d'investissement dans le cadre de la lutte contre le paludisme est effectuée par l'administration publique (99,57%) en 2013. Ce qui n'est pas le cas des dépenses courantes

Où les ménages sont les principaux agents de financement du paludisme (42,59%). Malgré cet effort du gouvernement, la situation des ménages n'est pour autant reluisante. Pour améliorer cet état de chose, les dispositions devraient être prises pour que l'Etat assume son rôle de principal source de revenu pour le financement de la lutte contre le paludisme conformément aux résolutions du sommet des chefs d'Etats de l'Afrique de l'Ouest tenu à Abuja (Nigéria) en 2005 sur le Roll Back Malaria (RBM).

h. Répartition des dépenses d'investissements par prestataire de soins de santé

Tableau 20 : Répartition des dépenses d'investissements relatives au paludisme par prestataire de soins de santé en 2013

Prestataires de soins de santé	Montant (Million de CFA Francs ,)	%
Hôpitaux	202	27,44
Prestataires de soins ambulatoires		0
Prestataires de soins préventifs	17	2,34
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	516	70,22
	735	100%

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé (70,22%) et les hôpitaux (27,44%) sont les principaux prestataires de soins de santé ayant bénéficié plus de ressources en 2013 dans la lutte contre le paludisme, La plus faible proportion des ressources pour la lutte contre le paludisme est octroyée aux prestataires de soins préventifs 2,34%.

4.2.Dépenses de santé de la tuberculose en 2013

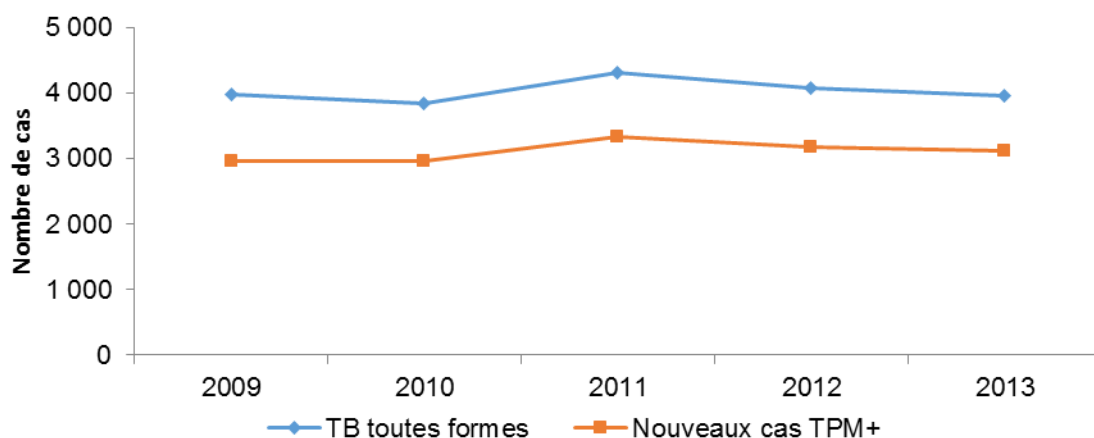
4.2.1. Situation épidémiologique de la tuberculose au Bénin

La tuberculose demeure un problème majeur de santé publique qui est étroitement lié à la pauvreté et à l'infection du VIH/SIDA. Pour lutter contre l'endémie tuberculeuse, plusieurs mesures et stratégies sont mises en œuvre :

- prise de loi pour placer la tuberculose comme une maladie prioritaire ;
- gratuité du traitement pour tous les malades dépistés ;
- appui alimentaire offert gratuitement à tous les malades sous traitement ;
- application stricte de la stratégie Observation Direct de Traitement (DOT) pour la prise en charge des malades ;
- décentralisation et intégration des services antituberculeux au système général de santé pour rapprocher les soins des populations ;
- sensibilisation des populations pour améliorer leurs connaissances sur la maladie et réduire la stigmatisation ;
- implication de plus de prestataires de soins aussi bien publics que privés dans la lutte antituberculeuse pour renforcer l'identification et l'orientation des suspects vers les centres appropriés pour le dépistage ;
- soutien psychologique aux nouveaux malades sous traitement par les membres des associations départementales d'anciens patients tuberculeux guéris en vue de favoriser leur adhésion au traitement.

Ces différentes mesures et stratégies de contrôle de la tuberculose ont eu des effets positifs sur la morbidité liée à cette maladie.

En effet, les nombres absolus de cas de tuberculose toutes formes et de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (cas contagieux) sont quasiment stables au cours des cinq dernières années de 2009 à 2013 (Annuaire statistique 2009 à 2013). Depuis 2011, ces nombres de cas sont en légères diminutions.



TPM+, 2009-2013, au Bénin

Source : Rapport annuel, PNT 2013

Figure 3 : Evolution du nombre de cas de tuberculose toutes formes et des nouveaux cas

Par contre, au cours de cette même période, les taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et des nouveaux cas contagieux ont globalement baissé malgré la progression démographique. Ce qui indique qu'il y a probablement une sous détection des cas de tuberculose.

En effet, le dépistage passif des cas de tuberculose dans les centres de dépistage et de traitement seul ne suffit plus et il faille nécessairement développer de nouvelles stratégies de dépistage actif des cas dans la communauté et surtout au sein des populations plus à risque (populations des bidonvilles, les personnes vivant avec le VIH, les réfugiés, les diabétiques, maisons d'arrêt, etc.).



Source : Rapport annuel, PNT 2013

Figure 4 : Evolution du taux de notification des nouveaux cas de tuberculose toutes formes et rechutes et des nouveaux cas TPM+, 2009-2013, au Bénin

La tuberculose touche essentiellement les jeunes adultes à l'âge (25-40 ans) où ils sont le plus productifs de la société. Ce qui a des répercussions sur l'économie béninoise.

Deux hommes pour une femme sont affectés par la tuberculose et cette disparité est probablement liée à l'activité économique exercée et au niveau d'exposition aux facteurs de risque de la maladie.

En moyenne, 16% des patients tuberculeux sont positifs au VIH/SIDA alors que la prévalence du VIH/SIDA en population générale est de 1,2%. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH°) sont donc plus à risque de tuberculose.

Le taux de succès thérapeutique chez les nouveaux cas TPM+ obtenu pour la cohorte de 2013 est de 90% et le taux de décès reste relativement élevé à 5%. Depuis 2009, le taux de succès thérapeutique se situe au-dessus de 90% (Ministère de la Santé, annuaire statistique 2013) à cause de la qualité des soins et de la rigueur dans le suivi des patients.

4.2.2. Volumes des dépenses de lutte contre la tuberculose

Les dépenses totales effectuées dans le cadre de la lutte contre la tuberculose en 2013 s'élèvent à 985,27 millions de FCFA. Les dépenses de tuberculose représentent 0,53% des dépenses totales de santé en 2013. Rapportées aux maladies prioritaires (VIH/SIDA, Paludisme et tuberculose), les dépenses de tuberculose représentent 3,17%.

- Dépenses courantes de la tuberculose = 985,27 millions de FCFA ;
- Dépenses d'investissement = 16,92 millions de FCFA ;
- Dépenses totales = 1,002 milliards de FCFA.

4.2.3. Dépenses courantes de la tuberculose

a. Les unités institutionnelles de la tuberculose

Tableau 9 : Répartition des dépenses dans la lutte contre la tuberculose par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013.

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	Montant (million de F CFA)	%
Administration publique	394	40,00
Entreprises	1	0,10
Ménages	3	0,30
Reste du monde	588	59,70

Total	985	100,00
--------------	------------	---------------

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

La principale unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement est le reste du monde (60%) suivie de l'administration publique (40%).

b. Les recettes des régimes de financement des dépenses de la tuberculose

Tableau 10 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par recettes des régimes de financement en 2013

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant (en million de F CFA)	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	394	39,96
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	588	59,71
Prépaiement volontaire	1	0,07
Autres revenus nationaux n.c.a.	3	0,26
TOTAL	985	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les recettes de régimes de financement des soins de santé dans la lutte contre la tuberculose sont essentiellement les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (59,7%) et les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé (40%).

Au regard de cette tendance, le Bénin est tributaire des transferts d'origine étrangère notamment ceux du Fonds Mondial dans la lutte contre la tuberculose.

Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) sont les crédits délégués et autres apports alloués aux CDT et au CNHPP par le budget national.

c. Répartition des dépenses par régimes de financement

Tableau 11 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par régimes de financement en 2013

Régime de financement	CS 2013
------------------------------	----------------

	Montant (en million de F CFA)	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	982	99,67
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	1	0,07
Paiement direct des ménages	3	0,26
TOTAL	985	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé sont les principaux constituants des régimes de financement des dépenses de lutte contre la tuberculose en 2012 et 2013 dans des proportions respectives de 90,49% et de 99,67%. Ils financent la quasi-totalité des dépenses de lutte contre la tuberculose en 2013.

d. Répartition des dépenses par agents de financement

Tableau 12 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par agents de financement en 2013

Agents de financement	Montant (million de F CFA)	%
Administrations publiques	982	99,67
Sociétés d'assurance	1	0,07
Ménages	3	0,26
Total	985	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

En 2013, l'administration publique a géré la grande majorité des dépenses liées à la lutte contre la tuberculose (99.67%).

La contribution des ménages par les paiements directs des prestations de soins dont ils bénéficient a un poids relativement faible (0,26%) dans les dépenses globales de santé en raison du caractère social de la prise en charge de cette affection.

Les sociétés d'assurance participent aussi dans la lutte contre la tuberculose. En 2013 leur participation est évaluée à hauteur de 0.07%.

e. Répartition des dépenses par prestataires de soins de santé

Tableau 13 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par prestataire de soins de santé en 2013

Prestataires de soins de santé	Montant (million de F CFA)	%
Hôpitaux	163	16,57
Prestataires de soins de santé ambulatoire	585	59,41
Prestataires de services auxiliaires	100	10,18
Prestataires de soins préventifs	45	4,53
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	92	9,29
Totaux	985	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les prestataires de soins de santé ambulatoire et les hôpitaux sont les principaux prestataires de soins de santé ayant bénéficié plus de ressources en 2013 dans la lutte contre la tuberculose, respectivement dans les proportions de 59,4% et 16,6%. Il s'agit notamment, pour ce qui concerne les prestataires de soins de santé ambulatoire, des Centres de Dépistage et de Traitement de la tuberculose. Pour les hôpitaux, il s'agit des Centres Hospitaliers de Pneumo-Phtisiologie (CHPP) et du Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie (CNHPP).

La plus faible proportion des ressources pour la lutte contre la tuberculose est octroyée aux prestataires de soins préventifs.

f. Répartition des dépenses par fonction de soins de santé

Tableau 14 : Répartition des dépenses liées à la tuberculose par fonction de soins de santé en 2013

Fonctions des soins de santé	Montant (million de F CFA)	%
Soins curatifs	709	71,96
Soins (de santé) de longue durée	39	3,97
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	100	10,18
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	0	0,01
Soins préventifs	45	4,59

Gouvernance, administration du système de santé et des financements	92	9,29
TOTAL	985	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les dépenses ont été essentiellement réalisées pour la prise en charge des soins curatifs (71,96%) suivis des services auxiliaires (10,18%). La politique de lutte contre la tuberculose au Bénin est beaucoup plus orientée vers le dépistage et le traitement des cas contagieux de tuberculose.

4.2.4. Distribution des dépenses d'investissement dans la lutte contre la tuberculose

g. Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013

Tableau 15 : Répartition des dépenses d'investissement par unité institutionnelle fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	Montant (million de F CFA)	%
Administration publique	17	100
ISBLSM	0	0
Reste du monde	0	0
TOTAL	17	100

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

La totalité des dépenses d'investissement dans la lutte contre la tuberculose provient de l'administration publique à travers le Ministère de la Santé. Ces dépenses constituent pour l'Etat béninois des dépenses de souveraineté étant donné que les dépenses courantes de santé sont quasiment financées par le reste de monde à travers en l'occurrence le Fonds Mondial.

h. Répartition des dépenses d'investissement par agent de financement en 2013

Tableau 16 : Répartition des dépenses d'investissement par agent de financement en 2013

Agent de financement	Montant (million de F CFA)	%
Administration Publique	17	100,0
Non-profit institutions serving households (NPISH)		0,0
Reste du monde		0,0
	17	100,0

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

L'état est le seul agent de financement qui a financé les dépenses d'investissement au profit de la lutte contre la tuberculose. En effet sur le total des dépenses d'investissement effectuées par l'état en 2013, 11 093 millions, 17 millions seulement sont allés vers l'investissement pour lutter contre la tuberculose soit 0.15% des dépenses totales d'investissement de l'état..

i. Répartition des dépenses d'investissement par prestataire de soins de santé

Tableau 17 : Répartition des dépenses d'investissement par prestataires de soins de santé en 2013

Prestataires des soins de santé	Montant (million de F CFA)	%
Hôpitaux	0	1,61
Prestataires de soins de santé ambulatoire	0	0,00
Prestataires de soins préventifs	0	0,00
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	17	98,39
TOTAL	17	100,00

Réalisé par: SEP/DPP/MS Bénin, 2013

Les dépenses d'investissement sont dans sa quasi-totalité orientées vers les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé. Les hôpitaux n'ont reçu que les 1, 61% des dépenses totales en 2013.

j. Dépenses de santé du VIH/SIDA en 2013

4.3.1. Aperçu sur la situation du VIH / SIDA

Le VIH/SIDA constitue un véritable problème de santé publique au Bénin. Cette affection fait partie avec le Paludisme et la Tuberculose des trois maladies prioritaires du système sanitaire. Depuis 2002, l'épidémie de VIH est stationnaire avec une prévalence qui oscille autour de 1.2% (EDS 2011-2012). Cette faible prévalence dans la population générale contraste avec les concentration de fortes prévalences au sein de certains groupes à risque (ESDG 2012) comme les travailleuses de sexe chez qui la prévalence en 2012 est de 20,9% (soit plus 18 fois celle de la population générale), leurs partenaires, les personnes privées de liberté (2,9%), les utilisateurs de drogues intraveineuses (6,7%) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (12,6%).

La file active des PVVIH sous ARV est passée de 26 018 personnes en 2012 à 24 810 personnes pour une cible de PVVIH éligibles aux ARV estimée à 35 815 personnes selon les résultats SPECTRUM (Rapport sérosurveillance, 2012) soit une couverture de 69,27% en 2013. En effet, un audit de la file active réalisé en juin 2013 par le PNLS a permis d'éliminer les doublons, les perdus de vue et les décédés qui étaient toujours comptabilisés par les collectes de routine.

En 2013, 5 609 PVVIH ont été nouvellement mises sous ARV sur l'ensemble des 83 sites de prise en charge qui offrent ce service d'accès gratuit aux ARV à travers tout le pays. Le suivi biologique et la prise en charge des

infections opportunistes sont aussi gratuits. Des avancées sont aussi notées au niveau de la PTME. Ainsi, pour un effectif de 3134 femmes enceintes séropositives attendues, 1 415 d'entre elles ont accouché sous protocole PTME; soit une couverture de 45.14% en 2013 contre 43,09% en 2012.

Les intrants de prise en charge (médicaments, réactifs et consommables) sont financés par le budget National, la subvention du fond Mondial et l'Unicef.

4.3.2. Volume des dépenses de lutte contre le VIH/SIDA

Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH, le SIDA, les infections opportunistes et les infections sexuellement transmissibles en 2013 s'élèvent à 10 648 835 070 FCFA (**11 145 035 070 si les dépenses des ménages sont prises en compte**) ; ce qui représente 6.03% (**6.25%**) des dépenses totales en santé (DTS) en 2013 (176 735 715 830 FCFA). Cela est composé des dépenses courantes s'élevant à 10 246 065 670 FCAF soit 96.22% des ressources totales consacrées au VIH/SIDA et des dépenses en capitale qui font 3.78% des DTS.

4.3.3. Dépenses courantes du VIH/SIDA en 2013

k. Recettes de régimes de financement

Tableau 184 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par recettes de régimes de financement en 2013

RECETTE DES REGIMES DE FINANCEMENT	Dépenses (en FCFA)	Proportion (%)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	1 924	18,78
Transferts d'origine étrangère gérés par l'administration publique (Transfers distributed by government from foreign origin)	6 420	62,66
Assurance Volontaire (Voluntary prepayment)	7	0,07
Autres revenus nationaux n.a.c.	11	0,11
Transferts directs étrangers	1 884	18,39
Ménages³	496.2	4.84
Total	10 246	100,00

Source : HAPT/ CS/MS 2013

En 2013, près de 63% (cf. tableau 24) des ressources dépensées dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA proviennent des partenaires extérieurs (multilatéraux et bilatéraux). Il s'agit essentiellement des financements du Fonds Mondial, de l'USAID, de la Coopération Française, des Pays Bas et de l'UNICEF.

Les financements extérieurs se sont améliorés par rapport à 2012, passant de 7,15 milliards de FCFA à 9,41 milliards FCFA en 2013 (REDES 2012 et 2013).

Les ressources internes constituées des transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé), des cotisations d'assurance sociale, des prépaiements volontaires et des autres revenus nationaux non classés ailleurs (n.c.a.) représentaient seulement 18.78% des fonds dépensés en 2013.

En moyenne, chaque patient vivant avec le VIH contribuent aux soins en paiement direct à hauteur d'environ 20 000F CFA en général pour les bilans biologiques et les soins des maladies opportunistes pour lesquels la prise en charge n'est pas gratuite.

I. Régimes de financement des dépenses

Tableau 19 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par régime de financement en 2013

<i>REGIME DE FINANCEMENT</i>	Montant	Proportion (%)
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	8 344	81.44
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	1 902	18.56
Paiement direct des ménages	496,2	4.84
Total	10 246	100

Source : HAPT/ CS/MS 2013

Le régime de l'administration publique de financement de la santé (81,44%) constitue la part la plus importante dans le dispositif de financement de continuité des services de santé en faveur des populations en 2013 dans la prise en charge du VIH/SIDA.

m. Agents de financement

Tableau 20 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par agent de financement en 2013

Agents de financement	Montant FCFA en million	Proportion (%)
Administrations publiques	8 344	81,44
Sociétés d'assurance	7	0,07
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	11	0,11
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	1 884	18,39
Ménages	496. 2	4.84
Total	10 246	100,00

Source : HAPT/ CS/MS 2013

En 2013, les dépenses par agents de financement en termes de proportion, sont exécutées pour la grande partie par l'administration publique (81,44%). Par contre peu des ressources consacrées à la lutte contre le sida transitent par les agents du secteur privé comme on peut l'observer à la lecture du tableau ci-dessus.

n. Prestataires de soins de santé

Tableau 21: Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par prestataires de soins de santé en 2013

<i>Prestataires de soins de santé</i>	Montant	Proportion (%)
Hôpitaux	3 718	36,28
Prestataires de soins de santé ambulatoires	516	5,04
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (Retailers and Other providers of medical goods)	1	0,01
Prestataires de soins préventifs	5 703	55,66
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	307	2,99
Reste du monde	2	0,02
Total	10 246	100,00

Source : HAPT/ CS/MS 2013

En 2013, on constate que 91.94% des ressources sont allouées aux interventions liées aux activités de prévention (55,66%) et aux traitements curatifs (36,28%). Les Prestataires de soins de santé ambulatoires quant à eux ont consommé seulement 5,04%. Les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé et le Reste du Monde se partagent (3,01%) des dépenses avec 2,99% affecté aux prestataires de soins administratifs.

o. Fonction des soins de santé en 2013

Tableau 22 : Répartition des dépenses liées au VIH/SIDA par fonction de soins de santé en 2013

<i>FONCTIONS DES SOINS DE SANTE</i>	Montant	Proportion (%)
Soins curatifs	4 108	40,10
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	1	0,01
Soins préventifs	5 830	56,90
Soins préventifs non spécifiés (n.e.c.)	950	9,27
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	307	2,99
TOTAL	10 246	100,00

Source : DPP/MS 2013

En 2013, les ressources utilisées au profit des activités de prévention représentent 56,9% contre 48,08% en 2012 qui était la suite d'une tendance à la hausse constatée depuis 2008. (REDES 2012 et 2013 HAPT 2013). Les dépenses de soins curatifs représentent 40.11% en 2013 (Cf. tableau) contre 33.8% en 2012.

4.3.4. Distribution des dépenses d'investissement dans la lutte contre le VIH/SIDA en 2013

Les dépenses totales en investissements au titre de l'année 2013 pour le système de santé béninois s'élèvent à 1 733 449 570 FCFA dont 402 769 400 FCFA sont consacrés au VIH/SIDA soit une proportion de 3,43%.

p. Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement en 2013

Tableau 23 : Répartition des dépenses en capital par sources de financement au cours de l'année 2013

<i>FS.RI</i>	HIV/AIDS	Proportion (%)
Gouvernement	95	23,7
Institution sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLM)	3	0,8
Reste du Monde	304	75,5
Fonds des donateurs bilatéraux	250	62,0
Fonds des donateurs multilatéraux	22	5,5
UNICEF		0,0
Reste du Monde non spécifié n.a.c	32	8,0
Total	403	100,0

Source : DPP/MS 2013

Les dépenses en capital des unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement en faveur du VIH/SIDA proviennent essentiellement du financement extérieur soit 75,5% du montant total des dépenses. Le reste a été financé par le budget national (23,7%) et. Les Institutions sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLM) (0,08%)

q. Distribution des dépenses en capitale du VIH/SIDA par Agent de financement en 2013

Tableau 29 : Répartition des dépenses en capital par agent de financement au cours de l'année 2013

<i>AGENTS DE FINANCEMENT</i>	MONTANT EN FCFA MILLION	Proportion en %
Administration publique	98	24,4
Institution sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLM)	301	74,8
Reste du Monde	3	0,8
Total	403	100,0

Source : DPP/MS 2013

En termes d'investissement au titre de l'année 2013, les ISBLM ont couvert 74,8% des dépenses totales en capital exécutées dans le cadre de la prise en charge du VIH/SIDA. L'appui de l'administration publique en tant qu'agent de financement quand à lui est estimé à 24,4% des dépenses d'investissement pour le VIH/SIDA.

r. Distribution des dépenses en capitale du VIH/SIDA par Prestataires de soins de santé en 2013

Tableau 24 : Répartition des dépenses Investissement par Prestataires au cours de l'année 2013

PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE	MONTANT EN FCFA MILLION	PROPORTION
Hôpitaux	3	0,67
Prestataires de soins de santé ambulatoires	20	4,84
Prestataires de soins préventifs	285	70,79
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	95	23,70
Total	403	100,00

Source : DPP/MS 2013

Une attention particulière a été accordée au volet prévention dans la gestion du programme de VIH/SIDA au cours de l'année 2013. Ainsi les prestataires de soins préventifs du VIH/SIDA ont consommé la majorité des dépenses d'investissement (70,79%).

5) BUDGET DU MINISTERE DE LA SANTE

5.1.Evolution du budget alloué au Ministère de la Santé

Tableau 25 : Evolution du budget de Ministère de la santé dans le budget général de l'Etat (2005 à 2013)

Années	Budget Général de l'Etat (millions FCFA)	Budget alloué au MS (millions)	Poids du budget du MS dans le Budget Général de l'Etat (%)	Engagements du budget du MS (millions)	Taux d'engagement (%)
2005	556 923	41 617,49	8,41	34 530,15	82,97
2006	611 216	50 506,39	8,00	39 433,74	78,08
2007	812 559	72 826,16	6,81	64 235,09	88,20
2008	1 023 000	79 701,69	7,22	47 523,97	59,63
2009	1 238 644	103 279,50	9,00	49 921,75	48,34
2010	1 346 439	82 462,60	6,12	25 446,50	30,86
2011	1 099 375	69 153,05	6,29	48 370,37	69,95
2012	1 016 549	66 734,90	6,56	58 019,53	87,03
2013	1 044 494	73 608,19	7,05	64 205,01	87,23

Source : DPP/MS 2013

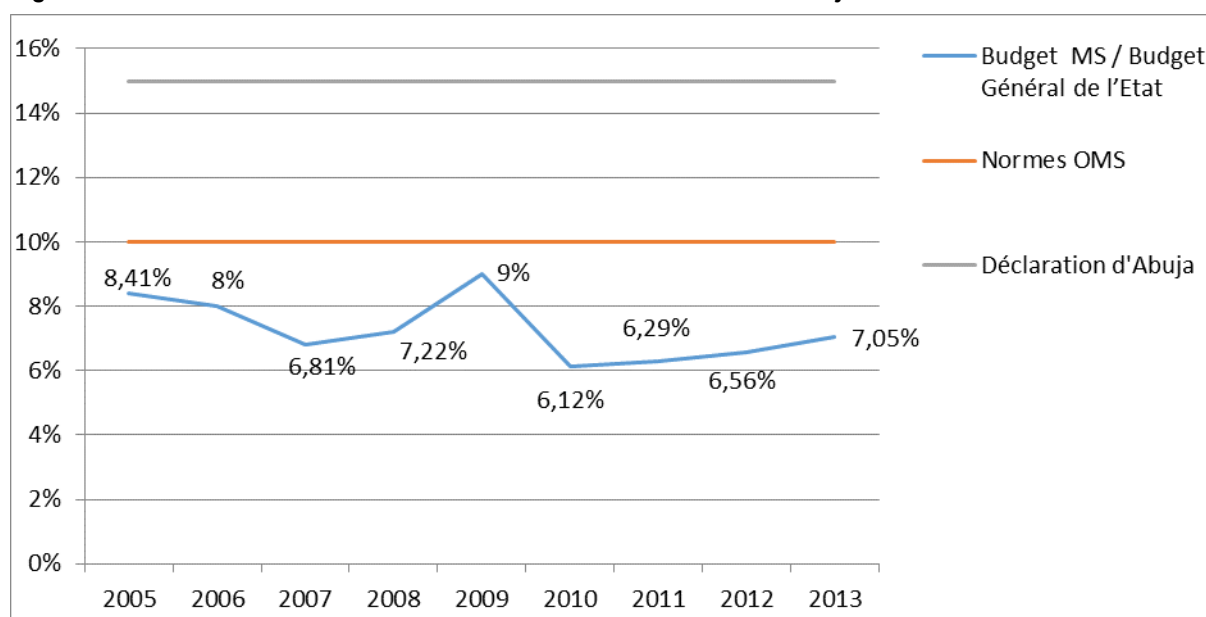
De 2005 à 2013, la part du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat a atteint son taux maximal en 2009 qui s'élève à 9%. Après une chute puis une stagnation autour 6% jusqu'en 2012, elle connaît une augmentation pour atteindre 7.05% en 2013 (Cf. graphique 5).

L'analyse des données budgétaires du Bénin sur l'évolution de la mise en œuvre de la déclaration d'Abuja de 2000 (15%) indique une régression de la contribution du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé.

De même, au regard de la norme de l'OMS sur la part du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat (10%), le constat est identique et les efforts sont limités avec un écart moyen de 2,73 points.

Par ailleurs, si le Budget du Ministère de la Santé augmente en volume, il l'est moins proportionnellement à l'accroissement du budget général de l'Etat.

Figure 5 : Evolution du niveau de mise en œuvre de la déclaration d'Abuja et norme OMS au Bénin



Source : DPP/MS2013

Les ressources nationales et les ressources extérieures constituent les sources de financement du budget du Ministère de la Santé composé de deux grandes rubriques. La rubrique **Fonctionnement** essentiellement financée par les ressources nationales correspond aux dépenses courantes dans les comptes de santé et celle de **l'Investissement** qui correspond aux dépenses en capital, conjointement financées par les ressources intérieures et les ressources extérieures.

Les crédits alloués aux dépenses de personnel sont directement exécutés par le Ministère en charge des Finances. Les autres lignes budgétaires sont exécutées par les différents gestionnaires de crédits du MS avec pour ordonnateur délégué le Directeur des Ressources Financières et du Matériel (DRFM) et les Préfets comme ordonnateurs secondaires. [Depuis 2004, la délégation de crédits accordés aux départements par le Budget National a été étendue aux zones sanitaires.](#)

Malgré tous les programmes de la gratuité des soins, le financement communautaire, composante de l'Initiative de Bamako, est un élément essentiel du bon fonctionnement du système de santé béninois. Il est géré par le comité de gestion des centres de santé.

Tableau 26 : Evolution de répartition du budget global du secteur santé de 2011 à 2013 (en millions de FCFA)

Rubriques budgétaires	2011			2012			2013		
	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)	Dotation	Engagement	Taux d'engagement (%)
I. Personnel	12515,9	11452,1	91,5	13196,7	13730,3	104,0	19 095,6	19 318,9	101,17

2. Achats de Biens et services	6480,7	4850,3	61,8	7921,5	8539,0	107,8	7 229,4	10 947,0	151,42
Fonctionnement des services	5814,9	4199,6	72,2	7176,6	7922,1	110,4	6 667,5	10 510,3	157,63
Charges communes	665,8	650,6	97,7	745,0	617,0	82,8	561,9	436,6	77,71
3. Transfert d'exploitation	13691,7	12522,7	91,5	17736,7	22973,9	129,5	18 286,7	18 117,8	99,08
Subvention d'exploitation	5774,0	5430,8	94,1	6900,0	6961,7	100,9	7 143,2	7 143,2	100,00
Autres transferts courants	7917,7	7092,0	89,6	10836,7	16012,3	147,8	11 143,5	10 974,6	98,48
4. Acquisition - Grosses réparations - Matériel et Mobiliers	1021,8	1030,7	100,9	1033,6	1030,3	99,7	1 003,6	1 000,2	99,66
Montant dépenses ordinaires (1+2+3+4)	33710,1	29855,8	88,6	39888,7	46273,7	116,0	45 615,4	49 383,9	108,26
5. Dépense en capital	33980,2	18514,5	54,5	26846,2	11805,9	44,0	27 992,8	14 821,1	52,95
Financement intérieur	4469,8	4430,0	99,1	8146,2	7910,1	97,1	11 474,8	10 567,3	92,09
Financement extérieur	29510,4	14084,6	47,7	18700,0	3895,8	20,8	16 518,0	4 253,8	25,75
TOTAL GENERAL	67690,3	48370,4	71,5	66734,9	58079,5	87,03	73 608,2	64 205,0	87,23

Source : DPP/MS 2013

6) RECOMMANDATIONS

- Intégrer la part du budget utilisé pour la santé par les autres Ministères et les structures étatiques (Assemblée Nationale, la Cours Suprême, la Haute Cours de Justice, la HAAC, CES...) dans les CS 2014 ;
- Prendre en compte le budget utilisé pour la santé par les structures décentralisées. Par exemple les communes (recrutement de certains agents de santé sur financement communautaire).
- Toutes ces intégrations pourront permettre d'être en dessus de la norme OMS (10%) du budget général de l'Etat.

CONCLUSION

Les Comptes de la santé (CS) constituent un tableau de bord pour les décideurs du secteur de la santé. Ils retracent toutes les dépenses afférentes au système de santé du Bénin de la source de financement au service fourni et contribuent à une meilleure allocation des ressources du secteur. Les comptes de la santé élaborés au cours de l'année 2013, ont permis de disposer d'une vision détaillée des moyens investis par les différents acteurs du financement du secteur de la santé au Bénin. Ils ont permis de qualifier des agrégats analytiques nécessaires à l'appréciation du financement du système de santé et de mettre en exergue les problèmes liés à l'allocation efficiente et efficace des ressources mobilisées pour le financement du secteur de la santé.

Des résultats et analyses issus de ce rapport, les grands points suivants sont à retenir :

- ❖ l'accroissement significatif du volume des dépenses à prix courant de 42.5% entre 2003 et 2008 et de 41% entre 2008 et 2012
- ❖ la baisse de 4% des dépenses totales de santé en 2013 par rapport à 2012 à prix courant;
- ❖ l'accroissement de 1% des dépenses totales de santé à prix constant par rapport à 2012 ;
- ❖ les dépenses de santé des ménages restent toujours élevées (40,2% par rapport aux dépenses totales de santé et 42,31% par rapport aux dépenses courantes totales) ;
- ❖ les dépenses de santé par habitant (USD) sont de 41.19 en 2012 et 39,74 en 2013.

Il ressort des analyses des résultats des Comptes de la Santé, que le paiement direct des ménages constitue la source principale de financement des dépenses courantes de santé malgré les différentes réformes mises en œuvre pour alléger les dépenses de santé des ménages.

Face à cette situation, il urge de mettre en place d'autres mesures d'exemption et de mutualisation des coûts pour une réduction significative des dépenses de santé des ménages. Aussi, devra-t-on renforcer le Régime d'Assurance Maladie Universel (RAMU) déjà en cours d'expérimentation afin de le rendre plus opérationnel et efficace.

ANNEXE A: EQUIPE DE REDACTION

COMITE DE PILOTAGE	
Dr DOSSOU TOGBE Pascal	Ministre de la Santé
BIAOU Alexandre	DG-INSAE/MDAEP
Dr NAMBONI Jacob	DC/MS
Dr CHAFFA I. Christian Boni	SG/MS
AMOUSSOU Raymond	DPP/MS
Dr ZANNOU Robert Franck	DAPP/MS
EQUIPE TECHNIQUE	
RADJI Suradjou	C/SEP/DPP/MS
HOUNHOU Léandre	SEP/DPP/MS
PADONOU Victor	SEP/DPP/MS
DANHOEGBE Edmond	SEP/DPP/MS
ADEKPEDJOU Bachirou	SEP/DPP/MS
GABA Solange	SEP/DPP/MS
ABDOULAZIZOU Rassidatou	SEP/DPP/MS
VODUNGBO Venance	SGSI/DPP/MS
FAGBOHOUN Kadmiel	C/DBudget/MS
DENAGBE Julien	Budget/MS
HOUNKPODOTE Eude	INSAE/MCPD
BEKPON François	MEF
SESSEDE Charles	INSAE//MDAEP
APPUI TECHNIQUE	
VAN DE MAELLE Nathalie	OMS Genève
COULIBALY Ouarintio Seydou	OMS Inter-pays
SEMEGAN Barthélémy	OMS pays
DERRIENNIC Yann	HFG/USAID
ZIDA André	HFG/USAID

ANNEXE B: RAPPORT STATISTIQUE DES COMPTES DE SANTE 2013

Le rapport statistique des comptes de santé 2013 est constitué de l'ensemble des tableaux détaillés des comptes 2013 du Bénin. Ce rapport statistique est disponible sur le site du ministère de la santé du Bénin.

Site du ministère de la santé du Bénin : <http://www.beninsante.bj/>

ANNEXE C: BIBLIOGRAPHIE

1. Arrêté N° 2010-4236 du 30 juillet 2010 portant attributions de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
2. Décret N° 2010-060 du 12 mars 2010 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique
3. INSAE, Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des ménages 2ème Edition, Bénin, 2013 ;
4. Joseph Kutzin, Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs
5. KOHOUN Kodjo Rodrigue, la politique de gratuité de la césarienne au Bénin : processus de formulation, mise en œuvre et résultats
6. Léon Kessou ; Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin
7. Marie Stopes international, 2011; Global Impact Report 2011 Delivering choice and rights for women: past, present and future
8. Mays N, Bevan G. 4. Resource allocation in the health service. London: Bedford Square Press ; 1987
9. Ministère de la Santé, Paquets d'interventions à haut impacte par niveau de soins pour l'atteinte des OMD, Benin
10. Ministère de la Santé publique 2014, Rapport des comptes de santé de la reproduction et santé de l'enfant 2012 du Benin
11. Ministère de la Santé, 2012, rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA
12. Ministère de la Santé, 2011, Surveillance de l'Infection à VIH et de la Syphilis au Bénin en 2011
13. Ministère de la Santé Publique, 2010, Plan triennal de développement sanitaire 2010-2012
14. Ministère de la Santé, Estimation des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) au Bénin 2008-2009
15. Ministère de la Santé, Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin, Bénin, 2011 ;
16. Ministère de la Santé, Rapport de performance 2012, Bénin, 2013
17. Ministère de la Santé, Rapport d'actualisation du répertoire des formations sanitaires privées, Bénin, 2013 ;
18. Ministère de la Santé, Documentation des meilleures pratiques en sante de la reproduction au Bénin, Bénin, 2010 ;
19. Ministère de la Santé, Cadre pour la redevabilité, Bénin, 2012
20. Ministère de la Santé Publique, Country profile : Bénin, Bénin, 2014
21. Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (2009-2018), Benin
22. Ministère de la Santé, Politique National de Développement Sanitaire, Benin
23. Ministère de la santé, Annuaire Statistique Sanitaire 2012, Benin, 2013
24. Ministère de la santé, Annuaire Statistique Sanitaire 2011, Bénin, 2012
25. Ministère de la santé, Annuaire Statistique Sanitaire 2010 Bénin, 2011
26. Nations Unies, 1994 ; rapport de la conférence internationale sur la population et le développement
27. Nations Unies, 1999 Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
28. Nations Unies, 1995, rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes

29. Peter C Smith, Resource allocation and purchasing in the health sector: the English experience
30. SHA2011, système de comptes de la santé 2011, version abrégée, Juin 2012,
31. http://www.who.int/woman_child_accountability/countries/Bénin_Scorecard_and_Roadmap_final_web.pdf
32. <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-Bénin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa>(date de téléchargement, 6 juin 2014)
33. UEMOA, 2010, <http://www.gouv.bj/actualites/marina/la-situation-de-la-pauvrete-au-benin-et-dans-lunion-economique-monetaire-ouest-africaine-uemoa> (date de téléchargement 14-07-2014)
34. UNICEF-Muskoka, 2012 Analyse initiale de la situation de la santé maternelle, néonatale et infantile au Bénin, Décembre 2012
35. WHO, 2011, Macro-economic commission (WHO, 2001) minimum US\$ 43 (in 2009 prices) Taskforce on Innovative Health Financing* places this number at US.