

République du Bénin

Ministère de la Santé

Processus de mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

Rapport d'étape au 30 novembre 2011

Rédigé par:

Hugues B. M. TCHIBOZO¹

Aristide ATEMENOU²

Emmanuel EDON³

Marcellin Ayi⁴

Thimothée ADEROMOU⁵

¹ Point Focal du Régime d'Assurance Maladie Universelle (PF/RAMU) au Ministère de la Santé ; Rédacteur principal et coordonnateur de l'équipe de rédaction du rapport (email : htcourrier@yahoo.fr).

² Chef Service Exécution des Dépenses au Fonds National de Retraite du Bénin (FNRB).

³ Directeur de la Sécurité Sociale et de la Mutualité (DSSM) au Ministère du Travail et de la Fonction Publique.

⁴ Chef Service Santé Communautaire (CSSC) au Ministère de la Santé.

⁵ Représentant des Centrales Syndicales au sein du Comité Technique Interministériel dur le RAMU.

novembre 2011

Table des matières

Liste des sigles et abréviations	3
Liste des tableaux et figures	4
Résumé exécutif	5
Introduction	6
I. Concept, But et objectifs du processus de mise en place du RAMU	8
A. Le concept RAMU	8
B. But et objectifs du processus de mise en place du RAMU	8
II. Planification et gestion du processus	8
A. La planification du processus	8
B. La méthode de travail adoptée	10
C. La gestion du processus	11
III. Résultats obtenus	12
A. La mobilisation des Partenaires Techniques et Financiers	12
1. Le Bureau International du Travail	12
2. La Coopération Française	12
3. La Coopération Suisse	12
4. La Banque Mondiale	13
5. L'Organisation Mondiale de la Santé	13
B. La définition des principes de base, des orientations stratégiques et de l'architecture de base du RAMU	14
1. Les principes de base du RAMU	14
2. Les orientations stratégiques du RAMU	15
3. L'architecture de base du RAMU	15
C. La définition des paramètres du RAMU	27
1. Le paquet des prestations de base	27
2. La liste indicative des médicaments remboursables par le RAMU	27
3. La catégorisation des cibles	29
a. Les travailleurs du secteur formel	29
b. Les travailleurs du secteur informel	29
c. Les groupes spécifiques	30
4. Les fourchettes de primes	31
5. Les modalités d'affiliation au RAMU	33
6. La prise en charge des cas spéciaux	34
a. Définition des cas spéciaux	34
b. Typologie et financement des cas spéciaux	35
7. Les sources de financement du RAMU et l'apport de chaque source	37
7.1. Les sources de financement	37
7.2. Apport actuel de chaque source	37
7.3. Estimation du coût du panier de soins dans le cadre du RAMU	39
7.3.1. Panier de soins standard pour le RAMU	39
7.3.2. Estimation du coût du panier par bénéficiaire du RAMU	40
7.4. Apport potentiel des pouvoirs publics	43
8. Les modalités de coordination et de gestion du RAMU	46
IV. Prochaines étapes	48
A. La réalisation des simulations financières	48
B. La réalisation des études de coûts	48
C. La poursuite de la sensibilisation et des échanges	48
D. La mise en place des organes de coordination et de gestion du RAMU	49
E. L'adoption des textes législatifs et réglementaires sur le RAMU	49
Conclusion	50
Annexes	51

Liste des sigles et abréviations

BIT :	Bureau International du Travail
CAME :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Consommables Médicaux
CCRA :	Comité de Coordination de la Réforme Administrative
CIT :	Comité Technique Interministériel
CNCRA :	Commission Nationale Consultative de la Réforme Administrative
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
FASNAS :	Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale
GT :	Groupe thématique
GTZ :	Coopération Technique Allemande :
MS :	Mutuelles de Santé
MSAE :	Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PASDS :	Programme Accord Santé Développement Solidaire
PM :	Pour Mémoire
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU :	Régime d'Assurance Maladie Universelle
SI :	Système d'information
STEP :	Stratégies et Techniques pour l'Extension de la Protection Sociale
TPA :	Administrateurs Tiers Payants

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : Phasage du processus RAMU	9
Tableau 2 : Récapitulatif des prochaines étapes	13
Tableau 3 : Segmentation des cibles du RAMU	31
Tableau 4 : Fourchettes de primes	32
Tableau 5 : Mécanismes de prise en charge des cas spéciaux	36
Tableau 6: Contribution actuelle de chaque mécanisme au financement de l'accès aux soins	38
Tableau 7 : Coûts des épisodes et des actes de soins pour le panier standard du RAMU	41
Tableau 8 : Coût du panier standard du RAMU selon les fréquences de recours	42
Tableau 9 : Subventions publiques au RAMU et coûts du panier résiduel	43
Tableau 10 : Estimation des coûts du panier de soins, des frais de gestion et des coûts totaux sur les 5 premières années de mise en œuvre	45
Tableau 11 : Projection des contributions attendues de l'Etat sur 5 ans	
Tableau 12 : Récapitulatifs des prochaines étapes	46

Figures

Figure 1 : Architecture de base du RAMU (juillet 2009)	16
Figure 2 : Deuxième schéma proposé (janvier 2010)	18
Figure 3 : Architecture améliorée du RAMU (Juillet 2010)	21
Figure 4 : Schéma proposé par l'équipe de l'OMS pour le RAMU	23
Figure 5 : Architecture du RAMU	25

Résumé exécutif

Dans le but d'améliorer l'accès financier des populations aux soins de santé de qualité, le Conseil des Ministres a, en sa séance du 21 mai 2008, décidé de rendre opérationnelle la volonté politique maintes fois affirmée d'offrir une protection efficace contre le risque maladie à chaque béninoise et à chaque béninois quelle que soit sa condition sociale. En créant par la même occasion un Comité Technique Interministériel (CTI) sur le RAMU, le Gouvernement venait de lancer ainsi le processus de mise en place du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) dont le but est d'alléger la souffrance des populations par une réduction progressive et durable du phénomène de « paiement direct des soins », en vue de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le financement du système de santé au Bénin. Ce processus est planifié en trois grandes phases :

- une phase préparatoire ;
- une phase de mise en œuvre ;
- une phase de sensibilisation, qui est transversale aux deux autres phases et s'étend sur l'ensemble de la durée du processus.

Dans ce cadre, divers travaux ont été réalisés sous l'égide du Comité Technique Interministériel, par des experts nationaux appuyés par des consultants internationaux. Les résultats obtenus à l'issue de ces travaux révèlent que :

- plusieurs partenaires techniques et financiers ont été mobilisés autour de l'initiative ;
- les principes de base, les orientations stratégiques et l'architecture d'ensemble du RAMU ont été définis et validés en atelier ;
- les principaux paramètres techniques et financiers ont été définis, notamment le paquet des prestations de base c'est-à-dire le panier de soins à couvrir, la liste des médicaments remboursables, la segmentation des cibles, les fourchettes de primes, les modalités d'affiliation, les modalités de prise en charge des cas spéciaux, les sources de financement ainsi que la coordination et la gestion du système.
- Les prochaines étapes du processus ont également été envisagées. Certaines de ces activités sont prévues pour se dérouler avant le lancement officiel du RAMU et d'autres après le lancement.

Au regard desdits résultats, de la forte volonté politique affichée par le Gouvernement et des opportunités techniques et financières existantes, il y a de bonnes perspectives pour la mise en œuvre du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).

Introduction

La République du Bénin reconnaît la protection sociale comme un droit pour tout individu et une condition du progrès économique et social, en adhérant à la plupart des conventions et accords internationaux y relatifs.

Par ailleurs, la constitution du 11 décembre 1990 légitime, en son article 8, l'accès à un niveau adéquat de protection sociale pour tous comme un droit fondamental et fait obligation à l'Etat d'assurer à ses citoyens un accès égal à la santé, à l'éducation, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi.

Cette disposition constitutionnelle se justifie, entre autres, par le fait que la santé est la pierre angulaire de tout processus de développement, dans la mesure où elle contribue au bien-être individuel et collectif et assure ainsi à tout système de production, la plus précieuse des ressources à savoir le capital humain. De ce fait, la santé est un bien irremplaçable et joue un rôle économique et social indéniable.

Aussi, la nécessité d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé et de nutrition est-elle reconnue dans l'axe 3 des orientations stratégiques 2006-2011 de développement au Bénin, comme étant l'un des domaines prioritaires du développement du capital humain.

Dès lors, l'amélioration de l'état de santé et de l'espérance de vie des populations en général et des couches sociales les plus vulnérables en particulier, est l'un des buts fondamentaux et des moyens essentiels pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les OMD ne seront pas atteints si les « Objectifs santé » ne le sont pas. En d'autres termes : « pas d'OMD sans OMD santé ».

Or, la santé est de nos jours le secteur où la demande en protection sociale est la plus forte en Afrique et particulièrement en République du Bénin. On y note en effet, une faiblesse du système de couverture sociale en général et de l'assurance maladie en particulier, aucun des dispositifs existants ne parvenant à offrir une couverture efficace du risque maladie à la majorité des populations (tous les mécanismes disponibles ne couvrent qu'à peine 20% de la population). Il y a une absence de mécanisme organisé à l'échelle nationale pour les travailleurs des secteurs informel et agricole qui représentent plus de 70% de la population active. Les régimes existants affichent une certaine inefficacité. En effet : le régime des 4/5^{ème} qui couvre les agents de l'Etat ne rembourse pas les médicaments, principal poste de dépense de santé pour les ménages. Il n'est pas non plus de nature à garantir une meilleure qualité des soins aux consommateurs. En ce qui concerne l'assurance maladie privée, elle est chère et réservée à une frange de « privilégiés » de la population notamment certains travailleurs du secteur structuré de l'économie et les personnes à leur charge. Quant aux mutuelles de santé, elles ne couvrent efficacement que les petits risques et connaissent de sérieuses difficultés de gestion et d'extension de la couverture, tandis que les mécanismes de gratuité sont sujets à des cas de fraudes et abus à grande échelle.

Face à cette organisation peu efficace et peu efficiente de la couverture du risque maladie à l'échelle nationale, de nombreuses familles sont obligées de s'endetter ou de brader leurs patrimoines pour faire face à un seul épisode de maladie. Un examen des comptes nationaux de la santé (2003) a montré que 52% des dépenses nationales de santé sont supportés par les ménages et que 76% de cette part de dépenses sont consacrés aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux. On assiste à un paiement direct des soins par les ménages dans 75 à 80% des cas. Il en résulte d'une part, que les conséquences financières du risque maladie pour les populations béninoises sont souvent désastreuses et d'autre part, que l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité reste un déficit majeur pour notre système de santé dans la mesure où, faute d'une couverture efficace du risque maladie, les populations continuent de payer un lourd tribut au financement du système de santé.

Il pèse donc sur les populations béninoises, une menace sanitaire globale à laquelle il est indispensable d'apporter une réponse globale. Une couverture universelle du risque maladie est donc indissociable de la vision d'émergence du Bénin prônée par le gouvernant. La santé est une condition et un puissant levier de développement. Au delà des avantages économiques et sociaux indéniables qu'elle offre, l'assurance maladie universelle est un facteur d'intégration nationale et de cohésion sociale, un ciment d'unification, un instrument de paix social et de progrès.

Cette vision a d'ailleurs été partagée par les participants aux états généraux du secteur de la santé tenu à Cotonou en 2007, qui ont recommandé l'institution au Bénin d'un régime d'assurance maladie universelle.

Ayant perçu cet intérêt évident, le Conseil des Ministres a, en sa séance du 21 mai 2008, décidé de rendre opérationnelle la volonté politique maintes fois affirmée d'offrir une protection efficace contre le risque maladie à chaque béninoise et à chaque béninois quelle que soit sa condition sociale, en lançant le processus de mise en place du RAMU.

Une première version du présent rapport qui retrace la planification et le déroulement du dudit processus et qui était intitulé « Rapport d'étape au 15 juillet 2011 », a été soumise, par le Ministre de la Santé et le Ministre du Travail et de la Fonction Publique, à l'appréciation du Conseil des Ministres qui l'a adopté avec amendement en sa séance du 28 septembre 2011⁶.

La présente version, prend en compte les observations du Conseil des Ministres ainsi que les activités exécutées à la date du 30 novembre 2011. Il s'articule autour de quatre principaux axes:

- Le concept RAMU, le but et les objectifs du processus
- La planification et la gestion du processus de mise en place du RAMU
- Les résultats obtenus à la date d'élaboration du rapport
- Les prochaines étapes.

⁶ Extrait du relevé n° 35 des décisions prises par le Conseil des Ministres en sa séance du mercredi 28 septembre 2011.

I. Concept, but et objectifs du processus de mise en place du RAMU

A. Le concept RAMU

Le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) est une initiative du Gouvernement du Bénin, visant à améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. C'est un dispositif assurantiel, un système de couverture sociale maladie destiné à protéger l'ensemble des populations béninoises contre les conséquences financières du risque maladie. Le RAMU n'est pas un nouveau mécanisme visant à absorber ceux existants. C'est un dispositif destiné à assurer une meilleure coordination et un fonctionnement harmonieux et efficient des mécanismes déjà disponibles, à créer un mécanisme d'insertion des travailleurs des secteurs informel et agricole ainsi que des couches sociales démunies dans le dispositif de prise en charge, tout en veillant au respect des principes de base que sont la couverture universelle, l'approche contributive, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, la gestion participative et l'efficacité.

B. But et objectifs du processus de mise en place du RAMU

Le but du processus en cours sur le RAMU est d'alléger la souffrance des populations par une réduction progressive et durable du phénomène de « paiement direct des soins », en vue de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le financement du système de santé au Bénin.

L'objectif général est de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations béninoises aux soins de santé de qualité.

De façon spécifique, il s'agit de :

- explorer les possibilités d'institution d'un mécanisme de couverture universelle du risque maladie au Bénin
- étudier les modalités pratiques d'instauration du mécanisme envisagé
- formuler des propositions concrètes pour la mise en place du mécanisme envisagé et son extension à l'ensemble des couches sociales du Bénin.

II. Planification et gestion du processus de mise en place du RAMU

A. La planification du processus

Le processus conduisant à la mise en place du RAMU est planifié en trois grandes phases décomposées, chacune, en plusieurs étapes ainsi qu'il suit :

- **Une phase préparatoire qui consiste en** : la réalisation des études préliminaires (état des lieux), la définition des principes de base et orientations stratégiques, la définition des paramètres techniques du RAMU, la détermination des paramètres économiques et financiers (données actuarielles et de coûts).

- **Une phase de mise en œuvre qui comprend** : la mise en place du cadre juridique (législatif et réglementaire), la mise en place des organes d'exécution et de coordination, le lancement et l'extension progressive du mécanisme.
- **Une phase de sensibilisation**, qui est transversale aux deux autres phases, s'étend sur l'ensemble de la durée du processus et consiste en l'organisation de consultations nationales et de séances d'information et d'échanges avec tous les acteurs du système de santé.

Les principales étapes liées à chacune des phases suscitées sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Phasage du processus RAMU

Phase	Principales étapes	Acteurs concernés
Phase préparatoire	études préliminaires (état des lieux), définition des principes de base et orientations stratégiques, définition des paramètres techniques du RAMU, détermination des paramètres économiques et financiers (données actuarielles et de coûts).	CTI/RAMU, Cellule RAMU, Point Focal RAMU, consultants, PTF, pouvoirs publics.
Phase de mise en œuvre	mise en place du cadre juridique (législatif et réglementaire), mise en place des organes d'exécution et de coordination, lancement et extension du RAMU.	CTI/RAMU, Cellule RAMU, Point Focal RAMU, consultants, PTF, Pouvoirs publics.
Phase de sensibilisation	consultations nationales, ateliers techniques, séances d'information et d'échanges avec les acteurs du système de santé.	Pouvoirs publics (Etat central et collectivités locales), Partenaires Techniques et Financiers (bilatéraux et multilatéraux), employeurs et opérateurs économiques, groupements agricoles, coopératives et associations de producteurs, organisations de la société civile (ONG, syndicats, associations professionnelles), prestataires de soins (publics et privés), institutions de formation et de recherche en santé, organismes de gestion des risques et de remboursement des prestations (mutuelles de santé, compagnies d'assurances...), consommateurs de soins (toutes catégories sociales confondues)

B. La méthode de travail adoptée

La méthode utilisée a essentiellement consisté à :

- réaliser des études techniques,
- constituer et faire fonctionner des groupes thématiques,
- organiser des ateliers de concertation, d'appréciation des rapports d'études et des conclusions des travaux des groupes thématiques,
- présenter le processus et son déroulement à diverses sessions, ateliers et séminaires, pour recueillir les observations et avis des institutions, organes et structures intéressées par la thématique,
- s'enquérir des expériences d'autres pays africains ayant engagé la réflexion sur l'assurance maladie universelle.

Ainsi :

- Deux études techniques ont été réalisées. La première conduite par le programme « Stratégie et Techniques pour l'Extension de la Protection Sociale » du Bureau International du Travail (STEP/BIT) a permis la rédaction d'une note technique sur le RAMU et la définition d'un schéma préliminaire de base. Cet appui du BIT a également permis la validation en atelier des principes de base et des orientations stratégiques du RAMU. La deuxième, en cours, est un appui à l'étude de faisabilité du RAMU. Elle est conduite par le cabinet CREDES dans le cadre du Programme « Accords Santé Développement Solidaire » appuyé par le Cabinet SCEN Afrik faisant office de consultant national. Dans ce cadre, le CREDES a effectué quatre missions à Cotonou : une mission de cadrage du 13 au 20 avril 2009, une mission de formulation d'un avant projet sommaire du 26 mai au 12 juin 2009, une mission d'appui au lancement des travaux des groupes thématiques et de formulation des prochaines étapes du 23 novembre au 3 décembre 2009 et une mission d'appui à l'atelier de validation des travaux des groupes thématiques du 27 au 30 janvier 2010. Chacune de ces missions a donné lieu à la production d'un rapport par le CREDES.
- Quatre groupes thématiques ont été constitués et ont travaillé respectivement sur les paramètres suivants : le paquet des prestations de base et la liste des médicaments remboursables (GT1), la catégorisation et/ou segmentation des cibles, les fourchettes de primes ou cotisation par catégorie sociale, les modalités pratiques d'affiliation, le mécanisme de prise en charge des cas spéciaux et des lourds (GT2), les sources de financement, le mécanisme de mise en place et d'extension du RAMU, le mécanisme de coordination et de gestion du système (GT3), les modalités d'accréditation et/ou de conventionnement, les avant projets de textes législatifs et/ou réglementaires (GT4).
- Deux ateliers stratégiques ont été organisés à Cotonou respectivement les 14 et 15 juillet 2009 pour adopter les principes de base, les orientations stratégiques et le

schéma préliminaire de base et, du 29 au 30 janvier 2010, pour apprécier les résultats des travaux des groupes thématiques.

- Des présentations du RAMU ont été faites successivement à la revue de performance 2007 du système de santé tenue au Centre International des Conférences de Cotonou en 2008, aux premières sessions ordinaires de la Commission Nationale Consultative de la Réforme Administrative (CNCRA) et du Comité de Coordination de la Réforme Administrative (CCRA) qui ont eu lieu à Cotonou respectivement les 28 et 29 avril 2010.
- Quatre sessions du Comité Technique Interministériel ont eu lieu entre 2009 et 2010.
- Des échanges ont eu lieu par téléphone, internet ou à l'occasion de divers ateliers, entre le Secrétariat Permanent du RAMU et les experts d'autres pays africains qui sont engagés dans la même dynamique. Il s'agit entre autres du Burkina Faso, du Mali, du Sénégal, du Cameroun, de l'Algérie, du Maroc, du Ghana, du Rwanda. Dans ce cadre, le Secrétaire Permanent de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) du Burkina Faso a pris part à l'atelier des 14 et 15 juillet 2009 à Cotonou, grâce au soutien du STEP/BIT, et y a partagé avec les participants l'expérience en cours au Burkina Faso. Aussi, une délégation béninoise a-t-elle, sur invitation de la Banque Mondiale, participé à l'atelier international de renforcement des capacités sur l'assurance maladie en Afrique francophone tenu à Kigali au Rwanda du 30 mai au 5 juin 2010. L'initiative béninoise a été présentée à cette occasion au cours de laquelle, les experts béninois se sont également familiarisés avec les expériences en cours dans d'autres pays d'Afrique francophone.

C. La gestion du processus

La gestion courante du processus est assurée à deux niveaux :

- au niveau national, par un Comité Technique Interministériel (CTI/RAMU)⁷ et
- au niveau sectoriel (Ministère de la Santé) par une Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) dont le Directeur Général et la Directrice Générale Adjointe ont déjà été nommés en Conseil des Ministres le 24 Août 2011. Ils sont appuyés par un Point Focal. Le projet de Décret portant attribution, organisation et fonctionnement de l'agence est à l'étude au niveau des structures compétentes.

La mission assignée aux Comité Technique Interministériel est de :

- s'enquérir des expériences réussies dans d'autres pays africains notamment celles du Rwanda, du Maroc et du Ghana ;
- faire l'Etat des lieux des régimes de couverture sociale maladie existants au Bénin ;
- réaliser la typologie des régimes envisageables au Bénin ;

⁷ Conseil des Ministres du mercredi 21 mai 2008 (extrait du relevé n° 19)

- identifier les couches sociales susceptibles d'être couvertes ainsi que leurs niveaux moyens de revenus ;
- déterminer les fourchettes de primes pour chaque catégorie sociale ;
- déterminer le paquet minimum des prestations à couvrir par le RAMU ;
- proposer les modalités pratiques de gestion des régimes identifiés (affiliation, collecte et gestion des primes, accréditation des prestataires...) ;
- proposer les mécanismes de prise en charge des cas spéciaux et des cas lourds ;
- identifier les sources de financement du RAMU et préciser l'apport potentiel de chaque source ;
- proposer un mécanisme de gestion et de coordination du processus.

III. Résultats obtenus

A la date du 30 novembre 2011, plusieurs Partenaires Techniques et Financiers ont été mobilisés autour de l'initiative, d'autres partenaires potentiels sont envisagés pour être approchés, les études préliminaires sont achevées et les travaux préparatoires au lancement du RAMU sont en cours.

A. La mobilisation des Partenaires Techniques et Financiers

Certains Partenaires Techniques et Financiers ont été mobilisés autour de l'initiative notamment : le Bureau International du Travail (BIT/STEP), la Coopération Française, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Coopération Suisse et la Banque Mondiale...

1. Le Bureau International du Travail (BIT) à travers son programme STEP, a appuyé les travaux préliminaires à savoir l'état des lieux des mécanismes de couverture du risque maladie au Bénin, la production d'une note technique sur le RAMU, la détermination des principes de base, des orientations stratégiques, du paquet des prestations de base, de la liste indicative des médicaments remboursables ainsi que l'élaboration et l'adoption du schéma préliminaire de base.

2. La Coopération Française appuie la réalisation de l'étude de faisabilité technique (en cours), à travers le programme Accord Santé Développement Solidaire (PASDS). La contribution des experts français a abouti à la production de quatre (4) rapports notamment : un rapport de cadrage (24 avril 2009), une revue des expériences en système d'assurance maladie menées dans cinq (5) pays d'Afrique (26 mai 2009), un avant projet sommaire (juin 2009) et une note de restitution de la mission n°3 (décembre 2010).

3. La Coopération Suisse a fourni une assistance financière pour les activités de finalisation des travaux des groupes thématiques, de sensibilisation et d'échanges avec les divers acteurs du système de santé ainsi que le renforcement des capacités des structures de gestion des mutuelles de santé et du RAMU, à travers le Programme Appui Suisse aux Mutuelles de Santé et au RAMU.

4. La Banque Mondiale s'est engagée à apporter un appui institutionnel qui consiste en la fourniture d'une assistance technique dans le cadre de la finalisation des travaux

préparatoires et en la sécurisation du dispositif RAMU (informatisation et numérisation), à travers le projet « Renforcement de la Performance du Système de Santé ».

5. L'OMS apporte un appui technique à l'ensemble du processus, dont la faisabilité financière, en mettant à disposition une équipe de trois experts de haut niveau venus respectivement de la Direction Générale de l'OMS à Genève, de l'équipe inter pays de Ouagadougou et de la représentation nationale de l'OMS au Bénin. Ce collège d'experts a effectué une mission d'identification à Cotonou du 19 au 24 Juillet 2010. A l'issue de cette mission, Ils ont procédé à une analyse du financement du système de santé béninois et formulé des propositions relatives à la mise en place du RAMU.

Les appuis des différents partenaires sont résumés dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Récapitulatif des appuis des PTF

N°	Partenaire Technique et Financier	Type d'appui apporté	Résultats obtenus de cet appui
1	Bureau International du Travail : programme (STEP)	Travaux préparatoires, appui au fonctionnement du CTI/RAMU	Etat des lieux des mécanismes de couverture du risque maladie au Bénin, note technique sur le RAMU, principes de base et orientations stratégiques, schéma préliminaire de base, atelier de juillet 2009, paquet des prestations de base, liste des médicaments remboursables, fonctionnement du GT 1 sessions du CTI/RAMU.
2	Coopération Française : programme « Accord Santé Développement Solidaire (PASDS) »	Appui à la réalisation de l'étude de faisabilité	Revue des expériences en système d'assurance maladie menées dans (5 pays d'Afrique, avant projet sommaire sur le RAMU, quelques paramètres techniques et financiers, fonctionnement des GT 2, 3, et 4, atelier de janvier 2010, production de 4 rapports de mission.
3	Coopération Suisse : Programme « Appui Suisse aux Mutuelles de Santé et au RAMU »	Sensibilisation, appui institutionnel, renforcement de capacités	Ateliers d'échanges avec les acteurs du système de santé, dotation du SP/RAMU en matériel informatique et bureautique, partage d'expériences avec d'autres pays, renforcement des capacités des membres du SP et du SSC/DNPS.
4	Banque Mondiale : « Projet de renforcement de la performance du système de santé »	Appui à la mise en place du RAMU : appui institutionnel, sécurisation (déploiement du système informatique et biométrique, mise à disposition d'experts)	A venir (accord de dons signé avec le gouvernement du Bénin), mise en vigueur prévue pour le dernier trimestre 2010.
5	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	Appui technique à l'ensemble du processus, y compris la faisabilité financière.	Mission exploratoire effectuée à Cotonou du 19 au 23 juillet 2010, démonstration sur l'outil SIMINS, production d'un rapport sur le thème : « analyse du financement de la santé et réflexion sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin »

Par ailleurs, l'initiative RAMU a été présentée à la réunion des Partenaires Techniques et Financiers du secteur de la santé, tenue à l'Hôtel CASA DEL PAPA de Ouidah le 3 novembre 2011.

B. La définition des principes de base, des orientations stratégiques et de l'architecture du RAMU

Les travaux préliminaires réalisés en 2008 et 2009 avec l'appui du programme « Stratégie et Techniques pour l'Extension de la Protection Sociale » du Bureau International du Travail (STEP/BIT) ont permis la rédaction d'une note technique ainsi que la définition d'un schéma préliminaire de base, des principes de base et des orientations stratégiques du RAMU. Ces différents éléments, essentiels pour tout système d'assurance maladie universelle, ont été adoptés en atelier les 14 et 15 juillet 2009. Par la suite, l'architecture de base a été améliorée pour tenir compte des observations faites à l'atelier de validation et lors des séances de restitution qui ont suivi ledit atelier. Ce qui a donné lieu à une architecture provisoire qui semble réaliser le consensus des divers acteurs du système de santé.

1. Les principes de base du RAMU

Ils sont au nombre de sept à savoir :

- La couverture universelle

Une couverture efficace pour toutes les couches de la population béninoise, sans distinction aucune. L'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un paquet de base le plus large possible au moindre coût.

- L'approche contributive

Bâtir principalement le RAMU sur la contribution des bénéficiaires. Il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales et d'asseoir un dispositif pour subventionner les primes des couches sociales les plus démunies (gage de pérennisation du système).

- La solidarité nationale

Mise en commun des risques, large partage des coûts : Solidarité entre « riches » et « pauvres », vieux et jeunes, travailleurs et sans emploi, citadins et ruraux, bien portants et moins bien portants.

- La responsabilité générale de l'Etat

La santé est un bien public, un droit humain consacré par la constitution et garanti par l'Etat, d'où le rôle régulateur du dispositif RAMU par les pouvoirs publics.

- L'équité

Dans le cadre de la mise en place du RAMU, l'équité est appréciée sous deux aspects : **l'équité d'accès** qui consiste à faciliter l'accès de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun et **l'équité contributive** qui vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive.

- **Gestion participative**

Elle recouvre deux dimensions dans le cadre du RAMU, à savoir : la participation des bénéficiaires à la gouvernance du système et le contrôle social.

- **L'efficience**

Il s'agit de maximiser les résultats tout en minimisant les coûts. Ainsi, les dispositions seront prises pour : éliminer les lourdeurs et lenteurs administratives, sécuriser au maximum le système en vue d'une minimisation des fraudes et abus, veiller à obtenir de meilleurs résultats au moindre coût.

2. Les orientations stratégiques du RAMU

Les orientations stratégiques du RAMU sont les suivantes :

- bâtir le RAMU en cohérence avec le Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale (FASNAS),
- établir un mécanisme de financement qui prenne en compte tous les groupes sociaux,
- définir le rôle de chaque dispositif existant dans l'organisation et le fonctionnement du système,
- opter en priorité pour les adhésions familiales et de groupes, plutôt que les adhésions individuelles,
- opter pour une identification biométrique des adhérents, afin de limiter les fraudes et abus,
- privilégier, dans la définition du paquet des prestations de base, les affections les plus courantes ainsi que celles affectant le plus grand nombre,
- promouvoir le partenariat Public/Privé dans la fourniture des soins et le remboursement des prestations,
- privilégier le remboursement des médicaments essentiels,
- faire de la bonne gouvernance et de la gestion participative la règle de mise en œuvre du mécanisme.

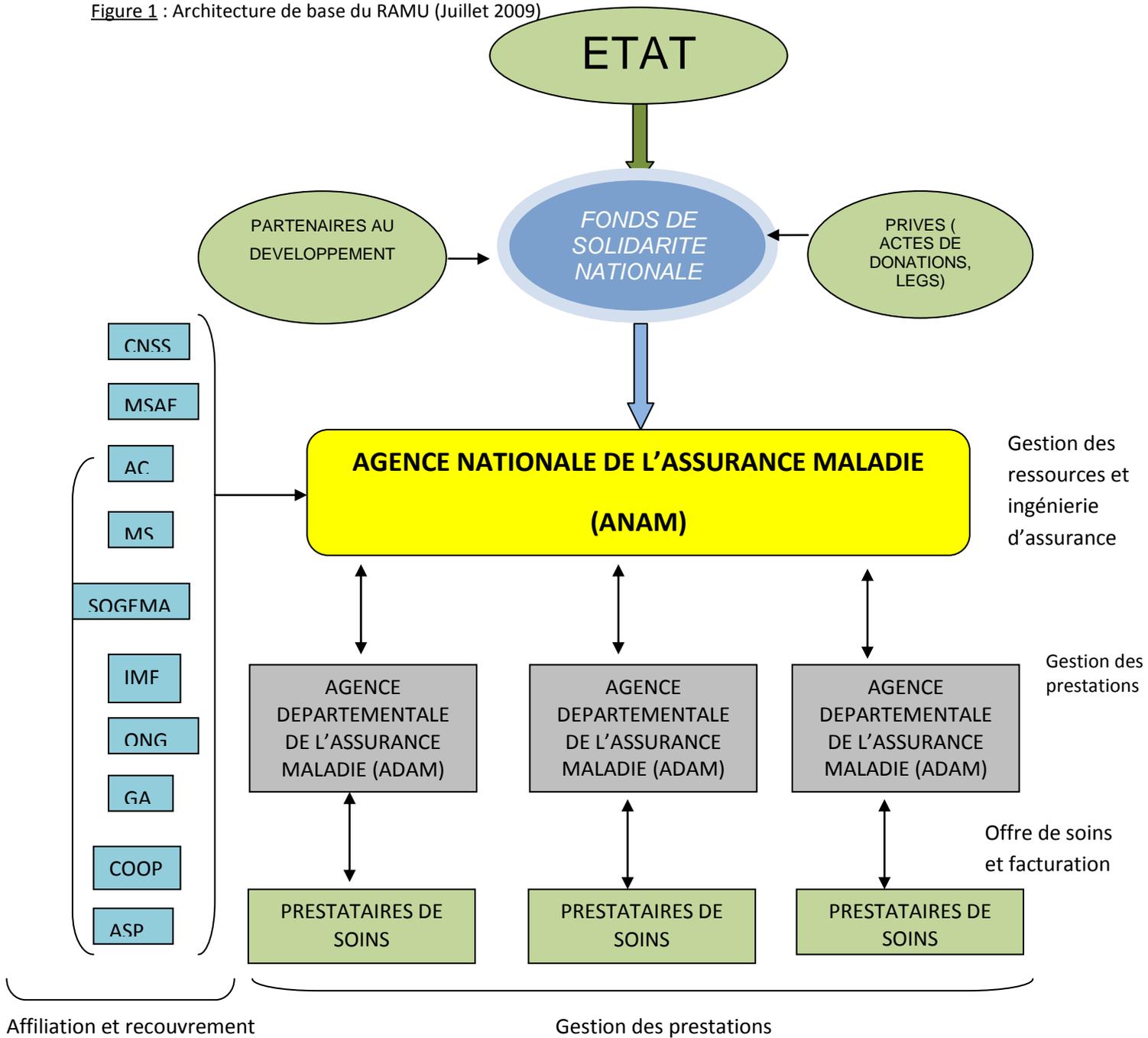
3. L'architecture du RAMU

Soumis à l'appréciation des acteurs du système de santé au cours de divers ateliers, le schéma préliminaire de base adopté en juillet 2009 a été fortement critiqué et a suscité plusieurs propositions d'amendement. Une architecture alternative, moins intégrateur, a même été proposée par certains membres des groupes thématiques et participants à l'atelier de janvier 2010 (figure 2 ci-dessous) et repose sur une diversité de mécanismes de couverture aussi autonomes les uns que les autres et coordonnés par un organe de régulation. Par la suite et en prélude au forum national sur les mutuelles de santé tenu en juillet 2010, le schéma de base a été amélioré par le Comité Technique Interministériel, pour tenir compte des amendements formulés de part et d'autre sans toutefois s'écarter fondamentalement du principe intégrateur qui a prévalu à sa conception. Cette réflexion a donné lieu au schéma amélioré du RAMU qui semble réaliser le consensus des acteurs.

Enfin, suite à sa mission d'identification de juillet 2010, l'équipe d'experts de l'OMS a, après avoir pris connaissance des différentes formules architecturales existantes et assisté au forum national sur les mutuelles de santé, proposé une nouvelle architecture qui, apparemment, n'est qu'une forme encore améliorée de celle adoptée par le CTI en juillet 2010.

Les figures 1, 2, 3 et 4 ci-dessous représentent respectivement le schéma de base (juillet 2009), le nouveau schéma proposé (janvier 2010), l'architecture amélioré (Juillet 2010) et celle proposée par l'OMS.

Figure 1 : Architecture de base du RAMU (Juillet 2009)



Source : Hugues TCHIBOZO : Rapport de l'atelier sur le Régime d'Assurance Maladie Universelle et le Fonds de Solidarité Nationale du Bénin, Cotonou, Juillet 2009.

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

Encadré 1 : Description sommaire du schéma

Tutelle : Ministère de la Santé

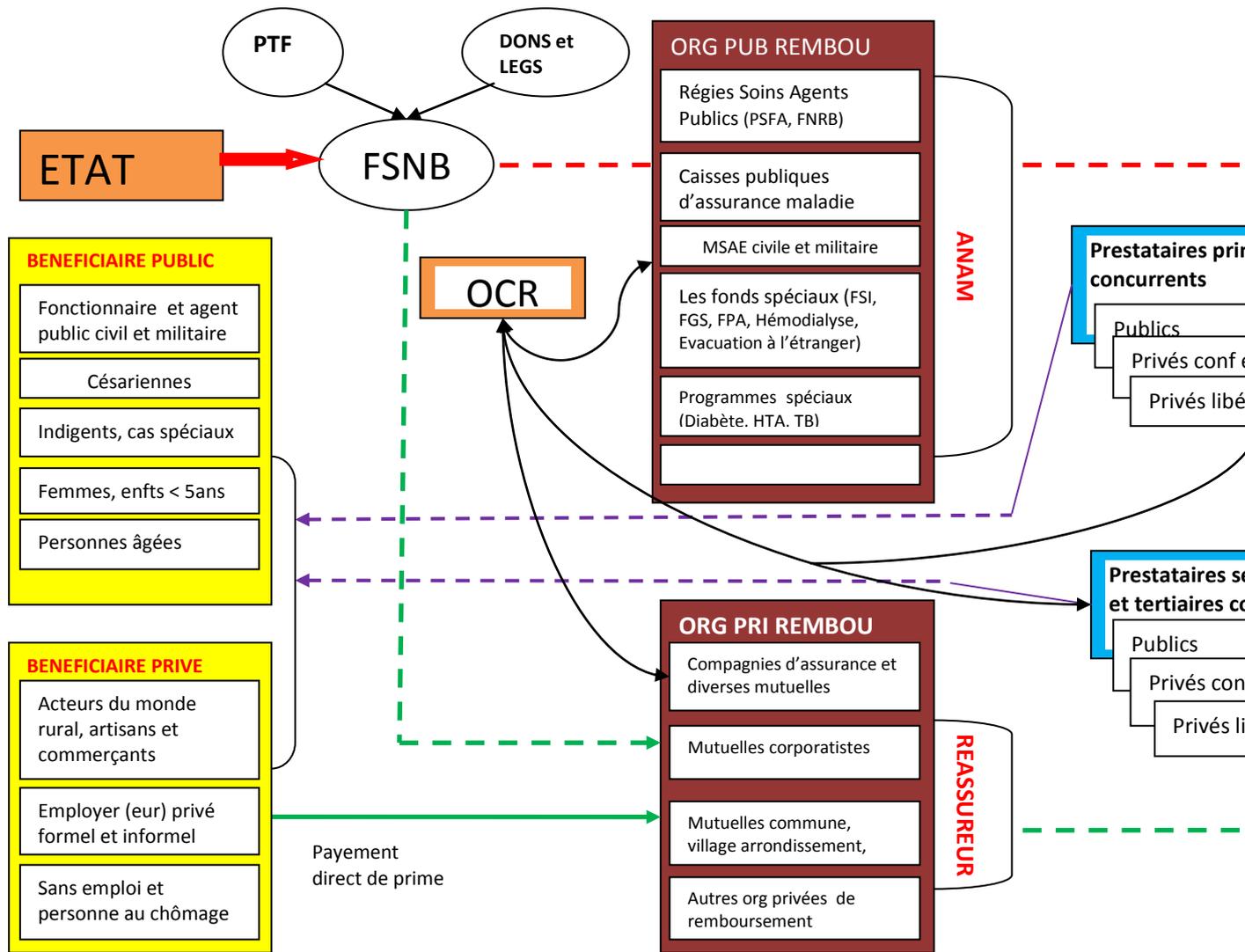
Départements impliqués : finances, travail, protection sociale, famille, réforme institutionnelle, plan, décentralisation, etc.

Autres acteurs impliqués : syndicats, associations professionnelles, associations de défense des consommateurs, autres organisations de la société civile, assureurs, organisations mutualistes, médias.

Six composantes essentielles : **financement, gestion des ressources et ingénierie d'assurance, gestion des prestations, offre de soins et facturation, affiliation, système d'information.**

- **Composantes « Financement du RAMU (FR) » :** Deux sources majeures :
 - le FSNB qui capte la contribution de l'Etat (budget national, contributions publiques spéciales), la contribution des partenaires au développement, les dons et legs, et les reverse à l'ANAM. C'est un organe de financement du RAMU. Il n'en assure pas la tutelle.
 - Les contributions des bénéficiaires (les cotisations individuelles ou de groupes, les cotisations et autres contributions des employeurs).
- **Composante « Affiliation au RAMU (AR) » :** Chaque agent économique (fonctionnaire, travailleur du privé, travailleur des secteurs informel et agricole, sans emploi, indigent, ...) entrera dans le système à partir d'une structure à laquelle il appartient. Les adhésions familiales et de groupes seront la règle et les adhésions individuelles, une exception.
- **Composante « Gestion des Ressources et Ingénierie d'Assurance (GRIA) » :** Elle est l'œuvre de l'ANAM qui supervise par ailleurs la gestion de toutes les autres composantes et assure la cohérence du système.
- **Composante « Gestion des Prestations (GP) » :** Elle incombe aux démembrements de l'ANAM dans les départements. La gestion de cette composante se fait en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins.
- **Composante « Offre des Soins et Facturation (OSF) » :** Elle est l'œuvre des producteurs de soins accrédités pour pratiquer à charge du RAMU
- **Composante « Système d'Information (SI) » :** Elle est transversale aux quatre autres et implique en conséquence tous les acteurs et organes.

Figure 2 : Architecture proposée en janvier 2010



Légende applicable au schéma

-  : Circuit public de contribution et remboursement des soins
-  : Circuit privé de contribution et de remboursement des soins
-  : Consignes de l'OCR
-  : Fourniture des soins

OCR : Organe de coordination du RAMU

FSNB : Fonds de Solidarité National du Bénin

FS : Fonds spéciaux (FSI, FGS, FPA, Hémodialyse, Fonds d'évacuation à l'étranger)

FSI : Fonds Sanitaires des Indigents

FGC : fonds de la Gratuité de la Césarienne

FSFA : Fonds Sanitaire des Personnels en Activité

PTF : Partenaires Techniques et Financiers

Encadré 2 : Description sommaire du schéma de janvier 2010

- **La structuration du RAMU**

- **Le trépied de l'assurance**

Le système de couverture maladie repose universellement sur le trépied « bénéficiaire, prestataire, assureur/tiers payant ». Le RAMU au Bénin ne va pas déroger à la règle malgré ses spécificités. Chacun des éléments de ce trépied s'en tiendra à son rôle de sorte que le bénéficiaire ne soit pas en même temps le payeur et que le payeur ne soit pas en même temps le prestataire.

Pour un système conforme aux règles, tout autre acteur s'aligne nécessairement derrière l'un ou l'autre des éléments du trépied.

- **Les composantes du dispositif**

L'Etat, Le Fonds National de Solidarité du Bénin, Les bénéficiaires du RAMU Les prestataires et organismes de remboursement des soins, Assureurs ou organes de remboursement. On y distingue :

- les organismes publics de remboursement où on peut dénombrer les Régies de paiement des soins des agents du secteur public (FSFA, FNRB), qui devront progressivement muer en organismes publics de gestion et de remboursement des soins (assureurs publics), les caisses publiques d'assurance maladie, les mutuelles de santé des agents de l'Etat (MSAE) civile et militaire, les fonds spéciaux (FSI, FGS, FPA, Hémodialyse, Fonds d'évacuation à l'étranger) qui devraient également s'adapter au format assurantiel, les fonds des Programmes spéciaux (Diabète, HTA, TB, etc.). et,

- les organismes privés de remboursement où on compte les compagnies d'assurance commerciale et diverses mutuelles, les mutuelles corporatistes, les mutuelles communautaires de village, d'arrondissement, de commune, et tout autre organisme privé de remboursement.

Les organismes publics de gestion et de remboursement des soins peuvent confluer dans un organisme unique de gestion fédérée des initiatives publiques de paiement des soins des agents publics genre Agence Nationale d'Assurance Maladie (OCR) pour les agents publics,

Les organismes privés de remboursement peuvent quant à eux acheter les services d'un réassureur.

- **Le mécanisme/instance/organe de coordination du RAMU** ou « cerveau du dispositif »

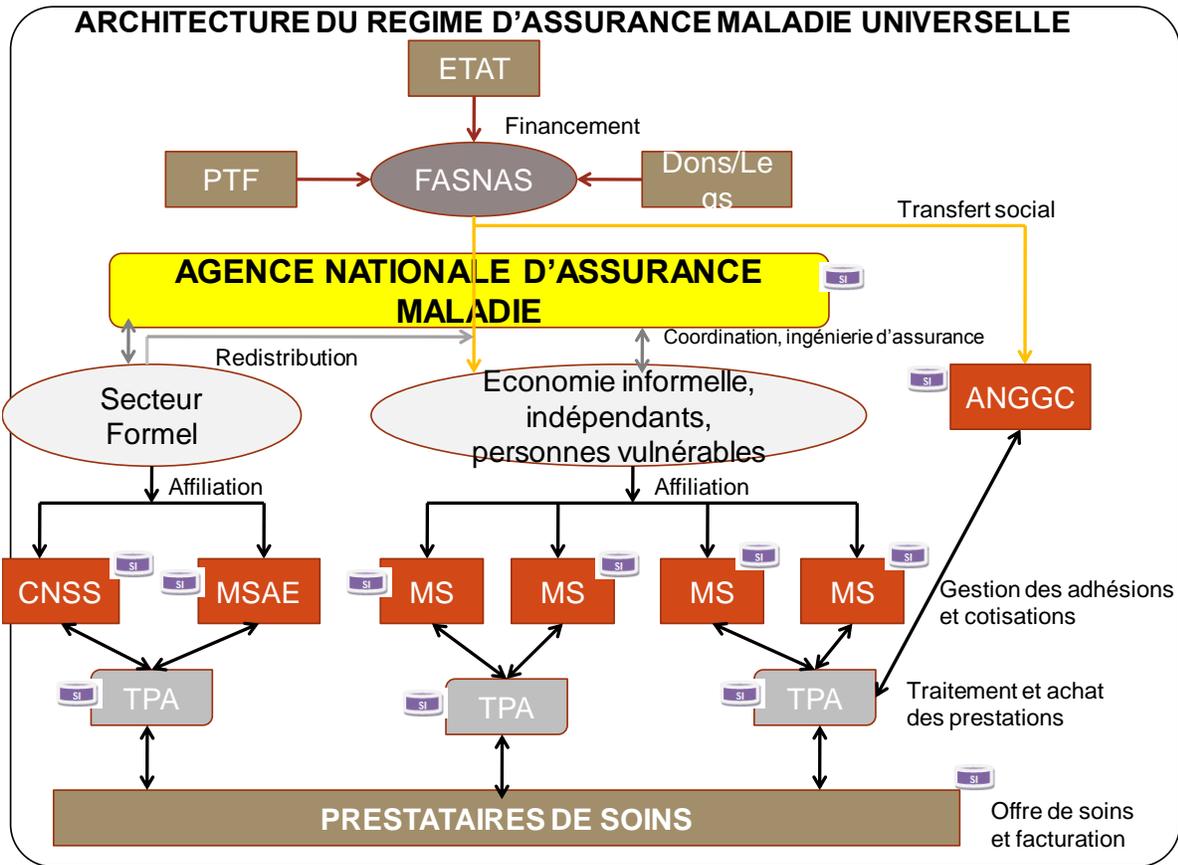
il s'occupe de l'organisation, de la coordination, de la réglementation, de la régulation (accréditation, monitoring et évaluation de l'initiative, contrôle, arbitrage, ajustements stratégiques, les innovations, etc.), de l'information du système et de la sécurisation de l'ensemble du dispositif de couverture maladie au Bénin, de l'arbitrage des différents et du plaidoyer, etc. Ce mécanisme correspond à la structure technique permanente Cellule (ou Secrétariat Permanent, Noyau, Organe, dispositif, etc.) pressentie par l'atelier de juillet 2009, pour assurer la conduite du processus RAMU au quotidien.

Cette instance ne donne pas directement des prestations aux usagers, mais dispose pour ce faire des prestataires pour dispenser les soins et pour rembourser les prestations. Elle ne peut s'occuper de la gestion des ressources du dispositif, ni de l'ingénierie d'assurance, ni des prestations de soins; car dans un système normal, « le cerveau commande mais laisse la mise en œuvre aux effecteurs ».

Le rôle dévolu à cet organe est de la responsabilité publique et revient au Ministère de la Santé.

Toutefois, dans le cadre du renforcement du partenariat public privé, et eu égard au caractère non exclusif du RAMU, le Ministère de la Santé devrait partager cette responsabilité avec l'ensemble des acteurs du secteur privé concernés et impliqués dans la couverture du risque maladie au Bénin.

Figure 3 : Architecture améliorée du RAMU (Juillet 2010)



Légende: PTF : Partenaires Techniques et Financiers ; FASNAS : Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale ; CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat ; MS : Mutuelles de Santé ; TPA, Administrateurs Tiers Payants ; SI : Système d'Information.

Encadré 3 : Description sommaire de l'architecture améliorée du RAMU (juillet 2010)

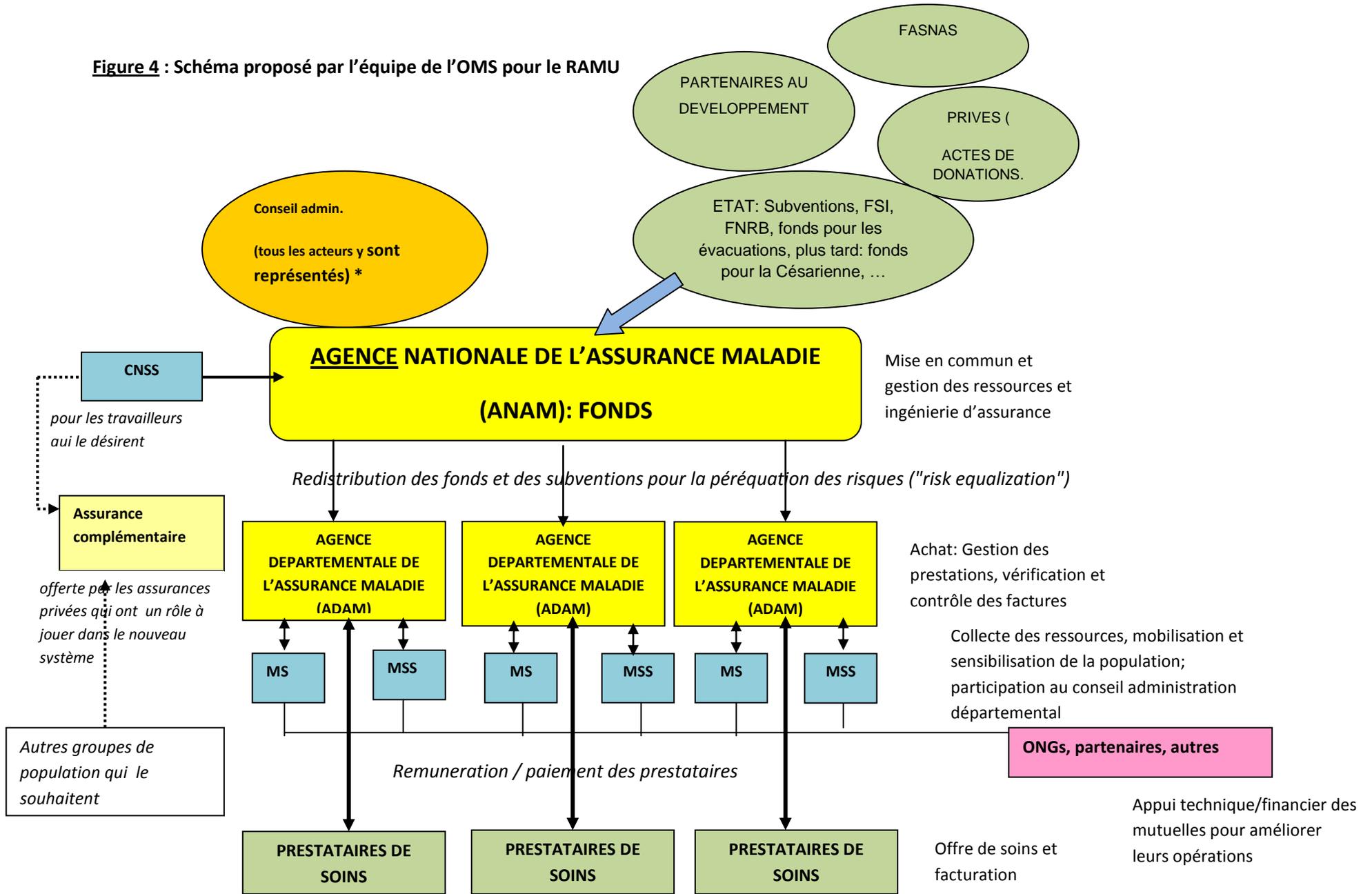
Tutelle : Ministère de la Santé

Départements impliqués : finances, travail, protection sociale, famille, réforme institutionnelle, plan, décentralisation, etc.

Autres acteurs impliqués : syndicats, associations professionnelles, associations de défense des consommateurs, autres organisations de la société civile, assureurs, organisations mutualistes, médias.

- **Composantes « Financement du RAMU (FR) »** : Plusieurs sources :
 - FASNAS (Fonds d'Appui à la Solidarité National et à l'Action Sociale),
 - Etat : budget national, contributions publiques spéciales (taxes spécifiques et autres),
 - Partenaires Techniques et Financiers,
 - Dons et legs.
 - Contributions des bénéficiaires (cotisations individuelles et/ou de groupes, cotisations et autres contributions des employeurs).
- **Composante « Affiliation au RAMU (AR) »** : Chaque agent économique (fonctionnaire, travailleur du privé, travailleur des secteurs informel et agricole, sans emploi, indigent, ...) entrera dans le système à partir d'une structure à laquelle il appartient. Les adhésions familiales et de groupes seront la règle et les adhésions individuelles, une exception. La gestion des adhésions se fera au niveau des structures d'affiliation.
- **Composante « Gestion des Ressources et Ingénierie d'Assurance (GRIA) »** : Elle est l'œuvre de l'ANAM qui supervise par ailleurs la gestion de toutes les autres composantes et assure la cohérence du système.
- **Composante « Gestion des Prestations (GP) »** : Elle incombe aux TPA qui sont les organes d'exécution de l'ANAM en la matière. La gestion de cette composante se fait en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins.
- **Composante « Offre des Soins et Facturation (OSF) »** : Elle est l'œuvre des producteurs de soins accrédités pour pratiquer à charge du RAMU
- **Composante « Système d'Information (SI) »** : Elle est transversale aux quatre autres et implique en conséquence tous les acteurs et organes.

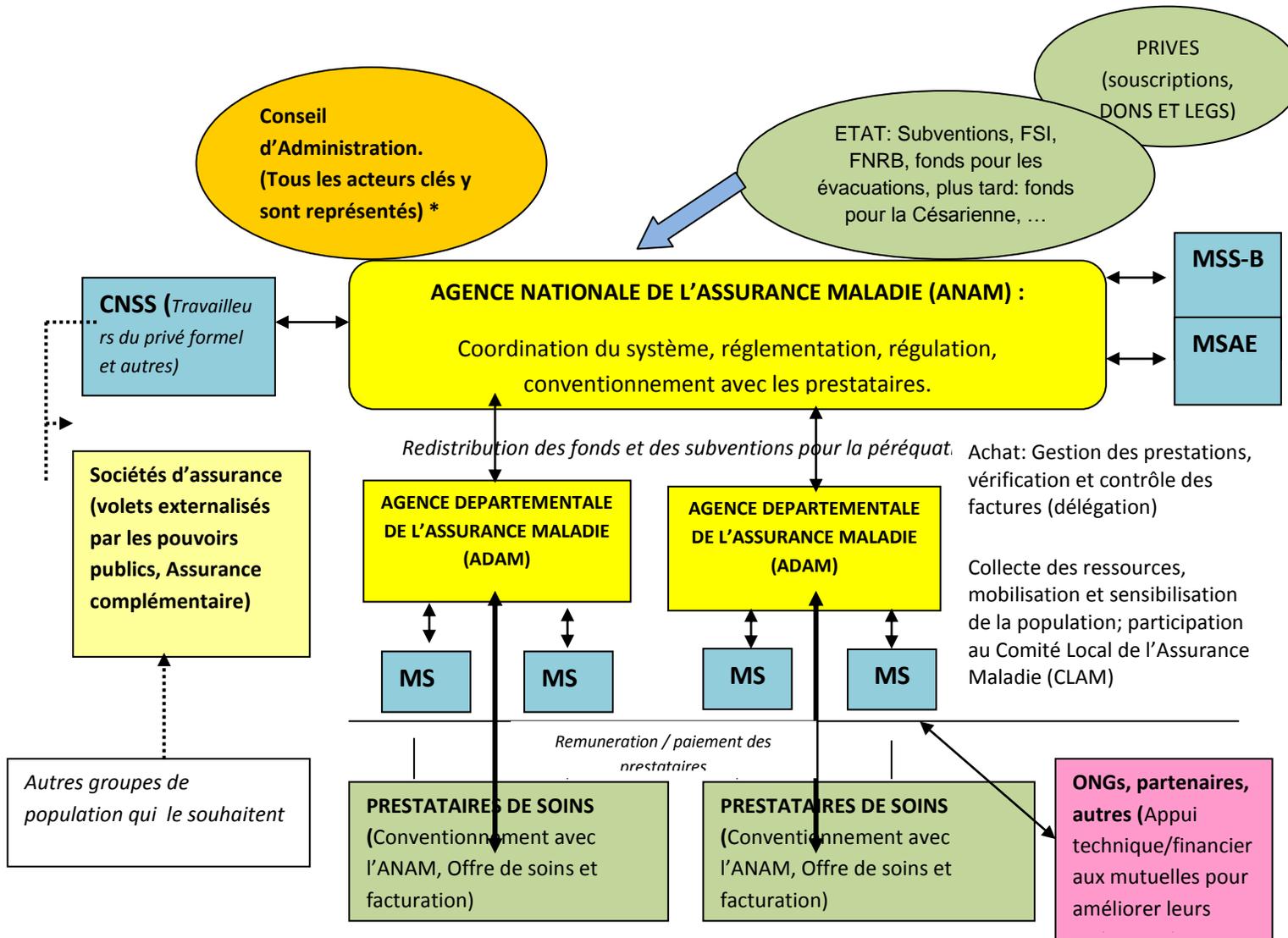
Figure 4 : Schéma proposé par l'équipe de l'OMS pour le RAMU



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

Remarque : L'architecture proposée par l'OMS réalise un meilleur consensus entre les différents schémas exposés ci-dessus tout en préservant les principes de base d'une assurance maladie universelle. Elle peut donc être adoptée comme l'architecture de base du RAMU si on y apporte quelques améliorations relatives aux rôles des divers acteurs, ce qui permet de déboucher sur le schéma ci-dessous.

Figure 5 : Architecture retenue pour le RAMU au vu des 4 schémas exposés ci-dessus



Légende de l'architecture du RAMU

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie ; ADAM : Agence Départementale de l'Assurance Maladie ; PTF : Partenaires Techniques et Financiers ; FASNAS : Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale ; CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat ; MSS-B : Mutuelle de Sécurité Sociale du Bénin ; MS : Mutuelles de Santé ; SI : Système d'Information ; ONG : Organisation Non Gouvernementale

Description sommaire de l'architecture du RAMU

Tutelle : Ministère de la Santé

Départements impliqués : finances, travail, protection sociale, famille, réforme institutionnelle, plan, décentralisation, etc.

Autres acteurs impliqués : syndicats et associations professionnelles, associations de défense des consommateurs, autres organisations de la société civile, assureurs, organisations mutualistes, médias.

- **Composantes « Financement du RAMU »** : Plusieurs sources :
 - FASNAS (Fonds d'Appui à la Solidarité National et à l'Action Sociale),
 - Etat : budget national, contributions publiques spéciales (taxes spécifiques et autres), Fonds Sanitaire des Indigents, Fonds pour les évacuations sanitaires, etc...
 - Partenaires Techniques et Financiers,
 - Dons et legs.
 - Contributions des bénéficiaires (cotisations individuelles et/ou de groupes, cotisations et autres contributions des employeurs).
- **Composante « Affiliation au RAMU »** : Chaque agent économique (fonctionnaire, travailleur du privé, travailleur des secteurs informel et agricole, sans emploi, indigent, ...) entrera dans le système à partir d'une structure à laquelle il appartient. Les adhésions familiales et de groupes seront la règle et les adhésions individuelles, une exception. La gestion des adhésions se fera au niveau des structures d'affiliation.
- **Composante « Gestion des Ressources et Ingénierie d'Assurance »** : Elle est l'œuvre de l'ANAM qui supervise par ailleurs la gestion de toutes les autres composantes et assure la cohérence du système.
- **Composante « Gestion des Prestations »** : Elle incombe aux ADAM qui sont les organes d'exécution de l'ANAM en la matière. L'ANAM peut déléguer certaines de ces attributions à des structures tierces dont la compétence et les capacités sont avérées et prouvées en la matière. La gestion de cette composante se fait en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins.
- **Composante « Offre des Soins et Facturation »** : Elle est l'œuvre des producteurs de soins accrédités pour pratiquer à charge du RAMU
- **Composante « Système d'Information »** : Elle est transversale aux quatre autres et implique en conséquence tous les acteurs et organes.

C. La définition des paramètres du RAMU

En dehors de la formulation des principes de base, des orientations stratégiques et de l'architecture provisoire, les travaux réalisés ont permis la définition de certains paramètres du RAMU que sont le paquet des prestations de base, c'est-à-dire le panier de soins minimal à couvrir pour tous, la liste indicative des médicaments remboursables, les sources de financement, les modalités de coordination et de gestion du système ainsi qu'une esquisse des grandes lignes des avant projets de lois sur le RAMU.

1. Le paquet des prestations de base

Le paquet des prestations de base a été défini par le groupe thématique 1 composé de responsables du Ministère de la Santé et de praticiens de profils divers⁸. Il comprend les actes de médecine, les actes de chirurgie et les actes de diagnostic à couvrir dans le cadre du RAMU. Il s'agit essentiellement des actes suivants:

- consultation par le médecin généraliste et le chirurgien dentiste
- consultation par le médecin spécialiste
- actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin
- actes d'anatomie et de cytologie pathologiques
- examens de laboratoire
- actes utilisant les radiations ionisantes pratiquées par le médecin (Radio)
- actes pratiqués par la Sage Femme
- soins infirmiers pratiqués par la Sage Femme
- actes pratiqués par le masseur – kinésithérapeute
- actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- actes pratiqués par l'orthophoniste
- actes pratiqués par l'aide orthophoniste
- hospitalisations

La liste exhaustive du paquet défini figure en annexe au présent rapport.

2. La liste indicative des médicaments remboursables

La liste indicative des médicaments remboursables dans le cadre du RAMU a également été établie par le groupe thématique 1 qui a mis l'accent sur les médicaments essentiels disponibles sur le marché national en proposant non seulement une liste nominative desdits

⁸ Le GT1 est présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé. Il comprend le Président du comité de suivi des conclusions des états généraux de la santé, le Point Focal RAMU, les présidents des ordres des médecins et des pharmaciens, les représentants des sociétés béninoises de cardiologie et de pédiatrie, 1 représentant du collectif des praticiens hospitaliers, 1 représentant de la CAME et un représentant d'ONG spécialisée dans la défense des consommateurs de soins (Voir composition du groupe en annexe).

médicaments mais également leurs prix de cession tels que pratiqués par la CAME. Ainsi la liste proposée comporte ... groupes de médicaments :

- antalgiques / antipyrétiques
- anti-inflammatoires
- antiparasitaires / vermifuges
- antiparasitaires/ antipaludéens
- anti infectieux
- anti anémiques
- hépato-gastro-entérologie
- antiulcéreux
- anti asthmatiques
- antitussif / expectorant
- anxiolytiques
- antihistaminiques
- anti hta bêtabloquants (voie orale)
- anti hta inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- anti hta antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2
- anti hta centraux
- anti hta inhibiteurs calciques
- antiagrégants plaquettaires
- hypolipémiants inhibiteurs hydroxyméthylglutants
- anti hypotenseurs
- héparines standard sodique et de bas poids
- sympathomimétiques
- dermocorticoïdes seuls active très forte
- activité forte
- antidermatophytes
- antifongiques locaux
- antibactériens locaux
- antiseptiques locaux
- anticandidosiques
- antiparasitaires voie orale
- hormones
- anti endométriose
- utero relaxants
- antiasthéniques

La liste complète des médicaments proposés se trouve en annexe au présent rapport.

3. La catégorisation des cibles

La catégorisation et/ou segmentation des cibles du RAMU est destinée à servir de base pour l'aménagement des mécanismes de prise en charge de sorte à prendre en compte l'ensemble des couches sociales du pays. Elle a été confiée au groupe thématique N° 2 qui a proposé une segmentation en trois (3) grands groupes notamment : les travailleurs du secteur formel, les travailleurs du secteur informel et les groupes spécifiques.

a. Les travailleurs du secteur formel

Ce sont tous les travailleurs, opérateurs individuels, chefs d'entreprises, commerçants, artisans, dont l'exercice a des traces dans les registres publics. On y trouve :

- Les employés du secteur public

Ce groupe compte les agents et personnes qui, du fait d'être au service de l'Etat, bénéficient d'office d'une protection contre la maladie à la charge de l'Etat employeur. On y dénombre les fonctionnaires publics (civils et militaires) dont la prise en charge sanitaire est aujourd'hui assurée en régie sur fonds publics ; les agents non fonctionnaires de l'Etat (officiels et politiques), qui bénéficient d'un droit de protection assuré sur fonds publics selon la formule de couverture maladie choisie par l'institution dont ils dépendent. Ce groupe ne comprend pas les agents des collectivités locales.

- Les employés et employeurs du secteur privé formel, du parapublic et des collectivités locales

Cette catégorie comprend les opérateurs qui exercent leur activité professionnelle dans une structure formelle indépendante, déclarée et identifiable dans les registres publics. Elle inclut les employés des collectivités locales (qui sont des structures officielles à gestion relativement autonome, peu dépendantes de l'Etat central). Les personnes appartenant à ces segments sont en principe affiliées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), mais une bonne partie d'entre elles reste non affiliée à un quelconque régime de couverture maladie. Du fait d'avoir des revenus plutôt surs (donc facilement quantifiables et saisissables), elles font partie des cibles privilégiées susceptibles de supporter le paiement d'une prime d'assurance et/ou d'adhésion à une mutuelle de santé ou de tout autre mécanisme de couverture du risque maladie. Ces segments sociaux sont bien indiqués pour le lancement du RAMU, et par l'exemple, faire effet boule de neige.

b. Les travailleurs du secteur informel

Cette catégorie comprend l'ensemble des opérateurs économiques, chefs d'entreprises, commerçants, artisans, opérateurs individuels ou associés qui, dans l'informel, exercent une activité libérale sans trace dans les registres publics. On y distingue :

- **Les employés et employeurs du secteur privé informel (petites entreprises, commerçants et artisans non déclarés)**

Cette catégorie comprend les acteurs (employés et employeurs) du secteur privé informel qui exercent sans être officiellement déclarés. **Ils sont aujourd'hui estimés entre 70 et 80% des travailleurs.**

- **Les acteurs du monde rural**

Il s'agit de l'ensemble des acteurs des métiers de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. C'est le plus grand segment social au Bénin, **qui regroupe aujourd'hui environ 68% de la population en comptant les personnes à leur charge⁹ et 47,1% sans les personnes à charge¹⁰**

- **Les commerçants non déclarés et autres revendeurs**
- **Les artisans**
- **Les sans emploi et personnes au chômage** : Il s'agit d'une part des personnes valides en âge de travailler et à la recherche d'un premier emploi. Les personnes appartenant à ce segment social sont susceptibles de trouver un emploi, mais dans un délai indéterminé. Il s'agit en fait de leur arranger des mesures spéciales d'attente qui couvrent leurs besoins sanitaires jusqu'à ce qu'elles trouvent un emploi.

Il s'agit d'autre part de personnes tombées en chômage technique ou de longue durée, susceptibles de retrouver un emploi à tout moment. Pour les personnes qui se retrouvent dans ce segment social, il s'agit en principe d'une situation transitoire qui compromet le paiement des primes et pour laquelle des mesures spécifiques devraient être prises pour couvrir leurs dépenses sanitaires, le temps qu'elles se rétablissent dans un emploi.

c. Les groupes spécifiques

Ce vocable concerne divers groupes de cibles faibles et particulièrement vulnérables à la maladie pour lesquels des dispositions spécifiques de protection sont mises en place par l'Etat, notamment des fonds spéciaux aujourd'hui gérés en régie. On y dénombre :

- les Indigents (couverts par le Fonds Sanitaires des Indigents : FSI)
- les femmes à Césariser (couvertes par le Fonds de la Gratuité de la Césarienne : FGC)
- les femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans
- les personnes âgées
- les personnes en détresse vitale reçues en urgence dans les formations sanitaires (prises en charges grâce aux trousseaux d'urgence)

⁹ INSAE, RGPH3, Synthèse des résultats, page 07, estimation réalisée sur la base des données fournies pour 11 départements à l'exception du Littoral où 100% de la population est considérée comme étant en zone urbaine.

¹⁰ INSAE, RGPH3, Synthèse des résultats, page24

Les contenus des divers segments proposés sont résumés dans le tableau 3 ci-dessous de même qu'un rappel des mécanismes auxquels ils sont actuellement affiliés.

Tableau 3 : Segmentation des cibles du RAMU

Catégories sociales	Mécanisme de couverture en vigueur	Types de régime
1- SECTEUR FORMEL		
Les employés du secteur public (autres que ceux des collectivités locales) et les personnes à leur charge	FSPA, FNRB	Assurance publique
Les employés et employeurs du secteur privé formel et du parapublic y compris les collectivités locales	CNSS Compagnies d'assurance	Caisse publique Assurance privée
2-SECTEUR INFORMEL		
Les travailleurs, employés et employeurs du secteur privé informel	Mutuelles de Sécurité Sociale, Mutuelles corporatistes	Assurance communautaire
Les acteurs du monde rural	Mutuelles de santé	Assurance communautaire
Les commerçants non déclarés	Mutuelles corporatistes	
Les artisans	Mutuelles corporatistes	
Les sans emploi et personnes au chômage	Néant	Néant
3-LES GROUPES VULNERABLES		
Les Indigents	Fond Sanitaire des Indigents (FSI)	Assistance sanitaire
Femmes à Césariser	Fonds de Gratuité de la Césarienne (FGC)	Assistance sanitaire
Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans	Non encore opérationnel	Assistance sanitaire
Les personnes âgées	FPA	Assistance sanitaire
Les personnes en détresse vitale reçues en urgence	F DV	Assistance sanitaire

4. Les fourchettes de primes

La réflexion sur la fixation des fourchettes de primes et/ou cotisation a été menée au sein du groupe 2.

Constatant l'inexistence d'études de coûts sur les prestations et services de santé au Bénin dont les résultats pourraient être exploités dans le cadre de la mise en place du RAMU, les membres du groupe de travail ont fait observer que la détermination de la prime requiert en principe certains préalables liés à la définition d'un panier de soins qui précise les prestations par niveaux de soins (primaire, secondaire et tertiaire) ainsi que la capacité contributive des bénéficiaires. Toutefois, ils se sont dits conscients de la nécessité de fournir aux pouvoirs publics des éléments d'appréciation et de prise de décisions pour faire face aux immenses et pressants besoins des populations en matière d'accessibilité financière aux soins de santé et ce, en attendant la réalisation d'études économiques et financières plus poussées. Ainsi, ont-ils retenu de se référer aux techniques de détermination des cotisations couramment utilisées au sein des mutuelles de santé et qui font intervenir le coût unitaire de fonctionnement, les réserves statutaires ou légales, la prime pure et les charges de sécurité généralement estimées entre 5 et 10%, ainsi qu'il suit:

- Coût unitaire de fonctionnement = Total des coûts de fonctionnement de la mutuelle divisé par le nombre de bénéficiaires.
- Réserves statutaires ou légales = (Montant des réserves à constituer – montant existant des réserves) divisé par le nombre de bénéficiaires.
- Prime pure = Fréquence des cas d'une maladie (pourcentage de personnes qui font cette maladie) X Coût moyen de la prestation des soins (*la Prime pure est le montant de la cotisation qui concerne le paiement des prestations maladie*).

Ces différents éléments permettent de déterminer la prime de risque et la cotisation (somme à verser par chaque affilié pour sa couverture) comme suit :

- **Prime de risque** = Prime pure + Charge de sécurité (5%)
- **Cotisation** = Prime de risque + Coût de fonctionnement + Réserves statutaires et légales + Marge supplémentaire.

Au vu de ces paramètres et en tenant compte de la gratuité instituée par l'Etat en ce qui concerne la prise en charge de certaines pathologies, le groupe formule les propositions de primes résumées dans le tableau 4 ci-dessous :

Tableau 4 : Fourchettes de primes

Options (Selon la structure de prise en charge)	Prestations couvertes	Montant mensuel de la prime par assuré
Option 1. Garantie de base Centres communaux et Hôpital de Zone	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation générale - Consultation prénatale - Echographie de grossesse seule - FS / DP, NB, Taux d'Hb - Pharmacie (génériques) - Radiographie - Accouchements simples - Césariennes - Pédiatrie 	500 à 1500 FCFA/mois
Option 2. Complémentaire : Soins spécialisés (CHD, HU)	<ul style="list-style-type: none"> - Pédiatrie - Cardiologie - Chirurgie - Urologie - Ophtalmologie - Stomatologie etc. 	2.000 à 4.000 FCFA/mois
Option 3. Les gros risques ; cas spéciaux	<ul style="list-style-type: none"> - Evacuation sanitaires à l'extérieur du territoire national - Dialyse - VIH/SIDA - Tuberculose - Ulcères de Buruli - Lèpre - Autres cas graves, etc 	Prise en charge par l'Etat à travers des mécanismes spécifiques (existants ou à créer)

Il en résulte que, pour une couverture qui prend en compte les prestations sanitaires assurées aux niveaux primaire (centres de santé et hôpitaux de zone), secondaires (Centres Hospitaliers Départementaux) et tertiaires (hôpitaux universitaires ou assimilés), on pourrait instituer une prime mensuelle comprise entre **deux mille cinq cent (2.500) et cinq mille cinq cent (5.500) francs CFA** par assuré, en fonction de la catégorie sociale et donc du niveau de revenu de l'assuré, avec un forfait mensuel de **mille francs (1000)** pour les affiliés les plus faibles économiquement (revenu inférieur au SMIG) et une exemption pour les groupes sociaux les plus vulnérables (enfants de 0 à 5 ans, personnes du 3^{ème} âge sans pension de retraite ou de vieillesse, sans emplois, indigents, étudiants non boursiers, etc).

Une autre option consisterait à fixer un pourcentage du revenu mensuel brut comme cotisation. Les discussions engagées à cet effet ont abouti à un forfait de 5% du revenu comme prime mensuel pour tous les travailleurs du secteur structuré de l'économie dont le revenu est quantifiable et saisissable. Quand aux travailleurs du secteur informel dont le revenu est assez fluctuant, ils peuvent être assujettis à des primes forfaitaires allant de 1.750 à 15.000 CFA en fonction du secteur d'activité dans lequel ils opèrent.

Dès lors, en conformité avec le principe visant à bâtir le RAMU sur la capacité contributive de chacun, la catégorisation des primes pourrait être faite de la façon suivante :

Segment de population	Revenu mensuel net d'impôt (RMNI) en CFA	Prime mensuelle maximale (CFA)	
		Option1	Option2
Couche sociale 1	RMNI ≤ SMIG	1000	1.750
Couches sociales 2	SMIG < RMNI ≤ 100.000	2.500	5.000
Couche sociale 3	100.000 < RMNI ≤ 200.000	3.500	10.000
Couche sociale 4	200.000 < RMNI ≤ 300.000	4.500	15.000
Couche sociale 5	RMNI > 300.000	5.500	>15.000
Travailleurs du secteur informel	Variable selon le secteur d'activités	Entre 1.750 et 15.000 CFA	
Groupes sociaux les plus vulnérables	Néant	néant	néant

Remarque : Il convient de préciser que la fixation de ces montants a été basée sur des estimations et la propension à payer des uns et des autres, non pas sur des calculs de coûts précis et complets. Dès lors, dans une perspective de pérennisation économique et financière du RAMU, des études complémentaires doivent être initiées à court terme pour déterminer la pertinence ou non du maintien desdits montants (et donc l'éventualité de les actualiser). Aussi, les pouvoirs publics doivent-ils s'engager et se préparer à combler le gap éventuel qui pourrait être enregistré du fait de cette option.

5. Les modalités d'affiliation au RAMU

Ce volet a été traité par le groupe thématique 2 qui a formulé des propositions en huit (08) points qui doivent faire l'objet de dispositions législatives et ou réglementaires en conformité avec les principes de base et orientations stratégiques du RAMU (adhésions familiales et de groupes, enrôlement biométrique, etc.). Ils concernent :

- les acteurs de l'affiliation, de l'enregistrement et de l'immatriculation ;
- les critères et obligations de base ;

- les documents d'immatriculation ;
- la date d'effet de l'affiliation ;
- la matérialisation de l'immatriculation et les mesures coercitives ;
- le versement des cotisations ;
- l'adaptation des régies publiques de paiement des soins et
- la sélection adverse.

6. La prise en charge des cas spéciaux

Le groupe 2 a eu également à charge la définition du mécanisme de prise en charge des cas spéciaux. Pour ce faire, il s'est exercé d'abord à définir le concept, avant d'en dégager la typologie et d'envisager les modes de financement.

a. Définition des cas spéciaux

Les cas spéciaux sont des cas de maladies graves ou de maladies chroniques dont les moyens de prise en charge sont généralement hors de la portée d'un individu, du citoyen moyen, et difficilement supportable même pour les plus nantis.

Il s'agit de maladies généralement graves dont les traitements sont très réguliers voire quotidiens et particulièrement onéreux (HTA, Diabète, Insuffisance rénale, etc.), ou appelant des soins tertiaires non disponibles sur place et nécessitant une évacuation à l'extérieur (chirurgie cardiovasculaire, neurochirurgie, greffe d'organe, etc.). Du fait des charges élevées imposées par la prise en charge de ces maladies, les catégories de populations qui, dans les conditions normales, sont susceptibles de contribuer à l'assurance maladie, peuvent se retrouver également dans l'incapacité de payer pour les soins. A ce point, il est souhaitable et judicieux que la communauté et la solidarité nationale soient mises à contribution du moment où ces affections dites graves et/ou chroniques (cas spéciaux) nécessitent aussi que des dispositions spéciales soient prises afin que la continuité des soins puisse être assurée.

Les problèmes posés par ces cas, dont le nombre devrait s'accroître les années à venir en raison de l'évolution du profile épidémiologique du Bénin, résident non seulement dans le coût de leur prise en charge qui oblige tout assureur à s'en départir (sans négliger le coût des médicaments), mais aussi dans l'indisponibilité des plateaux techniques adéquats et des techniques avancées de traitement et le manque des compétences requises pour dispenser les soins sur place. L'ensemble des soins tertiaires au Bénin est confronté à ces difficultés. Dans l'optique de pérenniser le RAMU et lui permettre de répondre aux attentes des pouvoirs publics et des populations, il est indispensable que les tiers-payants soient à même de rembourser durablement les soins. En conséquence, des dispositions urgentes doivent être prises pour minimiser les coûts des soins et les montants des remboursements.

Il apparaît donc important pour gagner du temps, en anticipation sur le lancement du RAMU, d'agir dès maintenant en engageant les actions suivantes:

- la formation des compétences requises pour la mise en place des plateaux techniques adéquats à la prise en charge des cas spéciaux;
- la mise en place des équipements nécessaires pour l'offre des soins tertiaires sur place ;
- la recherche et la garantie des sources d'acquisition à moindre coût des médicaments nécessaires à une prise en charge efficace des cas.

Dans la situation actuelle, la prise en compte des cas spéciaux est dissuasive pour les assureurs privés commerciaux et entièrement non envisageables pour les organes communautaires et corporatifs de gestion et de remboursement des soins.

b. Typologie et financement des cas spéciaux

- Maladies objets des programmes verticaux

En ce qui concerne les maladies objets des programmes spéciaux verticaux (TB, SIDA ??,) le mode de prise en charge actuellement en place peut se poursuivre. Les soins seront d'office assurés par les moyens et structures du programme vertical en charge et les malades continueront d'être d'offices éligibles pour bénéficier des soins, tant que ces programmes subsistent.

- Maladies chroniques non couvertes par les programmes verticaux

Pour ce qui concerne les maladies chroniques non transmissibles telles que le Diabète, l'Hypertension Artérielle et le cancer, sauf à les accepter et les maintenir dans le paquet de base remboursable par les assureurs, leur prévalence pourrait décider l'Etat à les inscrire au compte des maladies objets de programmes spéciaux. Dans ce cas, leur financement intégrera d'office la prise en charge subventionnée voire gratuite des malades.

- Personnes en détresse vitale reçues dans les services des urgences

Il s'agit de personnes de tous statuts qui se retrouvent en situation de détresse vitale, par exemple des suites d'un accident de la voie publique, d'un accident vasculaire cérébral ou d'une crise cardiaque, et de personnes passées dans un coma pour une raison quelconque. Ce sont des personnes en situation d'indigence momentanée ou temporaires. Pour ces cas, la prise en charge doit être totale quel que soit le coût (et peut être considérée comme une évacuation sanitaire).

Pour leur financement, il est recommandé l'ouverture d'un Fonds spécial « Détresse vitale » dont l'utilisation sera inconditionnelle, dès lors que la détresse est effective et le pronostic vital en jeu.

Ce fonds sera alimenté par le budget national, des taxations spécifiques et affectées. Les assureurs des sinistres automobiles, peuvent être appelés à contribuer à l'approvisionnement de ce fonds.

Par ailleurs, les mécanismes actuellement en vigueur pour la prise en charge de certains cas spéciaux devront être maintenus voir renforcés et/ou réformés pour les rendre plus équitables et plus efficaces. Il s'agit :

- du Fonds pour l'hémodialyse d'un montant annuel de 450.000.000 FCFA, mis à la disposition du Ministère de la Santé et destiné aux insuffisants rénaux pour les séances d'hémodialyse réalisées au Bénin ;
- du Fonds des évacuations à l'étranger des citoyens non agents de l'Etat (environ 650.000.000 FCFA par an) mis à la disposition du Ministère de la Santé et destiné à assurer l'évacuation des citoyens non agents de l'Etat vers l'étranger pour des soins non disponibles au plan national ;
- du Fonds des évacuations à l'étranger des fonctionnaires et agents de l'Etat (Agents Permanents de l'Etat et Agents Contractuels de l'Etat). Relevant des dépenses communes et logé au Ministère de l'Economie et des Finances, il est destiné à l'évacuation des fonctionnaires et agents de l'Etat vers l'étranger pour des soins non disponibles au plan national.
- Des trousse d'urgences positionnées dans les centres hospitaliers pour assurer les premiers soins aux patients admis aux urgences, dispositif qui reste insuffisant au regard des besoins.

Quant au fonds sanitaire des indigents (FSI), il devra disparaître avec la mise en place du RAMU, sa cible (les indigents devant être couverts par le RAMU au même titre que les autres bénéficiaires). Les ressources actuellement allouées au FSI seront donc renforcées et affectées au paiement des cotisations des indigents auprès du mécanisme assurantiel auquel ils seraient affiliés.

Le tableau 5 ci-dessous résume les mécanismes de couvertures envisageables par types de cas au regard de l'existant et des objectifs du RAMU.

Tableau 5. Mécanismes de prise en charge des cas spéciaux dans le cadre du RAMU

N°	Types de cas spéciaux	Mécanismes en vigueur	Mécanismes envisageables
1	Maladies objets de programmes verticaux (TB, Lèpre, Ulcère de Buruli, SIDA, etc...)	Divers programmes assurant la prévention, la prise en charge et la réadaptation (PNT, PNLS, etc)	Poursuivre et renforcer l'existant
2	Insuffisance rénale chronique	Fonds pour l'Hémodialyse (450.000.000 CFA par an)	Poursuivre et renforcer l'existant
3	Evacuation à l'extérieur des malades non agents de l'Etat	Fonds des évacuations à l'étranger des non agents de l'Etat (650.000.000 CFA par an)	Poursuivre et renforcer l'existant
4	Evacuation à l'extérieur des malades agents de l'Etat (APE, ACE)	Fonds des évacuations sanitaires des fonctionnaires et agents de l'Etat.	Poursuivre et renforcer l'existant
5	Maladies chroniques non couverts par les programmes verticaux (diabète, HTA, Cancer, etc...)	Programme national de lutte contre des maladies non transmissibles (PNLMNT). Prévention essentiellement.	Les inclure dans le paquet de base => engagement des pouvoirs publics à supporter le gap auprès des assureurs.
6	Personnes en détresse vitale reçues dans les services des urgences	Trousse d'urgence, FSI	Créer un <u>Fonds spécial « Détresse vitale »</u> à utilisation inconditionnelle, dès lors que la détresse est effective et le pronostic vital en jeu. Financement du fonds : budget national, taxations spécifiques et affectées. Assureurs des sinistres automobiles ...

7	Indigents	Fonds Sanitaire des Indigents (FSI)	Renforcement et Utilisation des ressources pour subventionner les cotisations des indigents
---	-----------	-------------------------------------	---

7. Les sources de financement du RAMU et l'apport de chaque source

7.1. Les sources de financement

La réflexion sur les sources de financement a été menée au sein du groupe thématique 3 composé de représentants des Ministères en charge de la Santé et des Finances, d'un représentant d'association de défense des consommateurs de soins et d'un expert indépendant. Après avoir passé en revue les potentialités existantes et tenu compte des expériences en cours dans d'autres pays, le groupe a formulé au regard du contexte national, que le RAMU soit financé à partir des sources suivantes :

- Budget général de l'Etat (réallocation des ressources du secteur santé...);
- Budget des Collectivités Locales (avec un accent sur les villes à statut particulier);
- Contribution des affiliés et des employeurs (primes/cotisations et autres souscriptions) ;
- Apport des Partenaires Techniques et Financiers (ressources exceptionnelles) ;
- Ressources spécifiques: taxes sur des biens spécifiques (téléphonie mobile, certains types de carburant tels que le kérosène, boissons alcoolisées, tabac, taxes d'embarquement à aéroport, etc.), affectées systématiquement au financement du RAMU ;
- Dons et legs.

7.2. Apport actuel de chaque source

En attendant les simulations financières à réaliser sur l'outil SIMINS avec l'appui technique de l'OMS et qui permettront de faire une projection financière du RAMU sur 10 ans, les estimations faites sont basées la contribution actuelle de chaque mécanisme au financement de l'accès aux soins. Ladite contribution est évaluée comme suit :

Tableau 6: Contribution actuelle de chaque mécanisme au financement de l'accès aux soins.

TYPES DE BENEFICIAIRES	ASSUREUR	Nombre adhérents	Prime moyen annuelle	CHIFFRE D'AFFAIRE effectif ou théorique (apport potentiel)	% apports
B.1- SECTEUR FORMEL					
B.1.1- Les employés du secteur public	FSFA	78 000	100 000	7 800 000 000	18,5
B.1.2- Les pensionnés du secteur public	FNRB	35 403	100 000	3 540 300 000	8,4
B.1.3- Immatriculés CNSS non assurés santé	Néant	134 777	100 000	13 477 700 000	31,9
B.1.4- Les employés du secteur privé formel, du parapublic et des collectivités locales	Compagnies d'assurance	21 200	200 000	4 240 000 000	10,0
B.2-SECTEUR INFORMEL					
B.2.1- Les travailleurs, employés et employeurs du secteur privé informel	MSS	3 500	7 500	26 250 000	0,1
B.2.2- Les acteurs du monde rural mutualisés	Mutuelles existantes	34 450	2 500	86 125 000	0,2
B.2.3- Le reste des populations (paysans, commerçants, artisans)	Mutuelles à venir	602 536	2 500	1 506 340 000	3,6
B.3-LES GROUPES SPECIFIQUES (VULNERABLES)					
B.3.1- Les Indigents	ETAT(FSI)	20 000	62 500	1 250 000 000	3,0
B.3.2- Indigents activement recherchés	ETAT(FSI)	150 634	20 000	3 012 680 000	7,1
B.3.3- Femmes à Césariser	ETAT(FGS)	17 000	100 000	1 700 000 000	4,0
B.3.4- Personnes âgées	FNRB, CNSS, Compagnies d'assurance	Non encore disponible (à déterminer lors des études ultérieures)	Non encore disponible (à déterminer lors des études ultérieures)	Non encore disponible (à déterminer lors des études ultérieures)	Non encore disponible
B.4- FONDS SPECIAUX					
B.4.1- Fonds évacuation APE et ACE (MFE)				4 500 000 000	10,7
B.4.2- Fonds évacuation citoyen (MS)				600 000 000	1,4
B.4.3- Fonds des hémodialysés (MS)				450 000 000	1,1
B.5- PROGRAMMES VERTICAUX			PM		
TOTAL DES ASSURES		1 097 500		42 189 395 000	100,0

Les apports actuels des mutuelles communautaires (monde rural, commerçants et artisans) sont relativement faible s'élevant en somme à 3,9%, inversement proportionnel au nombre écrasant des adhérents et bénéficiaires potentiels qui relèvent de ces groupes sociaux. Ce constat s'explique par la faiblesse des cotisations dans ces groupes et mutuelles qui tendent vers la valeur médiane de 2500 FCFA par adhérent et par an. On sait que ce niveau de

cotisation ne permet aux dites mutuelles d'offrir plus que le plateau des soins primaires dispensés dans les centres de santé public périphériques ; pas plus qu'il ne suffit pour faire face au remboursement des frais des soins consommés par les bénéficiaires. Ce qui justifie l'important appui qu'apportent les Partenaires Techniques et Financiers et autres associations caritatives dont certains sont amenés à se substituer à la mutuelle pour payer les frais des soins acquis par les adhérents/bénéficiaires.

L'examen du tableau 6 ci-dessus montre que l'apport des groupes spécifiques et les fonds spéciaux s'élèvent à 27, 3% du total des apports potentiels. Ce qui augure des efforts que les pouvoirs publics doivent déployer pour mettre en place et faire fonctionner le RAMU.

Il faut rappeler que dans leur situation actuelle, les mutuelles communautaires au Bénin sont confrontées à des difficultés de viabilité et de pérennité car, ne pouvant faire face aux dépenses de fonctionnement. Elles sont donc généralement subventionnées.

7.3. Estimations du coût du panier de soins dans le cadre du RAMU

Sur la base des données du terrain, la mission du CREDES a proposé un panier de soins et effectué des estimations relatives au coût annuel par bénéficiaire, ainsi qu'il suit :

7.3.1. Panier de soins standard pour le RAMU

Selon les experts du CREDES, le panier de soins sera un panier standard contenant les biens et services suivants :

- Consultations de médecine générale et spécialisée
- Soins infirmiers
- Médicaments
- Analyses, imagerie, explorations
- Hospitalisation médicale
- Hospitalisation avec chirurgie
- CPN, CPoN
- Accouchements et césariennes
- Transport médical en urgence

Pour eux, « dans le cadre du RAMU, ces biens et services seraient accessibles dans les formations publiques, dans le respect de la politique nationale (référence, médicaments essentiels à titre de premier choix, etc.). On va laisser de côté pour l'instant la possibilité que des formations privées confessionnelles ou des pharmacies puissent offrir ces biens et services. On fera uniquement référence à la tarification publique et on exclura, également à titre provisoire, les soins bucco dentaires, la lunetterie, les actes de réadaptation et kinésithérapie, les prothèses et orthèses. On exclura également les évacuations vers l'étranger. En revanche, on raisonnera sur une prise en charge à 100% par le RAMU, avec tiers payant, ce qui revient à promouvoir la gratuité au point de consommation des soins ».

Après examen et amendement de ces propositions, il a été retenu que :

- S'agissant du paquet de base à couvrir par le RAMU, il exclura, à titre provisoire, les soins bucco dentaires, la lunetterie, les actes de réadaptation et de kinésithérapie, les prothèses et orthèses, les prestations sanitaires de confort (chirurgie esthétique ou autres), ainsi que les évacuations sanitaires vers l'étranger.

- Quant aux modalités de remboursement des soins, tout en promouvant un système de tiers payant, la prise en charge sera assortie du paiement par le consommateur d'un ticket modérateur représentant le 1/5^{ème} (soit 20%) du tarif remboursé par le RAMU. Toutefois, certaines catégories de bénéficiaires jugés économiquement faibles ou particulièrement démunis (citoyens vivant en dessous d'un certain seuil économique, indigents...) seront exemptées du ticket modérateur et pourront bénéficier d'une prise en charge intégrale (à 100%).
- Pour ce qui est de la participation des prestataires privés, les formations sanitaires privées à but non lucratifs (confessionnelles ou autres régulièrement investies d'une mission de service publique) participeront d'office au programme sur la base de conventions à passer entre elles et l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM). En ce qui concerne les pharmacies et officines, elles pourront participer au programme sur la base de conventions spécifiques avec l'ANAM. Dans ce cadre, seuls les médicaments et consommables prescrits par un fournisseur agréé, sur la liste approuvée par l'ANAM et délivré par une officine ou une pharmacie conventionnée, seront remboursés par le RAMU.
- Aussi, faudra-t-il envisager sérieusement l'implication des prestataires privés à but lucratif (formations sanitaires privées, compagnies privées d'assurance) en engageant avec les divers ordres et associations qui les régissent des échanges devant permettre de fixer, le cas échéant, les bases de leur collaboration avec les instances de coordination et de gestion du RAMU et ce, en plein respect de l'orientation stratégique 7 du RAMU visant la promotion du partenariat Public/privé dans la fourniture des soins et le remboursement des prestations.

7. 3.2. Estimation du coût du panier par bénéficiaire du RAMU ¹¹

Le but de l'exercice est l'estimation du coût de ce panier par bénéficiaire du RAMU : coût technique majoré de 20% pour les frais de gestion. Compte tenu du caractère heuristique de la démarche, il a d'abord été proposé une estimation des coûts unitaires des épisodes de soins intégrant ces biens et services. Pour cela, une distinction a été opérée entre épisodes ambulatoires et épisodes hospitaliers et, autant que possible, les niveaux des formations publiques dispensant les soins : Centres de Santé (CS), Hôpitaux de zone (HZ), Centres hospitaliers Départementaux (CHD), Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Pour chacun de ces épisodes et niveaux de soins, le coût moyen est établi en prenant le coût des affections les plus courantes, calculé à partir des informations recueillies. La base de ces calculs est celle qu'a fournie le Dr Kessou, lorsqu'il a cherché à estimer le coût des initiatives de gratuité : césarienne d'une part, autres services de suivi de grossesse et prise en charge des enfants de 0 à 4 ans d'autre part. N'ayant aucun élément chiffré validé sur le coût des transports en urgence, cet élément du panier a été laissé de côté. Il conviendra de le réintégrer pour avoir une appréciation plus juste du coût du panier, si le transport en urgence devait y figurer.

La conjecture de départ est que le coût moyen d'un épisode de soins, ambulatoire ou hospitalier, pour l'ensemble de la population, est peu différent du coût évalué pour les petits enfants dans les mêmes formations de soins publiques, pour les affections les plus courantes

¹¹ Les données et commentaires ci-dessous ont été produits par PENICAUD, C. & LETOURMY A. (2009) dans la « Formulation de l'Avant-projet Sommaire du RAMU, Mission n° 2 du 26 mai au 12 juin 2009, rapport préliminaire, version finale, CREDES/ACODE, p 39 ».

touchant ces enfants. Cette conjecture peut être justifiée par deux arguments : les affections les plus courantes correspondent à plus de 80% de la morbidité traitée et les petits enfants représentent près de 40% des usagers du service public de soins. Les données utilisées pour les calculs sont censées correspondre à la situation actuelle, c'est-à-dire à 2008-2009. Ce calcul ne peut évidemment prétendre que donner un ordre de grandeur du coût unitaire des épisodes. Pour rester dans cette logique de production d'ordre de grandeur, on a retenu les chiffres initiaux comme hypothèse basse et, pour obtenir une hypothèse haute, on les a majorés de 20%, sauf si l'estimation faite paraissait robuste pour l'ensemble de la population. Le tableau suivant donne une synthèse des données de base sur le coût des épisodes, telles que résultant des calculs effectués.

Tableau 7 : Coûts des épisodes et des actes de soins pour le panier standard du RAMU

Type d'épisode ou d'acte	Coût moyen minimum	Coût moyen majoré*
<i>Episode d'hospitalisation (médicale ou avec chirurgie)</i>		
CHNU	168 602	202 322
Autre CHU	124 564	149 477
CHD	92 478	110 974
HZ et CS	47 263	56 716
<i>Episode ambulatoire curatif (tous niveaux)</i>	1 553	1 864
<i>CPN1</i>		
CHNU	31 885	31 885
Autres formations	6 881	6 881
<i>Autres CPN</i>		
CNHU	3 685	3 685
Autres formations	3 129	3 129
<i>Accouchements</i>		
CNHU accouchement simple	26 900	26 900
CNHU accouchement Dystocique	71 740	71 740
Autres formations (Acc. Simple)	15 552	15 552
Autres formations (Acc. Dysto.)	19 788	19 788
<i>Césariennes</i>		
CNHU	200 600	200 600
Autres formations	113 560	113 560
<i>Autres urgences obstétricales</i>	59 898	59 898
<i>Urgences néonatales</i>	67 320	67 320
<i>CpoN</i>		
CNHU	3 800	3 800
Autres	863	863
<i>Consultation de l'enfant sain</i>	276	276

* Coûts majorés de 20% uniquement pour les épisodes d'hospitalisation et ambulatoires curatifs

Source : PENICAUD, C. & LETOURMY A. (2009) Op Cit, p 39.

A partir des coûts unitaires des épisodes, on passe au coût par bénéficiaire en évaluant les fréquences de recours. On part ici de la situation actuelle, mais il faut envisager que le RAMU va faire augmenter substantiellement le recours aux soins, puisque c'est son but premier. On mesurera les conséquences financières d'une augmentation de fréquentation en reprenant les coefficients proposés par le Dr Kessou. Répétons que ces estimations ne

sont qu'illustratives et devront ensuite être reprises et précisées. Pour finir, les coûts calculés sont majorés du coût de gestion (20%).

Le tableau 8 suivant fournit le coût du panier par bénéficiaire du RAMU selon l'hypothèse retenue : coût d'épisode minimum ou maximum, fréquence actuelle ou majorée.

Tableau 8 : Coût du panier standard du RAMU selon les fréquences de recours

Type d'épisode ou d'acte	Fréquence (base actuelle)	Contribution minimum au coût du panier	Contribution maximum au coût du panier	Coef. de majoration de fréquence	Contribution minimum au coût du panier	Contribution maximum au coût du panier
<i>Episode d'hospitalisation (médicale ou avec chirurgie)</i>						
CHNU	0,00168399	283,923419	340,707429	2,5	709,808547	851,768572
Autre CHN	0,00038794	48,3233288	57,9880721	2,5	120,808322	144,97018
CHD	0,01211499	1120,37009	1344,44895	2,5	2800,92521	3361,12237
HZ et CS	0,01135847	536,835484	644,207125	2,5	1342,08871	1610,51781
<i>Episode ambulatoire curatif (tous niveaux)</i>	0,241791	375,501421	450,698422	2,5	938,753553	1126,74605
<i>CPN1</i>						
CHNU	0,00037255	11,8787636	11,8787636	1,1	13,06664	13,06664
Autres Formations	0,04545359	312,766142	312,766142	1,1	344,042757	344,042757
<i>Autres CPN</i>						
CNHU	0,0007009	2,58282255	2,58282255	3,3	8,52331443	8,52331443
Autres Formations	0,07793108	243,846344	243,846344	1,25	304,80793	304,80793
<i>Accouchements</i>						
CNHU accouchement simple	0,0001566	4,2126491	4,2126491	1,25	5,26581138	5,26581138
CNHU accouchement dystocique	0,00014282	10,2455495	10,2455495	1,25	12,8069369	12,8069369
Autres formations (Acc. Simple)	0,02661432	413,905867	413,905867	1,25	517,382334	517,382334
Autres formations (Acc. Dyst.)	0,0050346	99,6246408	99,6246408	1,25	124,530801	124,530801
<i>Césariennes</i>						
CNHU	0,00011314	22,69668	22,69668	1,25	28,37085	28,37085
Autres Formations	0,00155471	176,553305	176,553305	1,25	220,691631	220,691631
<i>Autres urgences obstétricales</i>	0,00166786	99,9013476	99,9013476	1,3	129,871752	129,871752
<i>Urgences Néonatales</i>	0,0014524	97,7758457	97,7758457	2	195,551691	195,551691
<i>CPoN</i>						
CNHU	0,00010908	0,41450828	0,41450828	1,25	0,51813535	0,51813535

Autres	0,03009482	25,971828	25,971828	1,3	33,7633764	33,7633764
Consultation de l'enfant sain	0,09861783	27,2185221	27,2185221	2	54,4370442	54,4370442
Total coût technique du panier par bénéficiaire		3914,54855	4387,64481		7906,01535	9088,75599
Coût total		4697,45826	5265,17377		9487,21842	10906,5072

Source : PENICAUD, C. & LETOURMY A. (2009) Op Cit, p 40.

7.4. Apport potentiel des pouvoirs publics¹²

La contribution minimale de l'Etat peut être estimée en considérant qu'en plus des financements sur les actes faisant l'objet d'initiatives de gratuité et la prise en charge des indigents que nous venons d'évoquer, il devra aussi assurer la partie de la dépense des Agents de l'Etat. De même le FNRB peut subventionner partiellement la dépense des fonctionnaires retraités...

... Il est instructif d'examiner diverses situations de subventionnement. Au minimum, l'Etat consacre 2 milliards aux césariennes et 1.25 milliards pour le FSI. Il a été indiqué en juin 2009 que les 4/5 des fonctionnaires et des retraités coûtaient à l'Etat et au FNRB environ 1.2 milliards et 600 millions FCFA respectivement. La subvention minimum correspond à la somme de ces montants, soit 5.05 milliards. En-dehors de toute autre subvention, il faut alors obtenir un montant compris entre 71.9 et 83.5 milliards, ce qui correspond à un coût résiduel annuel du panier par bénéficiaire compris entre 8.850 FCFA et 10.280 FCFA. Ce coût devrait être couvert par les cotisations et par des subventions d'autres origines. Si l'Etat s'engage davantage dans les Initiatives de gratuité, il peut subventionner les soins aux enfants de 0 et 5 ans et l'ensemble de l'activité prénatale. Le Dr Kessou avait estimé à 14.9 et 25.8 milliards FCFA par an le coût de ces mesures. Si les sommes correspondantes allaient au RAMU, le coût résiduel du panier serait réduit, mais il vaudrait encore au minimum 5.900 FCFA par bénéficiaire.

Tableau 9 : Subventions publiques au RAMU et coûts du panier résiduel

Subvention publique	Unités de compte	Situation actuelle	Couverture du coût des actes gratuits	
			Maximum	Minimum
Etat (gratuité)	milliards de FCFA	2,00	25,80	14,90
FSI	milliards de FCFA	1,25	1,25	1,25
Etat (4/5)	milliards de FCFA	1,20	1,20	1,20
FNRB	milliards de FCFA	0,60	0,60	0,60
Total	milliards de FCFA	5,05	28,85	17,95
Besoin maximum de financement	milliards de FCFA	88,60	88,60	88,60
Besoin minimum de financement	milliards de FCFA	77,00	77,00	77,00
Coût minimum résiduel du panier	FCFA / an	8 852	5 910	7 264
Coût maximum résiduel du panier	FCFA / an	10 281	7 338	8 692

Source : PENICAUD C. Op Cit, p 33.

¹² Les données et commentaires présentés ci-dessous ont été produits par PENICAUD C. dans « Etude de faisabilité pour la mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU), rapport de mission n°4 p 32 et 33 ».

Dans ce tableau, on a repris le montant du budget du FSI, dont on a vu qu'il était maintenant mobilisé à près de 90%, mais qui ne permettait un accès aux soins que pour moins de 20 000 personnes. Cela reviendrait-il à dire que 20.000 personnes seulement ne contribueraient pas au RAMU ? On peut en douter. Même si le nombre de pauvres est difficile à évaluer, on peut considérer que 5% de la population ne pourra pas contribuer, soit 406.120 personnes.

L'Etat devrait donc payer à leur place pour un montant égal à $10\,900 * 406\,120 = 4.43$ milliards FCFA, soit 3.18 milliards de plus que la dotation du FSI. On peut alors estimer que les subventions publiques devraient s'élever au minimum par an à 8.2 milliards FCFA, ce qui laisserait entre 68.8 et 80.4 milliards à couvrir par les cotisations de 7.716 millions de Béninois (95% de contributeurs), soit en moyenne par personne entre 8.900 FCFA et 10.400 FCFA.

Les montants du coût résiduel figurant dans le tableau ci-dessus et les derniers chiffres cités sont intéressants si on les confronte à la volonté à payer pour une assurance maladie des Béninois. Les fonctionnaires se sont déclarés prêts à payer par personne plus de 11.000 FCFA par an pour adhérer à la MSAE. En revanche, les adhérents des mutuelles communautaires, qui payent en moyenne 250 FCFA par personne et par mois cotisent 3.000 FCFA par an.

On peut donc en déduire que le RAMU ne peut se mettre en place que si l'Etat augmente assez substantiellement ses subventions à la demande et si les catégories favorisées acceptent la redistribution. Il serait prématuré d'aller plus loin, à la fois sur le niveau des subventions publiques et sur la formule de redistribution entre catégories, mais ce sera évidemment un des points essentiels du débat qui devra précéder le lancement éventuel du RAMU.

Enfin, on peut ajouter que les coûts de gestion du RAMU pourraient être pris en charge par l'Etat. On notera que, sur la base d'un coût total du panier de 10.000 FCFA par bénéficiaire, la part de la gestion est estimée ici à 2.000 FCFA. Au total, il faudrait compter 16.2 milliards pour la gestion et le fonctionnement du RAMU. Cela réduirait d'autant le coût du panier résiduel, mais il est peu probable que ce montant soit accepté par le budget. Une solution de compromis serait que le coût de la gestion soit partagé entre cotisations et subventions. Il faudrait alors que l'Etat finance le RAMU à hauteur de 8 milliards par an, au-delà de sa contribution actuelle à la couverture maladie (5.05 milliards).

Par ailleurs, il est apparu judicieux d'effectuer une projection des charges au moins sur les 5 premières années de mise en œuvre et de mettre en évidence les implications financières pour l'Etat sur la même période, afin de permettre aux pouvoirs publics de s'engager en toute connaissance de cause.

Ainsi, en partant des projections démographiques nationales et du coût annuel estimé du RAMU, le comité restreint en appui au Point Focal RAMU a procédé à une estimation des coûts par année sur les 5 premières années en application d'un taux d'accroissement démographique de 3, 25 %¹³ et en considérant l'année 2011 (année de bouclage de l'étude de faisabilité) comme l'année 0. S'agissant des frais de gestion, deux scénarii ont été

¹³ Source : INAE/DED, RGPH 3, synthèse des résultats, P11

envisagés reposant respectivement sur la fixation d'un « taux plafond » et d'un « taux plancher »: le plafond prévoit 16% du coût du panier de soins comme frais de gestion (sur la base des estimations du CREDES) et le plancher projette les frais de gestion à 5% du coût du panier de soins. Dans le but de répondre au souci de « **bâtir une institution moderne et solide, viable et pérenne, avec des coûts de gestion raisonnables qui n'absorbent pas une partie importante des ressources financières disponibles ou à mobiliser** »¹⁴, le comité propose de retenir le « plancher », soit 5% du coût du panier de soins comme frais de gestion.

Les résultats ainsi obtenus sont contenus dans le tableau ci-dessous :

Tableau 10 : Estimation des coûts du panier de soins, des frais de gestion et des coûts totaux sur les 5 premières années de mise en œuvre

Année	Population attendue (Nombre d'habitants)	Coût du panier de soins (CFA)	Frais de gestion (CFA)	Coût total du RAMU (CFA)
0(2011)	8.729.000	95.146.100.000	Néant	Néant
1(2012)	9.012.000	98.230.800.000	4.911.540.000	103.142.340.000
2(2013)	9.597.000	104.607.300.000	5.230.365.000	109.837.665.000
3(2014)	10.241.000	111.626.900.000	5.581.345.000	117.208.245.000
4(2015)	10.573.000	115.245.700.000	5.762.285.000	121.007.985.000
5(2016)	10.916.000	118.984.400.000	5.949.220.000	124.933.620.000

Source : CRAPF/RAMU : Compte-rendu des travaux de reprise du rapport d'étape sur la mise en place du RAMU

Il en résulte d'une part, que les frais de gestion du RAMU s'élèvent annuellement en moyenne à environ 5,5 milliards de francs CFA pour un budget global moyen d'environ 115 milliards de francs CFA et d'autre part, que l'implication financière de la mise en œuvre du RAMU pour l'Etat (prise en charge des cotisations des couches les plus défavorisées et des frais de gestion) se chiffre en moyenne à environ 13,7 milliards l'an pour les deux premières années de mise en œuvre et 8,2 milliards par an pour les trois années suivantes du premier quinquennat objet des projections.

En effet, Il est souhaitable que l'Etat endosse les charges de gestion de l'ANAM pour les deux premières années étant entendu que cette période nécessite la mise en place d'infrastructures, d'équipements et de dispositifs de communication et d'administration, qui constituent de lourds investissements que l'institution aurait du mal à faire supporter sur les cotisations alors même qu'elle ne serait pas encore en mesure de générer des ressources propres. Les investissements ciblés n'étant pas renouvelables à court terme, l'ANAM pourra supporter sur son budget les coûts liés à la gestion à partir du troisième exercice.

Dans tous les cas, le RAMU doit être bâtie comme une initiative dont la mise en œuvre entraîne pour l'Etat des charges dégressives dès la deuxième année, en rapport avec le budget global (par exemple 12,71% l'an 1 ; 12,22% l'an 2 ; 6,99% l'an 3 ; 6,77% l'an 4 et

¹⁴ L'un des principaux commentaires du Ministre d'Etat dans sa lettre citée en référence.

6.56% l'an 5) ; ce qui constitue un gage de pérennisation de l'initiative et de viabilité de l'ANAM.

La projection des engagements potentiels de l'Etat sur la base de ces prévisions figure dans le tableau suivant.

Tableau 11 : Projection des contributions attendues de l'Etat sur 5 ans

Année	Population attendue (Nombre d'habitants)	Coût du panier de soins (CFA)	Frais de gestion (CFA)	Coût total du RAMU – CT/R (CFA)	Contribution attendue de l'Etat (CFA)	% du CT/R (CFA)
0(2011)	8.729.000	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
1(2012)	9.012.000	98.230.800.000	4.911.540.000	103.142.340.000	13.111.540.000	12,71%
2(2013)	9.597.000	104.607.300.000	5.230.365.000	109.837.665.000	13.430.000.000	12,22%
3(2014)	10.241.000	111.626.900.000	5.581.345.000	117.208.245.000	8.200.000.000	6,99%
4(2015)	10.573.000	115.245.700.000	5.762.285.000	121.007.985.000	8.200.000.000	6,77%
5(2016)	10.916.000	118.984.400.000	5.949.220.000	124.933.620.000	8.200.000.000	6,56%

Source : CRAPF/RAMU : Compte-rendu des travaux de reprise du rapport d'étape sur la mise en place du RAMU

8. Les modalités de coordination et de gestion du RAMU

Le groupe 3 s'est également penché sur les aspects liés à la coordination et à la gestion du système. Ainsi, suite à la restitution des travaux du groupe et tenant compte des options déjà validées à l'atelier de juillet 2009, il a été retenu que le RAMU soit coordonné par un office public à caractère social dénommé Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) placée sous la tutelle du Ministère de la Santé et dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière.

Il convient de rappeler que pour en arriver à la formule de l'ANAM, trois options ont été envisagées à savoir :

- une structure privée ;
- une structure relevant de l'administration publique ;
- une structure publique à caractère social dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

La première option, celle de faire piloter le RAMU par une structure privée, a été jugée peu pertinente, en raison du caractère hautement social du RAMU qui nécessite une forte implication tant juridique, administrative que financière de l'Etat.

La deuxième option, celle de confier la gestion du RAMU à une structure relevant de l'Administration publique sous forme de programme de santé ou de direction technique, a été également jugée peu pertinente, car elle ne rassurerait pas tous les acteurs du système de santé (notamment ceux du secteur privé) appelés à collaborer à sa mise en œuvre. En effet, au cours des discussions, il est apparu qu'une telle option n'offrirait par toutes les garanties de célérité, de fluidité dans les procédures, de transparence et d'efficacités nécessaires à la mise en œuvre d'un programme d'assurance sociale maladie comme le RAMU.

La troisième option, qui consiste à faire piloter le RAMU par une structure publique à caractère social dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière, paraissait dès lors la mieux recommandée dans la mesure où elle permettrait de concilier l'exigence d'une forte implication de l'Etat garantissant le respect des principes de solidarité et d'équité avec celle d'avoir une structure qui, tout en étant sous la tutelle de l'Administration publique, fonctionnerait de façon autonome.

Aussi, dans le but de la nécessaire articulation qui doit exister entre le RAMU et les organes de gestion des mécanismes de gratuité des soins notamment l'Agence de Gestion de la Gratuité de la Césarienne, il est fortement souhaitable que l'organe de coordination et de gestion du RAMU prenne une forme juridique qui faciliterait les relations entre les différents mécanismes et une éventuelle extension progressive du panier de soins du RAMU aux prestations actuellement couvertes par lesdits mécanismes.

Par ailleurs, les expériences en cours dans d'autres pays africains notamment le Maroc (avec l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie), le Gabon (avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie sociale) et le Togo (avec l'Institut National d'Assurance Maladie), montrent que cette option d'un établissement public à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière, peut être bien adaptée aux systèmes nationaux d'Assurance Maladie dans le contexte africain.

Le groupe 3 a également proposé que tous les principaux acteurs du système de santé soient représentés au sein du Conseil d'Administration de ladite agence à savoir :

- l'Etat central à travers les ministères en charge de la santé, des finances, de la protection sociale, du travail, de la décentralisation, de la réforme administrative et institutionnelle, de la micro finance... ;
- les collectivités locales ;
- les fournisseurs de soins publics et privés ;
- les organismes de remboursement des prestations ;
- les associations de défense des consommateurs de soins ;
- les partenaires techniques et financiers ; etc.

Toutefois, il a été admis que faire siéger au sein du Conseil d'Administration les structures appelées à servir comme prestataires du RAMU, notamment les fournisseurs de soins, les consommateurs de soins et les organismes de remboursement des prestations (assureurs, organisations mutualistes...), pourrait ouvrir la voie à d'éventuels conflits d'intérêts. En effet, le Conseil d'Administration est l'organe de décision de l'ANAM appelé à passer les conventions avec les divers prestataires dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU. En retirant les organismes prestataires, on devrait aboutir à un Conseil d'Administration plus légère et moins pléthorique, composée des représentants de l'Etat central, des Communes, de la société civile, des Partenaires Techniques et Financiers, et dont la taille ne devrait pas dépasser onze (11) membres.

La création, les attributions et le fonctionnement de l'ANAM seront définis par Décret pris en Conseil des Ministres.

IV. Prochaines étapes

La poursuite des activités de sensibilisation et d'échanges avec les acteurs nationaux et internationaux, la prise des textes législatifs et réglementaires dont les premières moutures sont déjà disponibles, l'achèvement du processus de mise en place de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie et la réalisation des études de coûts ainsi que des simulations financières sur la base de l'outil SiMins.

Certaines de ces activités sont prévues pour se dérouler avant le lancement officiel du RAMU et d'autre après le lancement.

A. La réalisation des simulations financières

Les simulations financières auront lieu à l'occasion d'une retraite organisée au profit d'une équipe technique restreinte et facilitée par l'Organisation Mondiale de la Santé. A cette occasion, les travaux de simulation se feront à partir du modèle SIMINS qui est un outil de réalisation des simulations financières en assurance maladie, mis au point par l'OMS et la GTZ et déjà expérimenté dans plusieurs pays à travers le monde. Cet exercice sera précédé d'une phase de collecte des données nécessaires à la réalisation desdites simulations.¹⁵

B. La réalisation des études de coûts

Les études de coûts permettront d'affiner certains paramètres économiques et financiers tels que les coûts moyens des prestations sanitaires, les coûts moyens des services de santé, les capacités contributives des adhérents par catégorie sociale, les montants exacts des primes ou cotisations en rapport avec les charges réelles. Même si les estimations effectuées peuvent permettre de prendre une décision politique et/ou stratégique pour la mise en place du RAMU, elles doivent être complétées par des études de coûts dans l'optique d'une pérennisation économique et financière du système. Ainsi, les pouvoirs publics pourraient être amenés, à court ou moyen terme, à ajuster en conséquence certains paramètres tels que le montant des cotisations ou les prix de remboursement des prestations.

C. La poursuite des sensibilisations et des échanges

Les activités de sensibilisation ciblent l'ensemble des acteurs du système de santé. Elles permettent de leur présenter le processus et son évolution aux fins de prendre en compte

¹⁵ Le SiMins est un outil de simulation financière en assurance maladie mis au point par l'OMS et la GTZ et qui sert à faire des estimations financières sur 10 ans. Les données financières pour les cinq (5) premières années de mise en œuvre du RAMU étant disponibles, elles serviront de base au lancement. La collecte des données additionnelles et la retraite pour la simulation sur la base du SiMins seront réalisées au cours de la première année de lancement en vue de leur exploitation pour les projections futures, notamment au cours du 2^{ème} quinquennat de la mise en œuvre.

leurs avis et suggestions, dans le but de réaliser autour du projet le consensus le plus large possible. Cette étape consiste en l'organisation d'ateliers d'échanges et de diverses séances d'information avec les acteurs. Elle est transversale aux autres phases et de ce fait, se poursuivra même au-delà de la phase préparatoire.

Par ailleurs, il est important que les experts nationaux travaillant sur le RAMU maintiennent et intensifient les échanges avec leurs homologues étrangers. En effet, plusieurs pays africains se sont inscrits dans la même dynamique, dont certains (Togo, Mali...) sont déjà à l'étape de mise en œuvre et d'autre encore (Gabon, Rwanda, Ghana...) à celle d'extension. Il serait donc judicieux que le Bénin continue à tirer leçon non seulement des avancées mais également des difficultés enregistrées dans ces pays.

D. La mise en place des organes de coordination et de gestion

Il s'agit principalement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et de ses démembrements. Le processus de mise en place de l'ANAM qui a démarré le 24 Août 2011 avec la nomination en Conseil des Ministres du Directeur Général et de la Directrice Générale Adjointe, se poursuit. Les projets de textes régissant l'agence sont élaborés et sont en examen au niveau des structures compétentes en vue de leur introduction en Conseil des Ministres. Dès son installation, l'ANAM se penchera sur les aspects pratiques de la mise en œuvre du RAMU notamment l'affiliation des adhérents, le conventionnement avec les prestataires (fournisseurs de soins, organismes de remboursement...), la sécurisation du dispositif, ainsi que l'affinement des avant projets de textes législatifs et réglementaires en vue de leur soumission aux instances compétentes devant les adopter.

E. L'adoption des textes législatifs et réglementaires

Cette étape est décisive dans la phase préparatoire du RAMU en ce sens qu'elle définit les bases juridiques des activités de mise en œuvre et d'extension. L'avant projet de loi portant institution de l'assurance maladie universelle est également disponible et en examen auprès des structures compétentes.

Le tableau 6 Ci-dessous résume quelques unes des actions à entreprendre au titre des prochaines étapes, avant et après le lancement officiel du RAMU.

Tableau 10 : Récapitulatif des prochaines étapes

N°	Activités	Echéances
Etapes pré lancement		
1	Poursuivre les échanges avec les acteurs du système de santé	Permanente
2	Poursuivre le partage d'expérience avec d'autres pays en vue d'améliorer régulièrement le processus en cours chez nous	Permanente
5	Rédiger le rapport final et le faire valider en atelier	10 décembre 2011
6	Poursuivre la mise en place des organes de coordination et de gestion du RAMU	31 décembre 2011
7	Rendre compte au Gouvernement du rapport final et des projets de textes en vue de leur adoption	15 décembre 2011

8	Procéder au lancement officiel du RAMU	19 décembre 2011
Etapes post lancement		
9	Effectuer la collecte des données demandées par l’OMS en vue des simulations financières sur 10 ans, sur la base de l’outil SiMins ¹⁶	31 janvier 2012
10	Organiser la retraite pour la réalisation des simulations financières sur 10 ans, sur la base de l’outil SiMins	28 février 2012
11	Réaliser les études actuarielles et de coûts en vue d’affiner, au fil du temps, les options techniques et financières sur les 10 premières années de mise en œuvre.	2 ^{ème} semestre 2012

Conclusion

En conclusion, on peut affirmer que la réflexion sur le Régime d’Assurance Maladie Universelle (RAMU) est en marche. Les travaux préliminaires et complémentaires sont pratiquement achevés avec la définition des principes de base, des orientations stratégiques et du schéma préliminaire de base ainsi que la détermination des principaux paramètres techniques et financiers que sont : le paquet des prestations de base, la liste indicative des médicaments remboursables, les segments de population à couvrir, les fourchettes de primes, les mécanismes de prise en charge des cas spéciaux, les sources de financement et l’apport potentiel des pouvoirs publics.

On note par ailleurs une forte volonté politique du gouvernement, un engagement de tous les acteurs du système de santé, un socle de protection sociale au plan national comme terreau favorable à la réalisation du RAMU et de réelles opportunités aux plans technique et financier, grâce à la disponibilité de l’expertise nationale et à l’appui des partenaires de l’Etat béninois.

Il en résulte qu’en dépit des défis majeurs qui interpellent encore notre système de santé, principalement en termes de qualité de l’offre de soins, il y a de bonnes perspectives pour la mise en œuvre du Régime d’Assurance Maladie Universelle (RAMU).

¹⁶ Le SiMins est un outil de simulation financière en assurance maladie mis au point par l’OMS et la GTZ et qui sert à faire des estimations financières sur 10 ans. Les données financières pour les cinq (5) premières années de mise en œuvre du RAMU étant disponibles, elles serviront de base au lancement. La collecte des données additionnelles sera réalisée en décembre 2011 et la retraite pour la simulation sur la base du SiMins, au cours de la première année de lancement en vue de l’exploitation des résultats pour les projections futures, notamment au cours du 2^{ème} quinquennat de la mise en œuvre.

Annexes

Annexe 1 : Composition des groupes thématiques

Groupe N°	Attributions	Compositions
GT 1	Définir le paquet des prestations de base (panier de soins minimal) à couvrir dans le cadre du RAMU Définir la liste indicative des médicaments à rembourser dans le cadre du RAMU	<u>Président</u> : Dr Valère GOYITO, Secrétaire Général du Ministère de la Santé <u>Vice-président</u> : Pr Eusèbe ALIHONOU <u>1^{er} Rapporteur</u> : Dr Soulé DAOUDA, Président de l'Ordre National des Médecins <u>2^{ème} Rapporteur</u> : Dr Henri AINADOU, Président de l'Ordre National des Pharmaciens <u>Chargé de l'organisation et de la Logistique</u> : Hugues TCHIBOZO, Point Focal RAMU <u>Membres</u> : Docteur Eric AGBATCHOSSOU, Pharmacien à la CAME ; Dr Séraphin GUEDEGBE, Chirurgien, Membre du Collectif des Praticiens Hospitaliers ; Dr Kakpossi ADELOU, Membre de la Société Béninoise de Pédiatrie ; Dr Yessoufou TCHABI, Membre de la Société Béninoise de Cardiologie ; M. Adrien HOUNSA, Représentant les associations de consommateurs de soins.
GT 2	Proposer une catégorisation, et/ou segmentation des cibles du RAMU, de sorte à prendre en compte toutes les couches et catégories sociales ; Proposer des fourchettes de primes et/ou cotisations (plancher et plafond) pour chaque catégorie de cible ; Définir les modalités pratiques d'affiliation des populations (adhésion, enrôlement...) ; Proposer un mécanisme de prise en charge des cas spéciaux et des cas lourds.	<u>Président</u> : Docteur Valère GOYITO, Médecin de Santé Publique, Secrétaire Général du Ministère de la Santé. <u>Vice-président</u> : Monsieur Sanni Orou YERIMA, Directeur de la Protection Sociale et de la Solidarité du Ministère de la Famille et de la Solidarité Nationale. <u>Rapporteur</u> : Monsieur Adrien HOUNSA, Administrateur Gestionnaire des Services de Santé, Président d'ONG et Représentant les associations de défense des consommateurs de soins. <u>Chargé de l'organisation et de la Logistique</u> : Monsieur Hugues TCHIBOZO, Economiste de la Santé, Point Focal du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). <u>Membres</u> : Monsieur Moussa A. ZOUMAROU, Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre de la Santé ; Monsieur Marcien Hubert DEGBOGBAHOUN, Administrateur Hospitalier, Universitaire et d'Intendance, Responsable du Fonds Sanitaire des Indigents ; Monsieur Charles Patrick MAKOUTODE, Economiste de la Santé, Consultant.
G T 3	Identifier les sources de financement du RAMU et déterminer l'apport potentiel de chaque source ; Proposer le processus de mise en place et de déploiement du RAMU en précisant, à chaque étape, les dispositions pratiques à prendre ; Proposer un mécanisme de coordination et de gestion de l'ensemble du processus.	<u>Président</u> : Docteur Valère GOYITO, Médecin de Santé Publique, Secrétaire Général du Ministère de la Santé <u>Vice-président</u> : Monsieur Urbain ADJANON, Administrateur des Assurances, Directeur des Assurances au Ministère de l'Economie et des Finances <u>Rapporteur</u> : Monsieur Florentin MONKOTAN, Economiste de la Santé, personne ressource. <u>Chargé de l'organisation et de la Logistique</u> : Monsieur Hugues TCHIBOZO, Economiste de la Santé, Point Focal du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU). <u>Membres</u> : Monsieur Moussa A. ZOUMAROU, Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre de la Santé ; Docteur Marcellin AYI, Médecin Gestionnaire des Services de Santé, Chef du Service Santé Communautaire ; Dr Serges

		HAZOUME, Directeur Santé de NSIA Bénin, représentant l'Association des Sociétés d'Assurance du Bénin.
GT 4	Proposer les modalités d'accréditation et de conventionnement avec les différents prestataires (prestataires de soins, organismes de remboursement...); Proposer les avant projets de textes législatifs sur le RAMU.	<p><u>Président</u> : Docteur Valère GOYITO, Médecin de Santé Publique, Secrétaire Général du Ministère de la Santé.</p> <p><u>Vice-président</u> : Docteur Armand HOUNDREBO, Médecin de Santé Publique, Chef du Service de la Réglementation Sanitaire.</p> <p><u>Rapporteur</u> : Docteur Gilles SOSSOU, Economiste de la Santé, Enseignant Chercheur à l'Université d'Abomey-Calavi.</p> <p><u>Chargé de l'organisation et de la Logistique</u> : Monsieur Hugues TCHIBOZO, Economiste de la Santé, Point Focal du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU).</p> <p><u>Membres</u> : Monsieur Moussa A. ZOUMAROU, Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre de la Santé ; Monsieur Ismaïlou YACOUBOU, Médecin Conseil en Micro assurance santé, Directeur du Centre d'Etude et d'Appui Technique aux Institutions de Micro Assurance Santé (AIMS) ; Dr Serges HAZOUME, Directeur Santé de NSIA Bénin, représentant l'Association des Sociétés d'Assurance du Bénin.</p>

Annexe 2 : Liste indicative des médicaments remboursables dans le cadre du RAMU

LISTING DES MEDICAMENTS COURANTS POUR LE RAMU

MEDICAMENT GENERIQUE (DCI)	PRIX	SPECIALITE	PRIX
ANTALGIQUES / ANTIPTYRETIQUES			
ACIDE ACETYL SALICYLIQUE	100	ASPIRINE 500MG PLQ	100
ACETYL SALILYLATE DE LYSINE		ASPEGIC 100 SACHET	1220
PARACETAMOL	100	EFFERALGAN 500 CP EFF	1215
		DOLIPRANE 500 CP EFF	1180
		PANADOL 500 CP	835
ANTIINFLAMATOIRES			
IBUPROFENE	500	BRUFEN 400 CP	2870
		IBUMOL SP	2405
		ADVIL SP	2500
INDOMETACINE	365	INDOCID 25MG CP	1710
DICLOFENAC	500	VOLTARENE DOLO CP	1075
		CATAFLAM 25MG CP	1655
		DOLOTREN 50 CP	1840
ANTIPARASITAIRES / VERMIFUGES			
MEBENDAZOLE	320	VERMOX 500 CP	1155
		CARBEN 100 CP	1050
		TOLOXIM CP	1170
		OZIBEN 500 CP	885
METRONIDAZOLE	440	FLAGYL 500MG CP	1960
ALBENDAZOL (10 cp)	320	BENDEX CP (1cp)	285
		VEREX CP (1cp)	1025
		VERZOL CP (1cp)	710
		ZENTEL CP (1cp)	1585
		ZEBEN CP (1cp)	465
FUBENDAZOLE		FLUVERMAL CP	2215
PYRANTEL		HELMINTOX 250 CP	1415
		COMBANTRIN SP	1540
ANTIPARASITAIRES/ ANTIPALUDEENS			
QUININE	665	QUINIMAX 125 CP	3280
		ARSIQUINOFORME CP	4625
SULFADOXINE-PYRIMETHAMINE	300	COMBIMAL CP	490
		MALOXINE CP	500
		MADAR CP	385

		FANSIDAR CP	1025
ARTEMETHER + LUMEFANTRINE		ARTEFAN 80/480 CP	3940
		LUMITER CP	3095
		CO-ARTESIANE SP 60ML	4005
		LUFANTER CP	4030
		COARTEM CP B/24	4085
		COARTEM 6 CP	1025
		LUMATERM CP AD	2660
		ARTRIS SP	2335
		COFANTRINE 6 CP	3620
		FANTEM 20/120 CP	2520
ARTESUNATE + MEFLOQUINE		ARTEQUIN CP	3855
ARTESUNATE + AMODIAQUINE		CO ARSUCAM ENF CP	2780
		ARSUAMOON CP ENF	640
		MACSUNATE JUNIOR CP	1460
		MALMED JUNIOR CP	2405
		LARIMAL FD 400 CP	2510
ARTESUNATE + SULFAMETHOXYPIRAZINE + PYRIMETAMINE		ASUNATE DENK	
		CO-ARINATE FDC ENF	2485
ANTI INFECTUEUX			
AMPICILLINE	835	TOTAPEN 500 GELULS	1700
AMOXYCILLINE 500 CP	580	BACTOX 125 SP	1070
		AGRAM 125 SP	885
		CLAMOXYL 500 GELULS	1670
		HICONCIL 500 GELULS	1915
DOXYCYCLINE	1225	DOXY 200MG	2200
NORFLOXACINE	2215	UROBACID CP	7120
		NOROXINE 400 CP	
OXACILLINE		BRISTOPEN 500 CP	4265
		OXALINE CP	3025
OFLOXACINE		OFLCET 200 CP	11775
CLOXACILLINE	1300	BRISTOPEN 500 CP	4265
CIPROFLOXACINE	820	CIPROZED 750 CP	4205
		BACTIFLOX 500MG CP	6420
		CIPRODYNE CP	7110
		CIPROZI NE CP	15300
		CIPROZOLE FORTE CP	7005
CEFTRIAZONE 1G INJ	4670	CIPLACEF 1G	2805
NETROMICINE 150 INJ	3755	NETILMICINE	

LINCOMYCINE	1260	LINCOCINE 500MG CP	4135
CEFADROXINE		BIODROXIL 250 SP	2745
AMOXICILLINE+ACIDE CLAVULANIQUE		FLEMING SP	3270
		AUGMENTIN 500 CP	7660
		CURAM 500 CP	7120
AZITHROMICINE		ZITHROMAX SP	4475
		AZEE SP	2185
		AZICUR SP	3775
ANTI ANEMIQUES			
FUMARATE DE FER	370	FUMAFER CP	1610
		FERROGRATE CP	1855
ACIDE FOLIQUE	490	ACFOL COMP	2450
FER + ACIDE FOLIQUE		FERCEFOL CP	1225
FER+ B12 +ACIDE FOLIQUE		RED IRON SP	1985
FER+ MANGANESE +CUIVRE		TOT'HEMA	
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE			
ANTISPASMODIQUES			
TIEMONIUM		VISCERALGINE CP	1595
PHLOROGLUCINOL/TRIMETHYLFLO ROGLCINOL		SPASFON CP	1905
HYDROXY BUTYL SCOPOLAMINE		BUSCOPAN INJ	1260
DROTAVERINE		NO SPA CP	1520
PHLOROGLUCINOL		SPASFON LYOC CP	2240
ANTIULCEREUX			
CIMETIDINE	1000	TAGAMET 400 CP	8190
RANITIDINE		AZANTAC 75 CP	3745
		RANI-DENK CP	3910
HYDROXYDE D'ALUMINIUM + MAGNESIUM	370	MAALOX CP	1835
		GASTROGEL CP	935
PHOSPHATE D'ALUMINIUM ET DE MAGNESIUM		PHOSPHALUGEL SCHAT	2905
LANSOPRAZOLE		LANSEC CP	745
SUCRALTATE		ULCAR SCHAT	3295
OMEPRAZOLE		GASEC	4085
		MOPRAL	25125
		DAFRAZOL	8900
PANTOPRAZOLE/DOMPERIDONE		UPRADONE CP	12375
FAMOTIDINE		ULCETRAX CP	5115

4
1

CARBONATE DE CALCIUM, MAGNESIUM		RENNIE CP	2045
OXYDE D'ALUMINIUM, MAGNESIUM, OXETACAINE		MUTESA SP	1470
DIGESTIFS ET LAXATIFS			
LACTULOSE		DUPHALAC SHT	3220
CHOLINE, BETAINE, ARGININE, INOSITOL		HEPAGRUME AB	2475
ARTICHAUT		HEPANEPHROL AB	2650
PNEUMOLOGIE			
ANTI ASTHMATIQUES			
TRIAMCINOLOLE, ACETOMIDE		KENACORT 40 INJ	1805
		KENACORT 80 INJ	3575
SALBUTAMOL CP	365	VENTOLINE AERO	3025
		ASTHALIN AERO	2155
		BUTO ASMA AERO	1610
ANTITUSSIF / EXPECTORANT			
NOSCAPINE	500	TUSSISEDAL SP	1520
PHOLCODINE		BRONCHALE SP ENF	2205
HELICIDINE		HELICIDINE SP AD	3025
TERPINE		TERPONE SP ENF	1485
CARBOCYSTEINE		RHINATHIOL SP ENF	1775
		BRONCHOKOD SP AD	2675
		BRONCHATHIOL SP ENF	1915
		FLUDITEC SP ENF	1585
ACETYLCYSTEINE		MUCOMUST SP NN	1295

PSYCHIATRIE			
ANXIOLYTIQUES			
PRAZEPAM		LYSANXIA 10 CP	2475
OXAZEPAM		SERESTA 2MG CP	
BROMAZEPAM		LEXOMIL	
CLORAZEPATE (Dipotassique)		TRANXENE CP	
PHENOBARBITAL		GARDENAL 100 CP	1470
		GARDENAL 50 CP	895
HYDROXYZINE DICHLORORHYDRATE		ATARAX 25MG CP	2360
DIAZEPAN	355	VALIUM 5MG CP	1100
ANTIHISTAMINIQUES			
PROMETHAZINE		PHENERGAN CP	745
DESLORATADINE		AERIUS B/7 CP	2675

3
0

MEQUITAZINE		PRIMALAN SP	1870
DEXCHLORPHENIRAMINE		POLARAMINE 6MG CP	2405
CETIRIZINE		ZYRTEC CP	

CARDIOLOGIE			
ANTI HTA BETA-BLOQUANTS (VOIE ORALE)			
ACEBUTOLOL		SECTRAL	
ATENOLOL	805	TENORMINE 50MG CP	4315
BISOPROLOL		BIOGARAN	
CELIPROLOL		CELECTOL 200MG CP	
LABETALOL		TRANDATE CP	5240
METOPROLOL		LOPRESSOR CP	
OSPRENOLOL			
PINDOLOL		VISKEN CP	3875
		VISKALDIX CP	3490
PROPRANOLOL		AVLOCARDYL 40MG CP	2475
TERTATOLOL		ARTEX CP	9960
TIMOLOL		MODUCREN CP	4755
CARVEDILOL +++		KREDEX 6.25MG CP	
ANTI HTA INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION			
CAPTOPRIL 50MG	1515	LOPRIL 5MG CP	12015
BENAZEPRIL		CIBACENE 5MG CP	
CILAZAPRIL		JUSTOR 2.5MG CP	
ENALAPRIL		RENITEC 5CP	7330
		CO RENITEC CP	18835
FOSINOPRIL		FOZITEC 10MG CP	
LISINOPRIL		PRIVINIL / ZESTRIL	
PERINDROPRIL		COVERSYL 4MG CP	11675
QUINAPRIL		KOREC	
RAMIPRIL		TRIA TEC CP	16345
TRANDOLAPRIL		TARKA LP CP	
ANTI HTA ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE 2			
CANDESARTAN		KENZEN CP	
IRBESARTAN			
LOSARTAN		COZAAR CP	
TELMISARTAN		MICARDIS CP	
VALSARTAN		COTAREG CP	

2
7

ANTI HTA CENTRAUX			
CLONIDINE		CATAPRESSAN	
GUANFACINE			
METHYLDOPA		ALDOMET 250 CP / EQUIBAR CP	2170/38 25
RILMENIDINE			
ANTI HTA INHIBITEURS CALCIQUES			
DIHYDROPYRIDINE		PROTANGIX CP/ PERSANTINE 1355	
AMLODIPINE		AMAPINE 5MG CP	470
		AMLOPRESS 5MG CP	2850
		AMLIBON 5MG CP	12295
FELODIPINE		LOGIMAX	
ISRADIPINE		ICAR LP 2.5 GELULS	
LERCANIDINE		ZANIDIP CP	
NITRENDIPINE		BAYPRESS 20MG CP/ NIDREL	
NICARDIPINE		LOXEN 50 CP	14170
NIFEDIPINE	370	ADALATE CAPS	4360
		NIFELAT CP	3600
ANTIAGGREGANTS PLAQUETTAIRES			
ACIDE ACETYL SALICYLIQUE			
FLEBIPROFENE			
TICLOPIDINE		TICLID CP	
DIPYRIDAMOL		PERSANTINE CP	
CLOPIDOPREL		PLAVIX CP	
AAS + CLOPIDOPREL			
HYPOLIPEMIANTS INHIBITEURS HYDROXYMETHYLGLUTANTS			
ATORVASTATINE		TAHOR CP	40000
FLUVASTATINE		LESCOL 20MG CP	
SIMVASTATINE		ZOCOR 20MG CP	28490
DERIVES NITRES			
TRINITRINE	1785	LENITRAL SPRAY	
NATISPRAY		TRINITRINE	1785
ISOSORBIDE DINITRATE		RISORDAN CP	2280
ANTIHYPOTENSEURS			
MIDODRINE		GUTRON CP	
HEPT AMINOL		HEPT A MYL CP	1785

1
7

HEPARINES STANDARD SODIQUE ET DE BAS POIDS			
ENOXAPARINE		LOVENOX INJ	8010
NADROPARINE		FRAXIPARINE INJ	
DALTERPARINE			
SYMPATHOMIMETIQUES			
DOBUTAMINE		DOBUTREX INJ	
DOPAMINE		DOPAMINE 200 PIERRE FABRE INJ	
		TENSOPHORIL GELULE	
DERMATOLOGIE			
DERMOCORTICOIDES SEULS ACTIVITE TRES FORTE			
CLOBETASOL		DERMOVAL CREME	1410
BETAMETHASONE		DIPROLENE PMDE	
ACTIVITE FORTE			
BETAMETHASONE		BETNEVAL CREME	1105
DIFLUPREDNATE		EPITOPIC GEL	1645
HALCINONIDE		HALOG CREME	1890
ANTIDERMATOPHYTES			
GRISEFULVINE		GRISEFULINE PDE	890
TOLNAFTATE		SPORILINE LOTION 25ML	1130
ANTIFONGIQUES LOCAUX			
MICONAZOLE		DAKTARIN GEL BUCCAL	6940
ISOCONAZOLE		FAZOL CREME	3385
OMOCONAZOLE		FONGAMIL CREM	
KETOCONAZOLE		KETODERM CREM	3480
TERBINAFINE		LAMISIL CREME	26385
ECONAZOLE		PEVARYL CREME	2755
CICLOPIROXOLAMINE		MYCOSTER CREM	3480
ANTIBACTERIENS LOCAUX			
ACIDE FUSIDIQUE		FUCIDINE CREM	2675
CHLORTETRACYCLINE		AUREOMYCINE 1% PDE	350
SULFADIAZINE, ARGENTIQUE		FLAMMAZINE	2780
		SICAZINE	
ANTISEPTIQUES LOCAUX			
CETRIMIDE		CETAVLON CREM	1425
HEXAMIDINE, CHLORHEXIDINE,CHLOROCRESOL		CYTEAL SOLUT. 250ML	2675
CHLORHEXIDINE		SEPTIVON SOLUT.	1870

1
9

BENSALKONIUM, CHLORURE, CHLORHEXIDINE		DERMOBACTER SOLUT.	1520
HYPOCHLORITE DE SODIUM		DAKIN SOLUT.	
ANTICANDIDOSIQUES			
AMPHOTERICINE B		FUNGIZONE CP	6625
NYSTATINE		MYCOSTATINE SP	1295

2
5

GYNECOLOGIE,OBSTETRIQUE			
ANTIPARASITAIRES VOIE ORALE			
TENONITROZOLE		ATRICAN CP	3445
TINIDAZOLE		FASIGYNE B/4 CP	2940
METRONIDAZOLE		FLAGYL 250 CP	2260
ORNIDAZOLE		TIBERAL	3080
HORMONES			
ETHINYLESTRADIOL + LEVONORGESTROL		ADEPAL 1 PL CP	960
		MINIDRIL 1 PL CP	960
ETHINYLESTRADIOL + NORETHISTERONE		MINIDRIL 1PL CP	960
LEVONORGESTREL		MICROVAL CP	960
		NORLEVO CP	3410
ETHINYLESTRADIOL		HARMONIE CP	450
		NORISTERA INJ	
TESTOSTERONE		ANDROTALDYL INJ	6940
ESTRADIOL		SYSTEM SHT	
		PROGYNOVA CP	4140
		ESTROFEM CP	
		OROMONE CP	
ESTRIOL		PHYSIOGINE OVULE	
PROGESTERONE		UTROGSTAN 200MG CP	5430
ESTRADIOL, CYPROTERONE		CLIMENE CP	5305
ANTISEPTIQUES CUTANEOUQUEUX DIVERS			
TRICLOCARBAN		SEPTIVON 250ML SOLUTION	1870
		SOLUBATER SOLUTION	1940
OXYTOCIQUES			
OXYTOCINE	300	SYNTOCINON	1120
ANTIVIRAIUX LOCAUX			
ACICLOVIR		ZOVIRAX CREME 2G	5875
ANTIBACTERIENS VAGINAUX			

POLYVIDONE IODEE		BETADINE OVULE	1435
ANTI ENDOMETRIOSE			
		DECAPEPTYL 3ML LP INJ	150 000
TRIPTORELINE		GONAPEPTYL INJ	
DYDROGESTERONE		DUPHASTON CP	2555
CHLORMADINONE		LUTERAN 10MG CP	2190
NORETHISTERONE		PRIMOLUT-NOR	1815
UTERORELAXANTS			
TERBUTALINE		BRICANYL INJ	1960
SULBUTAMOL		SALBUMOL INJ	
STIMULANTS DE LA SECRETION LACTEE			
		BROMO-KIN GE CP	
BROMOCRIPTINE		PARLODEL CP	7705
GALEGA, MALT , PHOSPHATE DE CALCIUM		GALATOGIL GRANULE	4075

1
7

METABOLISME			
ANTIASTHENIQUES			
ASPARTATE D'ARGININE		SARGENOR CP	3740
GLUCURONAMIDE ACIDE ASCORBIQUE CAFEINE		GURONSAN CP	4540
ACIDE ASCORBIQUE, ASPARTATE DE MAGNSIUM ET DE POTASIUM		ASCORTONYL AB	3205
MALATE DE CITRULLINE		STIMOL AB	4435
ARGININE		ARGININE VERON AB	4405
DEANOL, MAGNESIUM, ACIDE ASCORBIQUE		ACTI 5 AB	3650
LES ANTI MITOTIQUES OU ANTICANCEREUX			

1
4

Dénomination Commune Internationale	Prix CAME		
ACIDE PAMIDRONIQUE 60 MG INJ - FL/4ML	66 345,00		
CARBAPLATINE 10 MG INJ - FL/ 15 ML	9 875,00		
CISPLATINE 50 MG INJ - FL/ 50 ML	4 255,00		
CYCLOPHOSPHAMIDE 500 MG INJ.- POUDRE PSI	1 305,00		
DOCETACEL 20 MG INJ - FL/7ML	20 195,00		
DOXORUBICINE 50 MG INJ - FL/25ML	12 145,00		
ETOPOSIDE 100 MG INJ - AMP	2 445,00		

METHOTREXATE 25 MG/ML INJ - AMP/1ML	1 280,00		
NAVELBINE 10 MG/ML INJ - FL/ 10 ML	22 705,00		
PACLITAXEL 100 MG INJ - FL/16,7ML	35 125,00		
TAMOXIFENE 20 MG - CP VRAC	445,00		
VINBLASTINE 1 MG INJ - AMP	2 105,00		
VINCRISTINE 1 MG/ML - AMP 1ML	900,00		
FLUORO-URACILE 50MG/ML INJ - AMP 10 ML	860,00		

NB: Les prix indiqués ci-dessus ne sont qu'indicatifs. En cas d'exploitation du document Bien vouloir se référer au catalogue de prix de la CAME