

MINISTERE DE LA SANTE

-----  
CABINET  
-----

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
-----

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS de SOINS

REPUBLIQUE TOGOLAISE  
*Travail Liberté Patrie*  
-----

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Droite : 2,25 cm,  
Haut : 1,5 cm, Bas : 1,75 cm

# Etat des lieux des mécanismes de financement de la santé en cours au Togo (en 2013)

Dankom BAKUSA,  
Consultant national  
[dan.bakusa@yahoo.fr](mailto:dan.bakusa@yahoo.fr)

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

Juin 2013

## Plan

Sigles & abréviations .....	3
Liste des tableaux/graphiques .....	4
Résumé .....	5
1. Contexte et justification .....	6
2. Objectifs et résultats attendus de la mission .....	11
3. Méthodologie de travail .....	11
4. Définition des concepts .....	14
5. Etat des lieux des mécanismes de financement au Togo .....	18
5.1. Principaux acteurs du financement de la santé au Togo.....	18
5.2. Financement de la santé en chiffre.....	24
5.3. Analyse des principaux mécanismes de collecte des ressources au Togo .....	26
5.4. Analyse des principaux mécanismes de mise à disposition des ressources au Togo .....	30
5.5. Analyse des principaux mécanismes d'utilisation et de justification des ressources du Togo .....	36
5.6. Analyse des principaux mécanismes selon les sous-systèmes du Togo .....	37
6. Mécanismes innovants applicables/exploitable au Togo .....	41
6.1. Mécanismes innovants existants au niveau mondial .....	41
6.2. Mécanismes innovants utilisables au Togo .....	44
6.2.1. Mécanismes à implémentation internationale.....	44
6.2.2. Mécanismes à implémentation nationale .....	49
7. Cas particulier des mécanismes de financement par l'assurance .....	53
7.1. Etat des lieux au niveau international .....	53
7.2. Mécanismes d'assurance utilisables au Togo .....	59
8. Togo vers une ouverture universelle .....	59
8.1. Autres mécanismes visant la couverture universelle .....	59
8.2. Interventions majeures à moyen terme .....	60
9. Suggestions & Recommandations .....	62
10. Références bibliographiques .....	63

## Sigles & abréviations

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Sigles & abréviations	Définition
AM	Assurance maladie
AMC	Advance Market Commitment (Garantie d'achat futur sur le vaccin du pneumocoque)
APD	Aide Publique au Développement
AQS	Assurance Qualité des Soins
ARV	Anti-Rétro-Viraux
BIE	Budget d'Investissement et d'Equipement
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques
CBHI	Community Based Health Insurance
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPN	Consultations Pré Natales
CRT	Caisse de Retraite du Togo
CU	Couverture Universelle
DDS	Direction/Directeur de District Sanitaire
DGSCN	Direction Générale des Statistiques et de la Comptabilité Nationale
DPS	Direction/Directeur Préfectorale de la Santé
DRS	Direction/Directeur Régional(e) de la Santé
FAD	Fiches d'Autorisation de Dépenses
FIAM	Facilité Internationale d'Achat de Médicaments
FMLSTP	Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination)
IB	Initiative de Bamako
IFFIm	Facilité internationale de financement pour la vaccination
IHI	Interventions à Haut Impact
MdF	Ministère en charge des Finances
MEG	Médicaments Essentiels & Génériques
MHO	Mutual Health Organization
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPDAT	Ministère auprès du Président de la République, Chargé de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire
MUSA	Mutuelles de Santé
NHIS	National Health Insurance Scheme (Régime d'assurance maladie nationale)
NHIS/NHIF	National Health Insurance Fund
OIT	Organisation Internationale du Travail

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMD	Objectifs du Millénaire pour Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PEH	Projet d'Etablissement Hospitalier
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PI	Prévention de l'Infection
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
QUIBB	Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être
RAPD	Rapport de l'Aide Publique au Développement
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RUMER	Registre d'Utilisation des Médicaments Essentiels et Recettes
RBM/FRP	Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
SCAPE	Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi
SHI	Social Health Insurance
SR/PF	Santé de la Reproduction/Planification Familiale
SSP	Soins de Santé Primaire
UNFPA	Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USP	Unité de Soins Périphérique
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immuno Déficience Acquis

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

### Liste des tableaux/graphiques

Tableau I: Principaux partenaires du secteur de la santé.....20

Tableau II : Analyse des principaux mécanismes de collecte des ressources au Togo.27

Tableau III : Analyse des principaux mécanismes de mise à disposition des ressources...31

Tableau IV : Analyse des principaux mécanismes selon les sous-systèmes du Togo....38

Tableau V : Mécanismes de financement à implémentation internationale .....45

Tableau VI : Mécanismes de financement à implémentation nationale.....50

Tableau VII : Caractéristiques des types d'Assurance Maladie (AM) .....54

Tableau VIII : Avantages et défis de chaque régime d'AM.....57

Figure 1 : Organigramme de financement de la santé.....	20
Figure 2 : Organigramme de financement de la santé en 2008.....	25

## Résumé

L'un des éléments de base pour la mise en place d'une couverture universelle aux soins et services de santé, demeure l'existence de mécanismes de financement fiables, stables et pérennes. Aussi, avec les limites de l'appui budgétaire global, d'autres mécanismes (dits innovants) sont-ils explorés au niveau national comme sous régional ou international. C'est dans cet objectif que cette étude est initiée pour faire l'état des lieux des mécanismes de financement en santé au Togo ; et au-delà, explorer les mécanismes de financement innovants pouvant être implémentés au Togo.

La méthodologie utilisée a consisté en une revue documentaire, complétée d'entretiens avec des acteurs clés. Pour l'état des lieux, les mécanismes ont été analysés au regard des critères de performance : fiabilité, neutralité, équité, accessibilité, pertinence etc. ; alors qu'au niveau des financements innovants, l'analyse a distingué les mécanismes à implémentation internationale de ceux à mettre en place au niveau national.

Il ressort de l'analyse que les mécanismes existants (financement par l'impôt, assurance maladie sociale dont les mutuelles de santé, assurance maladie privée, assurance maladie obligatoire avec l'Institut National d'Assurance Maladies, les mécanismes publics d'assurance et de protection sociale : CNSS et CRT<sup>1</sup>), ainsi que les sous-systèmes de financement (Gouvernance, financement, offre et demande de soins) restent très insuffisants pour aller la couverture universelle. Quant aux mécanismes innovants, le Togo a déjà bénéficié de certains mécanismes internationaux (IFFIm<sup>2</sup>, FMLSTP, PEPFAR<sup>3</sup> etc.) mais il pourra explorer d'autres : UNITAID, Garanties d'Achat Futur (AMC), Taxe de solidarité sur le tabac etc. et en mettre en place au niveau interne : taxes sur les produits numériques (Contributions volontaires de solidarité sur les téléphones portables), obligations de la diaspora, contributions citoyennes des individus et des entreprises etc. Sur le plan de l'assurance maladie, en plus de l'INAM dont le champ doit être élargi, la mise en place d'une assurance volontaire à base communautaire semble plus adaptée, à condition d'octroyer des subventions conséquentes aux groupes cibles spécifiques.

En plus des interventions majeures à mettre en œuvre à moyen terme pour assurer la couverture universelle, la principale recommandation consiste à mettre en place un organe de coordination des financements innovants pour les couvertures universelles : Santé, Education etc.

## 1. Contexte et justification

<sup>1</sup> Caisse Nationale de Sécurité Sociale et Caisse de Retraite du Togo

<sup>2</sup> Facilité internationale de financement pour la vaccination

<sup>3</sup> President's Emergency Plan for AIDS Relief

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

L'un des objectifs majeurs de tout système de santé est de parvenir à la couverture universelle, qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir.

Selon le rapport sur la santé dans le monde en 2010 intitulé « le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle », une bonne santé est essentielle au bien-être humain et au développement économique et social durable. Les États membres de l'OMS ont pour objectif de développer leurs systèmes de financement de la santé pour garantir à tous l'utilisation des services de santé et la protection contre les difficultés financières associées à leur paiement.

De ce fait, la couverture universelle du risque maladie demeure une question essentielle et un facteur de développement durable.

C'est dans cet esprit et dans une vision de solidarité, que lors de l'atelier régional de consensus sur la généralisation de la couverture universelle du risque maladie dans l'espace CEDEAO tenu à Accra du 6 au 9 février 2012, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a élaboré un plan d'action régional autour de la vision suivante : « chaque citoyen de l'espace CEDEAO devrait à l'horizon 2020, accéder à des soins de santé de qualité sans barrières financières ».

La levée de ces barrières prenant en compte l'utilisation rationnelle des mécanismes de financement.

En effet, les approches adoptées pour mobiliser les ressources comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie.

Les principales méthodes de financement des soins de santé sont le système national d'assurance maladie, les recettes fiscales générales, l'assurance communautaire, les dépenses non remboursées etc.

Le choix de la méthode dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources.

La situation au niveau mondial, varie selon les pays. Pour les pays en développement, enfermés dans des "trappes à pauvreté" et qui ne peuvent profiter des opportunités économiques et des échanges commerciaux, l'Aide Publique au Développement (APD) est indispensable pour créer les conditions de la croissance. Or, les montants actuels de l'APD sont insuffisants, volatiles et imprévisibles (liés à des impératifs politiques et budgétaires nationaux inévitablement changeants) pour réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Il faut davantage de ressources, mais également un nouveau type de ressources, plus stables et plus prévisibles, afin de financer les coûts récurrents des programmes de développement humain des pays en développement.

À ce jour, les financements innovants pour le développement, particulièrement pour la santé, ont été largement axés sur les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) n°4, 5 et 6, à travers des outils de financement novateurs mis au point par le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMLSTP), l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) et l'UNITAID<sup>4</sup>. La lutte contre les MNT est le grand absent du débat international sur les financements innovants pour la santé. Néanmoins, des solutions sont mises en œuvre à l'échelle nationale, à l'instar des taxes sur le tabac et les alcools servant à financer des programmes de santé nationaux. [6]

Comme le souligne le Rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS [7], les modes de financement innovants conditionneront la capacité à

<sup>4</sup> UNITAID est un mécanisme de financement solidaire de la santé pour promouvoir la coopération Nord-Sud et Sud-Sud



consolider les budgets nationaux de la santé, soit directement dans les pays, soit à travers des dispositifs communs mondiaux tels que l'UNITAID

Ces mécanismes innovants de financement répondraient à la volonté de rendre la mondialisation plus équitable en redistribuant une partie des ressources qu'elle génère.

En 2001, les membres du Conseil tripartite de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), lors du débat général sur la sécurité sociale dans le cadre de la Conférence internationale du Travail de la même année, se sont accordés pour dire que la couverture de la sécurité sociale devait être acquise à tous. La protection de la santé est au centre des priorités. Un des grands défis consiste, par tous les types de mécanismes d'exécution, à étendre la protection de la sécurité sociale aux pauvres et à ceux qui relèvent de l'économie informelle.

*Dans le cas des risques sanitaires*, cela suppose l'accès aux services de santé pour tous. Dans la plupart des pays, les services de santé sont assurés au niveau minimum pour tous. Toutefois, la réalisation de cet objectif remarquable se heurte à plusieurs obstacles.

Les objectifs d'efficacité et d'équité des systèmes de santé nationaux sont fortement influencés par le choix de la méthode de financement pour mobiliser des ressources financières, pour collectiviser les risques, pour prodiguer les soins de santé et pour rémunérer les prestataires de soins de santé. La plupart des systèmes de santé nationaux ont recours à plus d'une méthode de financement pour répondre aux besoins de différentes catégories de population, tandis que certaines catégories ne sont pas incluses dans le système. [4]

Au Togo, la situation du financement, de l'accès aux soins se résument comme suit :

- ✓ Les comptes nationaux 2008 ont montré que [1] :
  - 60,3% du financement de la santé proviennent des privés et 50,5% proviennent des ménages ;
  - Le financement collectif de la santé à travers les mécanismes de solidarité et d'entraide reste très faible ;

- Le système de mutuelle de santé ne représente que 0,04% des dépenses de santé en 2008 ;
  - L'assurance maladie pour les fonctionnaires et les ayant droits est effective depuis mai 2011 ;
  - La subvention de la césarienne par l'Etat à 90% est effective le 02 mai 2011 et la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) est décrétée depuis le 17 novembre 2008 ;
  - L'Etat accorde aux hôpitaux une subvention pour la prise en charge des indigents et appuie certains hôpitaux privés (subventions, ressources humaines etc.).
- ✓ Concernant l'accès aux soins, malgré l'existence d'un large réseau de prestations de soins (taux d'accessibilité géographique de 88 %) avec un fort potentiel du secteur privé, on note :
- Une insuffisance de couverture des populations en soins essentiels de qualité associée à une faible utilisation des services : 30% de fréquentation et 42% d'occupation des lits inférieur à 42%; [3]
  - Selon le rapport QUIBB en 2011, plus de 88 % des personnes malades n'ont pas consulté un praticien de santé. On observe un écart sensible entre les centres urbains (89 %) et les campagnes (86 %). Parmi eux, 12 % ont évoqué des raisons financières (coût élevé des soins). [14]
- ✓ s'agissant des contraintes structurelles et organisationnelles, on note :
- un sous-financement du secteur de la santé (en moyenne entre 5 et 6% du budget de l'Etat) ;
  - L'absence de critères objectifs d'allocation et de répartition des ressources de l'Etat ;
  - Un financement du secteur public de la santé fortement dépendant de l'aide extérieure, en particulier pour les programmes prioritaires (PEV, VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme) ;

- Une faiblesse du système fiduciaire (insuffisance dans la gestion financière et comptable, absence d'outils de gestion harmonisés) etc.

En vue de trouver des solutions adaptées au contexte, basées sur les expériences en cours dans ses pays membres, l'OOAS, dans le cadre de ses activités de plaidoyer sur la promotion de la couverture universelle du risque maladie dans l'espace CEDEAO, se propose d'appuyer le Togo à organiser un atelier national de dialogue et consensus sur la couverture universelle du risque maladie.

C'est dans ce contexte qu'un consultant national est recruté, spécialiste du financement du système de santé, pour faire l'état des lieux des mécanismes de financement de la santé en cours dans le pays.

Une étude qui va alimenter les travaux dudit atelier.

## 2. Objectifs et résultats attendus de la mission

### 2.1. Objectifs général et spécifiques

Elaborer un document sur l'état des lieux des mécanismes de financement en santé en cours au Togo.

Plus spécifiquement, il s'agit de :

- ✓ Identifier les mécanismes de financement existant au Togo ;
- ✓ Analyser ces mécanismes de financement (acteurs, procédures, outils, cibles,...) ;
- ✓ Identifier les mécanismes de financement innovants concourant à la couverture universelle du risque maladie ;
- ✓ Faire des recommandations pour la pérennisation du système de financement et de la couverture universelle du risque maladie.

### 2.2. Les résultats attendus de la consultation sont déclinés comme suit :

- ✓ Un rapport sur les mécanismes de financement de la santé en cours au Togo est élaboré ;
- ✓ Des recommandations sont faites en vue de la pérennisation des mécanismes de financement de la santé.

## 3. Méthodologie de travail

Par ce que l'état des lieux sur le financement entre dans le cadre de la mise en place d'une couverture universelle de soins, au niveau de l'analyse, les sous-systèmes de santé (qui ont une influence majeure) sur le financement et la performance du système seront analysés.

Aux fins de comparaison avec d'autres systèmes, les critères de base pour évaluer la performance du système de financement sont utilisés : fiabilité, efficience, équité, neutralité, qualité des soins, réactivités etc.

La démarche méthodologique comporte :

- ✓ Préparations administratives ;
- ✓ Exploitation de l'ensemble des documents de référence récents assortie d'une synthèse, notamment :

- au plan national
  - Document du secteur : CNS 2008, Investissement Case, PNS, PNDS 2012-2015, CDMT 2012-2014, PPAC, Compact et autres documents des programmes, de l'UGP/MS, du CCM, etc.) ;
  - Documents nationaux et/ou autres secteurs et PTF<sup>5</sup> : Aide Publique au Développement (RAPD 2010), SCAPE/PAP, etc.
- Plan international : IHP+, UNITAID, déclarations de Paris et d'Accra sur l'efficacité de l'aide, etc.
- ✓ Processus participatif incluant toutes les parties prenantes (comité sectoriel santé et VIH/Sida, autres comités sectoriels connexes au domaine de la santé : éducation, environnement, etc.) ;
- ✓ Identification des cibles et collecte de données
  - Entretiens avec les acteurs clés à Lomé (acteurs du niveau central).
    - a) Ministère de la santé ;
    - b) PTF (SNU, Plan Togo, Fonds Mondial, etc.) ;
    - c) Autres ministères et sociétés d'Etat ;
    - d) Assurances et protection sociale ;
    - e) Autres parties prenantes ;
  - au niveau périphérique (Région/District).
  - Autres entretiens individuels (de visu et/ou téléphoniques) pour compléter la collecte (au besoin).
- ✓ Analyse des documents et données
  - Au niveau de l'état des lieux :
    - Analyse des mécanismes de collecte des ressources ;
    - Analyse des mécanismes de mise à disposition des ressources ;

<sup>5</sup> PTF = Partenaires Techniques et Financiers

- Analyse des sous-systèmes de santé, en fonction des critères clés :
  - Efficience allocative, équité d'accès pour le sous-système « gouvernance » ;
  - Fiabilité, neutralité, équité contributive, efficience, efficience allocative (incitation de l'offre) pour le sous-système « financement » ;
  - Qualité de soins, efficience productive, équité de traitement, réactivité (innovation, demande), efficience allocative, équité d'accès etc. pour le sous-système « offre de soins » ;
  - Accessibilités, pertinences etc. pour le sous-système « demande de soins ».
- Au niveau des financements innovants à explorer : l'analyse distinguera des mécanismes à implémentation internationale des celles à mettre en place au Togo ;
- Les mécanismes relatifs à l'assurance maladie sont analysés séparément ;
- Etant donné que la démarche vise la mise en place d'une couverture universelle ; les interventions prévues à moyen terme au Togo seront exposées.

✓ Rédaction du rapport d'évaluation.

Au total, une trentaine de personnes ont été interviewées (voir la liste en annexe). Les discussions de groupe se feront lors de l'atelier de validation.

#### 4. Définition de concepts

En vue d'avoir une même compréhension des concepts et terminologies utilisés, il est important d'en avoir une définition consensuelle.

Couverture universelle : elle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de

qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. [6]

**Dispositifs de financement** : c'est la manière dont les ressources financières sont mobilisées et la manière dont elles sont utilisées. Cette méthode présente des aspects multiples, dans la mesure où elle concerne des facteurs différents comme:

- ✓ L'approche de la mobilisation des ressources financières (mécanismes de financement) ;
- ✓ Les caractéristiques institutionnelles et organisationnelles de la structure des prestations ;
- ✓ L'affectation des ressources ;
- ✓ La méthode de rémunération et d'incitations pour les prestataires de soins de santé ;
- ✓ Divers autres facteurs.

**Mécanismes de financement** : abordent les questions relatives à un aspect du dispositif de financement ; notamment l'approche de la mobilisation des ressources financières (quant bien même, ils tendent à aborder tous les aspects du dispositif).

Ces approches comportent d'ordinaire un mélange de fiscalité générale, de prélèvements au bénéfice des systèmes publics de soins de santé et de cotisations à des régimes privés d'assurance maladie. Les principales méthodes de financement des soins de santé sont le système national d'assurance maladie, les recettes fiscales générales, l'assurance communautaire et les dépenses non remboursées. Le choix de la méthode dépendra de l'entité qui assume la charge financière, du montant des ressources disponibles et de l'entité qui gère l'affectation des ressources.

**L'équité en santé** se définit comme l'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables, dans un ou plusieurs aspects de la santé parmi la population ou des groupes de population qui sont définis socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement.

L'équité d'un système de santé fait donc intervenir deux dimensions : l'équité dans le financement et l'équité dans la distribution des soins. Le terme équité dans le financement de la santé concerne la prise en charge financière ainsi que la capacité qu'à un individu à payer les services de santé. [5]

Une contribution financière au système de santé est dite équitable lorsqu'elle doit tenir compte du niveau de la capacité à payer des individus. On parle de l'équité horizontale, lorsque les personnes sont traitées de la même manière si elles ont un problème similaire, peu importe leur origine sociale ou géographique, ni leur salaire. Lorsque les personnes paient des sommes différentes, en fonction de leurs possibilités de payer ; on parle de l'équité horizontale.

Améliorer le degré d'équité revient à augmenter le taux de couverture parmi les groupes les plus défavorisés.

Assurance maladie (AM) : les systèmes d'assurance maladie mettent en commun les pertes associées aux risques liés à la santé afin que, moyennant une prime (ou une taxe), les bénéficiaires puissent être protégés contre ces pertes si le risque assuré se produit.

Quelques caractéristiques :

- ✓ Les risques de perte sont répartis et partagés entre plusieurs personnes ;
- ✓ Permet de baisser les primes, de diversifier les risques et facilite la pérennité ;
- ✓ Est meilleur lorsque (d'une manière générale) :
  - Le groupe de personnes est grand (Plus de 5000) ;
  - Les risques sont indépendants ;
  - Elle est universelle, obligatoire, sociale.

Assurance maladie sociale : c'est le financement des soins de santé assuré par un système de sécurité sociale, les salariés, les travailleurs indépendants, les entreprises et l'Etat doivent obligatoirement payer des cotisations à un ou plusieurs fonds commun(s) qui, en général, passent des contrats avec des prestataires tant publics que privés chargés de fournir une série de prestations.



Les soins relevant de la prévention et de la santé publique peuvent être financés par ces fonds ou pris en charge exclusivement par le ministère de la Santé. Dans le cadre d'un système de sécurité sociale, plusieurs fonctions peuvent être assurées par des caisses-maladie paraétatiques ou non gouvernementales ou, quelquefois, par des compagnies d'assurance-maladie privées. [12]

Assurance-maladie privée : c'est lorsque le financement des soins est assuré par un système d'assurance-maladie privée, les employeurs, les associations, les individus et les familles versent directement des primes à des compagnies d'assurance qui font supporter collectivement les risques à l'ensemble de leurs sociétaires.

Les polices d'assurance-maladie privée peuvent être vendues par des compagnies commerciales à but lucratif, par des compagnies à but non lucratif ou par des assureurs communautaires. En général, la contribution à un système privé d'assurance est facultative alors que la cotisation à un régime de sécurité sociale tend à être obligatoire.

Dans certains pays, cependant, l'affiliation à un régime privé d'assurance peut aussi être obligatoire pour certaines catégories de la population (employés du secteur formel, par exemple). [12]

#### Assurance maladie communautaire

L'assurance maladie communautaire est une formule particulière, souvent adoptée lorsque les mécanismes de protection contre le risque financier n'ont qu'un effet limité. Pour ce régime d'assurance, dont le fonctionnement se caractérise par une forte implication de la communauté, les contributions ne dépendent pas du risque.

Comptes d'épargne médicale : il s'agit de comptes d'épargne médicale personnels et réservés au paiement des soins médicaux ou de santé. Ils ont été généralement créés pour:

- ✓ Inciter leurs détenteurs à épargner en prévision de soins médicaux onéreux ;
- ✓ Associer les bénéficiaires des soins au contrôle des coûts ;
- ✓ Mobiliser davantage de fonds pour financer les systèmes de santé.

Seuls quelques pays ont mis en place cette formule.

Financements innovants : évoqués pour la première fois à la conférence de Monterrey (Mexique) en 2002, ils désignent des mécanismes générant des ressources additionnelles à l'aide publique au développement et présentant une plus grande prévisibilité.

Plus spécifiquement, il s'agit d'un mécanisme destiné à lever des fonds pour le développement à travers des instruments caractérisés par leur complémentarité par rapport à l'aide publique au développement, par leur prévisibilité et leur stabilité. Ils sont étroitement liés à l'idée de biens publics mondiaux et visent aussi à corriger les effets négatifs de la mondialisation.

Trois grands financements innovants existent aujourd'hui dans le domaine de la santé. Il s'agit de :

- ✓ UNITAID et la contribution de solidarité sur les billets d'avion ;
- ✓ Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) ;
- ✓ Garantie d'achat futur sur le vaccin du pneumocoque (AMC) ;
- ✓ Autre mécanisme : la loterie Mondiale ou « loterie humanitaire ».

Quelques critères d'évaluation des mécanismes de financement

- ✓ Efficacité : c'est la capacité d'un mécanisme à mobiliser les ressources (type, niveau, nature etc.) pour lesquelles il a été mis en place ;
- ✓ Efficience : c'est la capacité d'un mécanisme, à mobiliser plus de ressources (stables) plus qu'il ne coûte, d'une part, et d'autre part son ratio Mobilisation/Dépenses soit meilleur que celui des autres mécanismes ;
- ✓ Efficience allocative : c'est un mécanisme d'incitation de l'offre qui consiste à allouer des ressources aux interventions les plus efficaces ;
- ✓ Efficience productive : il consiste, au niveau du prestataire/producteur à allouer des ressources aux interventions à forte productivité ;
- ✓ Equité d'accès : c'est la qualité qu'à un mécanisme à être accessible à tous (absence de barrière pour tous ceux qui y sont éligibles.
- ✓ Qualité de soins : elle s'apparente à l'efficience productive ; et consiste à d'allouer les ressources aux prestataires :

- Soit parce qu'il offre des soins de qualité (mécanisme de motivation) ;
- Soit pour les amener à améliorer la qualité de leur prestation (mécanisme incitatif).
- ✓ Réactivité : c'est la capacité d'un mécanisme à s'adapter aux changements dans son environnement (innovation, demande).

## 5. Etat des lieux des mécanismes de financement au Togo

### 5.1. Principaux acteurs du financement de la santé au Togo

Les acteurs du financement de la santé au Togo, en tenant compte de la nouvelle nomenclature du système des comptes de santé (SHA 2011) comportent :

- ✓ Les régimes de financement (HF), c'est-à-dire les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé (public, privé, extérieur). Le concept de régimes de financement des soins de santé est une application et un prolongement du concept de régimes de protection sociale. Les régimes de financement de la santé incluent les paiements directs par les ménages pour les services et biens de santé et les dispositifs de financement de tierce partie.

Un ensemble de règles les régissent :

- le mode de participation au régime ;
  - la base des droits d'accès aux services de santé ;
  - les règles sur la mobilisation ;
  - la mise en commun des revenus octroyés au régime.
- ✓ Recettes des régimes de financement (FS) : une recette est l'augmentation des fonds d'un régime de financement de la santé, à travers les mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la classification sont des types de transactions particulières au moyen desquelles les régimes de financement obtiennent leurs recettes (recettes publiques, impôts, cotisations d'assurances sociales, contributions d'assurances maladie, transferts d'aide au développement etc.).

- ✓ **Agents de financement (FA) :** les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Les FA :
  - Financent les services produits par leurs propres institutions ;
  - Achètent des services auprès de prestataires appartenant à d'autres entités ;
  - Remboursent les coûts des services aux patients qui payent d'abord la facture directement aux prestataires.

La figure ci-après fait la synthèse des acteurs clés des CNS au Togo.

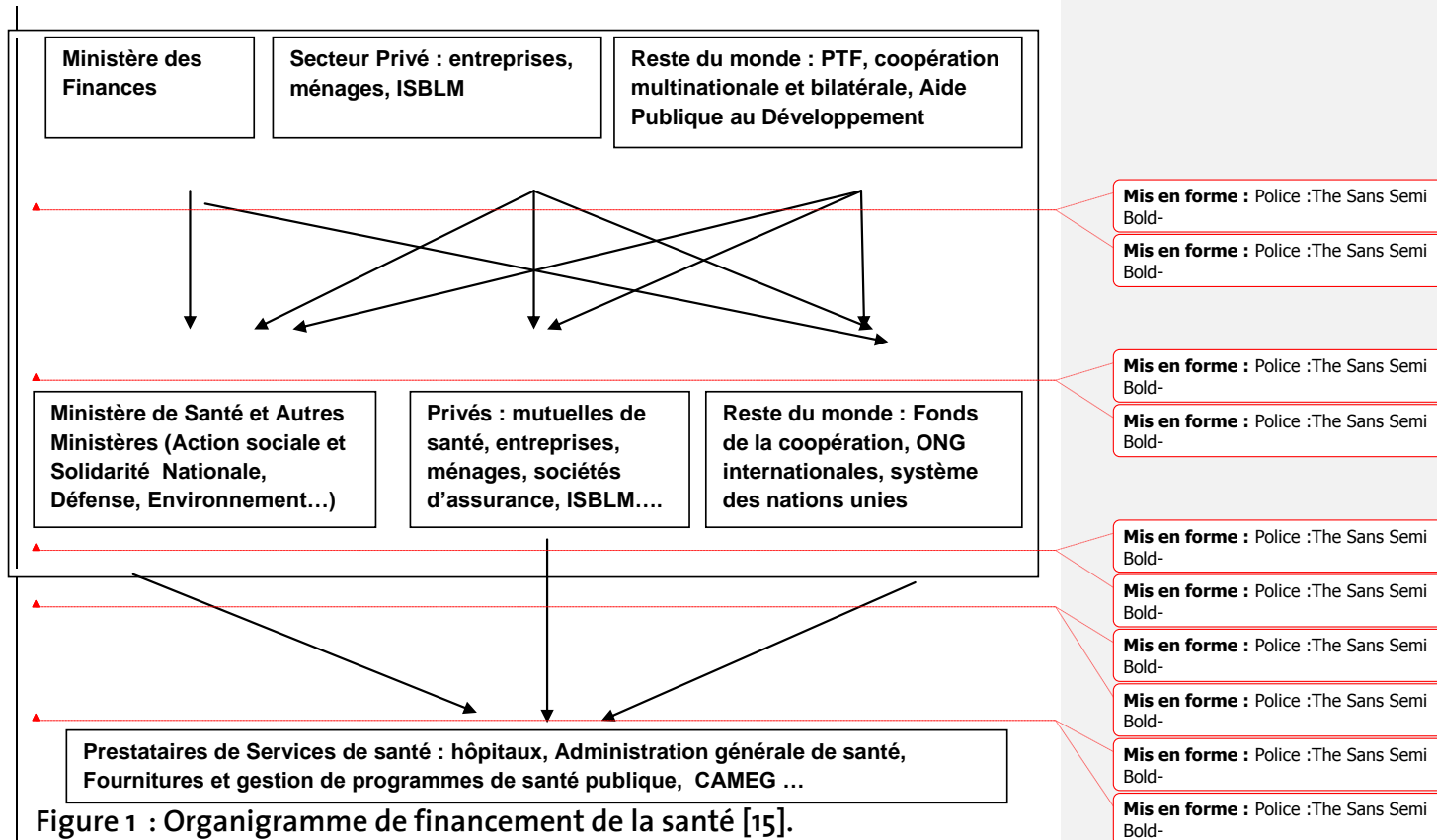


Figure 1 : Organigramme de financement de la santé [15].

En ce qui concerne les partenaires, le tableau ci-après résume les principaux avec leurs objectifs et interventions clés.

Tableau N°I: Principaux partenaires du secteur de la santé [15]

Partenaires	Objectifs	Interventions majeures
Partenaires Multilatéraux		
OMS (Organisation Mondiale de la Santé)	Leader et coordonnateur dans la santé mondiale : -politiques et stratégies -Normes et standards -Appui techniques Surveillance et programmation	Renforcement des systèmes de Santé, Promotion pour un accès équitable aux soins essentiels, Lutte contre les maladies, Santé de la reproduction, etc.
UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)	1. Survie et développement du jeune enfant 2. Protection de l'enfant 3. VIH/SIDA et les enfants 4. Education de base et égalité des sexes 5. Analyse de politiques et partenariats	Vaccination, Paludisme, ver de guinée, santé maternelle néo natale et infanto juvénile, composante eau, environnement et assainissement, alimentation du nourrisson, lutte contre les carences en micronutriments et la malnutrition,, santé des jeunes et des adolescents, VIH/SIDA PTME/ prise en charge pédiatrique du VIH /sida, plaidoyer et partenariat pour les

Partenaires	Objectifs	Interventions majeures
		droits de l'enfant
ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA)	Accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui dans le domaine du VIH	VIH/SIDA/IST : appui aux ONG, au CNLS, à la mobilisation des ressources (Fonds mondial, Projet corridor Lagos Abidjan)
PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement)	Appui stratégique aux problèmes de développement	Appui technique et financier pour trouver des solutions aux défis de la gouvernance démocratique, réduction de la pauvreté, prévention des crises et relèvement, environnement et énergie, VIH/SIDA
UNFPA (Fonds des Nations Unies pour la Population)	1 Réduction de la pauvreté 2. Droit à la santé 3. Egalité des sexes	Santé de la reproduction, IST/VIH/SIDA, SNJA
<b>Partenaires Bilatéraux</b>		
Agence Française de Développement (AFD)	Réduction de la pauvreté	Opérationnalisation des districts sanitaires de la région des Plateaux - Sécurité transfusionnelle - Renforcement des capacités du MS (formation, RH, secteur pharmaceutique, gestion) Construction et réhabilitation
Union Européenne	Appui décentralisé au secteur de la Santé	Construction, réhabilitations, équipements, médicaments, formation, recyclage, recherche action, encadrement, information, études, assistance technique, évaluation, audits, appui aux ONG sanitaires, partenariat avec le secteur
Coopération médicale chinoise	Mission médicale chinoise	Intervention dans 2 hôpitaux (CHR Lomé-Commune et CHR Kara - Tomdè)
USAID	Développement et réduction de la pauvreté	Financement et subventions de fonds de soutien économique et démocratique
<b>Autres Partenaires</b>		
GAVI-ALLIANCE	Améliorer l'accès à la vaccination	Financement de programme de vaccination (PEV) Renforcement du système de santé
Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	Financement des programmes de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme, et la tuberculose
Peace Corps	Appui technique et matériel aux communautés	Appui aux communautés et leurs individus dans les domaines de l'éducation, VIH/SIDA, environnement et l'entrepreneuriat.
PSI	Marketing social en santé	Marketing social des contraceptifs, des moustiquaires imprégnées, des sels de réhydratation orale contre les diarrhées et de micronutriments

Partenaires	Objectifs	Interventions majeures
PLAN TOGO	Développement des initiatives de santé à base communautaire	Appui aux régions Centrale et des Plateaux
Rotary International	Appui Multiforme	Matériels de chaîne de froid pour le PEV, matériels logistiques, organisation des Journées Nationales de Vaccination, gestion des catastrophes, etc.
BID	Amélioration de l'offre sanitaire	Construction et équipement des formations sanitaires dans les zones rurales (Plateaux, Centrale, Kara et Savanes)
HDI (Health and Development International)/ DFID (Coopération Britanique)/ GSK (Glaxo Smith Kline)	Élimination de la filariose lymphatique	Élimination de la filariose lymphatique
<b>ONG Internationales</b>		
CBM (Programme de lutte contre la cécité)	Appui technique et matériel aux communautés	Programme National de lutte contre la cécité
DAHW (Association Allemande d'aide)	Lutte contre la Lèpre, la Tuberculose	-Financement de projets de recherche, de formation et d'éducation pour la santé. -subventionner des programmes de lutte contre la lèpre et la tuberculose
Fédération Internationale de la Croix Rouge	Santé communautaire	Appui aux activités de santé communautaire et à la prévention et gestion des catastrophes
Handicap International	Appui un réseau d'acteurs locaux intervenant dans le domaine du handicap	-renforcement des capacités des départements d'orthopédie, de kinésithérapie et d'orthophonie de l'Ecole nationale des auxiliaires médicaux -prévention de l'Ulcère de Buruli; -Education, promotion et plaidoyer pour les droits des personnes handicapées
Borne Fonden	Enfants déshérités	Hydraulique, agriculture et élevage etc.
Adventist Development and Relief Agency (ADRA)	Développement communautaire	Education et la formation des communautés rurales sur la santé, l'hygiène, l'assainissement, le VIH / SIDA etc...
Sight savers	Lutte contre la cécité des rivières et la cataracte	-Prévention avec le programme de contrôle de la pulvérisation aérienne -Traitement avec la distribution des médicaments
Terre des Hommes	Protection des enfants	-Lutte contre l'exploitation et le trafic des enfants -soins médicaux spécialisés
CREPA (Centre Régional pour l'Eau Potable et l'Assainissement à faible coût)	Promouvoir l'accès durable à l'eau potable, aux services d'assainissement de base et les changements de comportement en matière d'hygiène chez les personnes vulnérables	-Renforcement des capacités et le développement des ressources humaines -Recherche-action -gestion communautaire des projets d'eau, d'hygiène et d'assainissement -Communication
<b>ONG Nationales</b>		

Partenaires	Objectifs	Interventions majeures
UONGTO (Union des Organisations Non Gouvernementales du TOGO)	Coordination et renforcement de capacités des ONG membres	Mobilisation des ressources financières, plaidoyer et de lobbying, communication, suivi et évaluation
FONGTO (Fédération des ONG du Togo)	plate-forme de concertation et d'échanges entre les ONG et les différents partenaires au développement	coordination, de facilitation d'information, de renforcement de capacités et d'appui.
AIMES-AFRIQUE	Contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations Promouvoir le développement	Apporter des soins de qualité aux plus nécessiteux Améliorer les conditions de vie sanitaire Education et formation des communautés
OCDI (Organisation de la Charité pour un Développement Intégral)	Développement rural et urbain	Santé, agriculture, environnement, hygiène, autofinancement, etc...
ATD (Association Togolaise des Diabétiques)	Lutte contre le diabète	Plaidoyer, conseil et services, promotion et éducation
ATBEF (Association Togolaise pour le Bien Etre Familial)	Planification familiale Améliorer la santé maternelle et infantile	Santé de la reproduction Prestations de services de Santé Sexuelle (clinique) : Jeunes, VIH/SIDA, Plaidoyer
RAS+TOGO (Réseau des Associations de Personnes Vivant avec le VIH)	lutte contre le VIH/SIDA	Appui au marketing social du préservatif, Plaidoyer pour la prise en charge des PVVIH, Sensibilisation et formation de groupe cible
FETAPH (Fédération Togolaise des Associations de Personnes Handicapées)	Regroupement d'associations de pour personnes handicapées	Plaidoyer, coordination des activités de promotion des personnes handicapées
Union Chrétienne des Jeunes Gens (YMCA)	Développement rural et urbain	Développement intégré, hygiène, santé maternel et infantile construction et réhabilitation de : cases de santé, latrines



## 5.2. Financement de la santé en chiffre

Les données les plus fiables sur le financement de santé, sont celles issues des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

Au Togo, le troisième exercice des CNS est encours (CNS 2010 ou 2010à2012 avec possibilité d'élaborer un sous compte) après ceux de 2005 et 2008.

Les résultats des CNS 2008 montrent entre autres que :

- ✓ la dépense globale de santé au Togo atteint plus de 70 milliards de FCFA, soit une dépense par habitant de 13.178 FCFA en 2008, et environ 6,9% du PIB ;
- ✓ La mobilisation des ressources du système de santé reste encore très marquée par les dépenses directes des ménages ; ceux-ci sont de loin le premier financeur du système. En effet, le financement privé représente 60,3% dont 50,5% sont assurés par les ménages ;
- ✓ L'Etat finance près de 22,4% des dépenses ;
- ✓ Les principaux partenaires techniques financiers internationaux, 17,3%

D'autre part, malgré une augmentation du budget du Ministère de la Santé de 3% par an en moyenne depuis 1998, sa part dans le budget général de l'Etat a fortement baissé, passant de 10% à 6% jusqu'en 2011.

Les problèmes que pose le budget de l'Etat consacré à la Santé sont :

- ✓ faiblesse du budget par rapport aux besoins et aux engagements internationaux, (le financement de l'Etat ne représente que 31,6 % des dépenses prévisionnelles du MS en 2009) ,
- ✓ affectation du budget non toujours focalisée sur les priorités du secteur (selon CNS 2008, 36% des dépenses de santé de l'Etat vont aux dépenses d'administration générale.

Sur le plan de l'équité, le système de financement du Togo est inéquitable puisque les dépenses potentiellement catastrophiques pèsent essentiellement sur les ménages qui payent :

- ✓ 45% des dépenses de soins hospitaliers ;
- ✓ 95% des dépenses en médicaments.

La figure ci-après présente l'organigramme du financement de la santé au Togo en 2008 en distinguant les sources de financement, les agents de financement et les fonctions sanitaires.

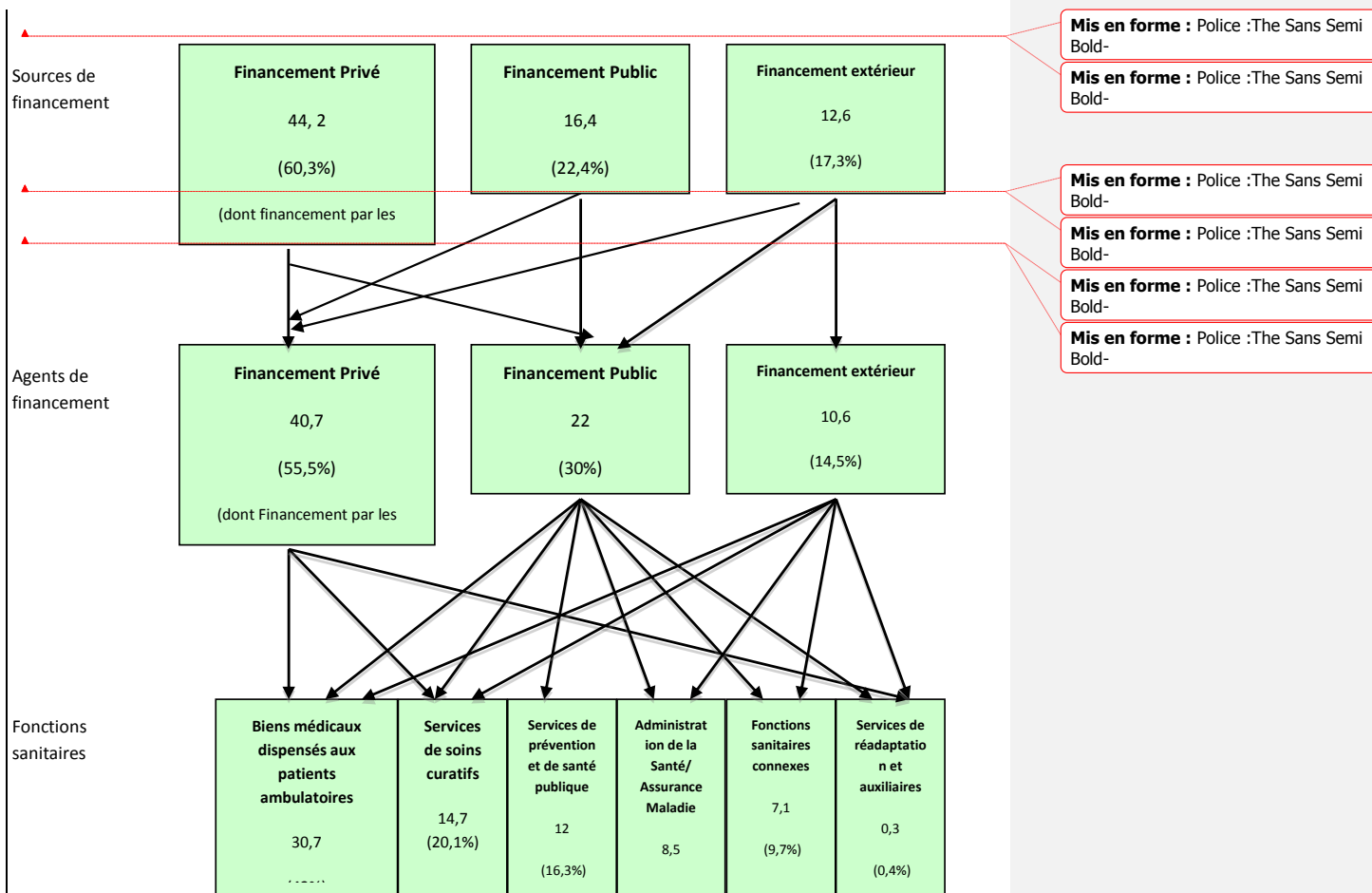


Figure 2 :  
Organigramme de financement de la santé en 2008 [15]

En somme, outre le poids élevé des dépenses de santé sur les ménages, les problèmes structurels qui affectent le système de santé peuvent se résumer ainsi :

- ✓ Absence de politique globale du financement de la santé ;
- ✓ Absence de critères objectifs d'allocation et de répartition des ressources de l'Etat : la répartition des ressources se fonde sur une base historique (capacité de production) et ne prend pas suffisamment en compte la répartition de la population par région, le degré de pauvreté des régions sanitaires et la demande des soins ;
- ✓ Faiblesse du système fiduciaire (insuffisance dans la gestion financière et comptable, absence de manuel de procédures et d'outils

de gestion harmonisés, insuffisance des audits et contrôles systématiques des dépenses publiques de santé) ;

- ✓ Financement du secteur public de la santé fortement dépendant de l'aide extérieure, en particulier pour les programmes prioritaires (PEV, VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme) ;
- ✓ Problème d'efficacité et d'efficience de la dépense publique (en moyenne 87%des dépenses sont des dépenses de fonctionnement contre seulement 13%de dépenses d'investissement) ;
- ✓ faiblesse du système de financement alternatif (mutuelles de santé, assurances maladies...) ;
- ✓ mise en commun des ressources n'est non effective. Malgré le processus IHP+, la signature du compte en 2011 et l'élaboration des PAO 2013, rien n'a changé en matière de mise en commun de ressources et/ou de mise à disposition des ressources.

### 5.3. Analyse des principaux mécanismes de collecte des ressources

Sont analysés dans les principaux mécanismes de collecte des ressources :

- ✓ Financement des soins de santé par l'impôt ;
- ✓ Assurance maladie sociale (mutuelles de santé) ;
- ✓ Assurance maladie privée ;
- ✓ Assurance maladie obligatoire (AMO) : Institut National d'Assurance Maladies (INAM) ;
- ✓ Autres mécanisme publics d'assurance et de protection sociale : CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale) et CRT (Caisse de Retraite du Togo).

Le tableau ci-après présente les avantages et inconvénients chacun de ces mécanismes.

Tableau II : Analyse des principaux mécanismes de collecte des ressources au Togo

Mécanismes de collecte	Avantages	Inconvénients
Financement des soins de santé par l'impôt	<p>Mise en commun des risques pour 100% de la population</p> <p>Redistribution intégrale entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée</p> <p>Potentialités d'efficacité administrative</p> <p>Possibilité de maîtrise des coûts</p>	<p>Financement instable (fluctuation en fonction de l'environnement : marché local)</p> <p>Sous-financement du secteur (5 à 6% en moyenne du budget général par an)</p> <p>Peu efficace en raison du manque d'incitations concurrentielles pour les prestataires de soins de santé et du risque de supervision publique inefficace</p>
Assurance maladie sociale (mutuelles de santé)	<p>Génère des recettes plus stables</p> <p>Fort soutien de la population/adhésion volontaire</p> <p>Très peu de prélèvement à la source (la plupart des adhérents des mutuelles au Togo étant issus du secteur informel)</p> <p>Donne accès à un vaste éventail de services</p> <p>Augmentation de la fréquentation des structures de services de santé ou de soins</p> <p>Implication des partenaires sociaux</p> <p>Redistribution entre risque élevé et faible et catégories à revenu élevé et faible dans la population concernée</p>	<p>Les pauvres/indigents sont exclus</p> <p>Les cotisations prélevées à la source peuvent affaiblir la compétitivité</p> <p>Compliquée à gérer &amp; gestion par du personnel non forcément compétent (la plupart des acteurs sont des bénévoles et souvent non qualifiés)</p> <p>La gouvernance et la responsabilité peuvent laisser à désirer</p> <p>Peut entraîner une inflation des prix si des mécanismes de contrat efficace ne sont pas mis en place</p> <p>Absence d'offre de soins privée dans certaines localités (faible influence sur la qualité due à l'absence de concurrence)</p>

Mécanismes de collecte	Avantages	Inconvénients
	<p>Affecte l'efficacité du secteur de soins en créant une concurrence entre structures qui sont obligées d'améliorer la qualité de leurs prestations</p>	<p>Faible taux de pénétration pour la plupart des MUSA existants (y compris les plus connues comme 3ASC et ADESCO). Couverture globale de la population estimée à 4% en 2011</p> <p>Retrait de certains partenaires du domaine MUSA : OMS, BØRNEfonden etc.</p> <p>Risques intrinsèques aux MUSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ le risque de « sélection adverse » ou « anti sélection » ou « présélection spontanée » lié à l'asymétrie de l'information ;</li> <li>✓ le « risque moral » proche de « aléa moral » : tendance de l'assuré à augmenter sa prise de risque ;</li> <li>✓ le risque de sur – prescription ;</li> <li>✓ les fraudes et les abus ;</li> <li>✓ l'occurrence de cas « catastrophiques » que seule l'intensification de la sensibilisation permet d'éviter/limiter</li> </ul>
Assurance maladie privée	<p>Préférable aux prestations non remboursées</p> <p>Renforce la protection financière et l'accès aux services de santé pour ceux qui sont en mesure de payer</p> <p>Encourage une meilleure qualité et une meilleure coût-efficacité des soins de santé</p>	<p>Coûts administratifs élevés</p> <p>Inefficace pour réduire les pressions sur les coûts subies par les systèmes publics de financement de la santé</p> <p>Inéquitable sans primes subventionnées ou réglementation du contenu et du prix de l'assurance</p>

Mécanismes de collecte	Avantages	Inconvénients
	Facilite la concurrence et donc la qualité des services surtout en milieu urbain où elles sont pour la plupart implantées	
Assurance maladie obligatoire (AMO) : INAM (Institut National d'Assurance Maladies)	<p>Niveau de couverture de risque assez bon (80%)</p> <p>Panier de soins assez adapté au contexte et aux besoins prioritaires (risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité)</p> <p>Source stable (retenu à la source)</p> <p>Equité verticale : même proportion appliquée sur les revenus</p> <p>Couverture de 6 personnes par famille (conjoint, les enfants de 21 ans au plus dans une limite de 4 enfants par assujetti).</p> <p>Couverture des agents publics et assimilés en activité ou à la retraite</p> <p>Couverture d'enfants nés hors mariage et légalement reconnus ou adoptés</p>	<p>Couverture partielle (champs des membres) : fonctionnaires de l'administration publique uniquement (pour le moment)</p> <p>Couverture partielle (taille de la famille) pour les ménages de plus de 6 ayant-droits (même si les deux parents cotisent) alors que la sécurité sociale couvre 6 enfants (incohérence de choix de couverture sur la même cible)</p> <p>Procédures assez complexes : supports assez lourds aussi bien pour le prestataire que pour l'adhérent, prises d'accords préalables parfois</p> <p>Niveau de couverture faible de certaines prestations : lunetterie par exemple</p> <p>Absence de mécanismes incitatifs (pas de préfinancement des hôpitaux)</p> <p>Faible couverture des structures enrôlées (pharmacies surtout) dans le processus (notamment à la périphérie)</p>
Autres mécanisme publics d'assurance et de protection sociale : CNSS (Caisse Nationale de Sécurité)	<p>Couverture aussi bien des agents du public (CRT) que ceux des secteurs privé et parapublic (CNSS)</p> <p>Gestion par des entités autonomes</p>	<p>Offre de soins par le CNSS n'est plus effective</p> <p>Gestion des entités autonomes par vraiment efficace</p> <p>Champ de couverture assez restreint : pension</p>

Mécanismes de collecte	Avantages	Inconvénients
Sociale) et CRT (Caisse de Retraite du Togo)		<p>vieillesse et aux prestations familiales (CRT) et pensions vieillesse et invalidité, aux risques professionnels et aux allocations familiales (CNSS)</p> <p>Montant des couvertures assez dérisoires par rapport aux besoins (ex : 2000 FCFA/mois/Enfant et pour 6 enfants mineurs maximum)</p>

#### 5.4. Analyse des principaux mécanismes de mise à disposition des ressources au Togo

Au Togo, les principaux mécanismes de mise à disposition des ressources sont : l'Etat, les ménages et les PTF.

Le tableau ci-après présente les outils & procédures de chacun de ces mécanismes et en fait une analyse.

Tableau III : Analyse des principaux mécanismes de mise à disposition des ressources au Togo

Mécanismes de mise à disposition	Procédures	Outils	Analyse
Etat	Dépenses de Personnel	Bulletins de paie et autres outils des ministères en charge des finances, de la fonction publique, etc.	<p>le Niveau de rémunération ne tient pas compte de la performance des acteurs</p> <p>Influence sur la performance : très peu</p>
	Dépenses de Matériel (crédit de fonctionnement)	Outils harmonisés au niveau national : bon de commande, bon d'engagement, plan de consommation de crédit, consultation restreinte, fiches d'autorisation de dépenses (FAD) etc.	<p>Outils &amp; procédures harmonisés au niveau national</p> <p>Nomenclatures des prix unitaires</p> <p>Tous les acteurs ne sont pas formés sur ces nouveaux outils &amp; procédures</p> <p>Faible taux de consommation des dépenses en matériel depuis quelques années, du en partie, à la non formation de tous les acteurs clés sur ces outils et procédures</p> <p>Elargissement des ordonnateurs de crédit au DPS depuis 2011</p>
	Subventions <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Subventions d'exploitation</li> <li>✓ Subventions d'indigents</li> <li>✓ Subventions Hémodialyse</li> <li>✓ Autres subventions</li> </ul>	<p>Outils harmonisés au niveau national</p> <p>Budget prévisionnel des structures autonomes</p>	<p>Pour les structures autonomes, les subventions sont associées aux autres ressources des structures (pas de destination de la dépense)</p> <p>Les subventions d'exploitation ne tiennent pas compte des caractéristiques des hôpitaux (population cible, nombre de lits, performance, etc.)</p> <p>Toutes les subventions restent insuffisantes par rapport aux besoins</p>



Mécanismes de mise à disposition	Procédures	Outils	Analyse
			<p>Absence de Projet d'Etablissement Hospitalier (PEH)</p> <p>Absence de plan d'amortissement (charges non décaissables pouvant constituer un montant non négligeable pour assurer le renouvellement de certains équipements médicaux techniques de base) dans les structures autonomes</p> <p>Inefficacité de l'utilisation des fonds pour indigents</p> <p>Absence de critères objectifs de définition de l'indigence</p> <p>Absence de mécanisme de contrôle de l'utilisation de ces fonds</p> <p>Endettement de la presque totalité des hôpitaux</p> <p>Certains hôpitaux privés bénéficient de façon courante ou ponctuelle d'appui en ressources humaines, financières, matérielle et équipements</p>
	Budget d'Investissement et d'Equipement (BIE)	Budget ou budget-programme	<p><u>Produits gratuits (subventionnés à 100%)</u> : vaccination (PEV de routine et campagnes de vaccination), traitement de la tuberculose à travers la stratégie DOTS (depuis 1996), ARV (depuis novembre 2008), consultation &amp; prise en charge des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme.</p> <p><u>Produits subventionnés à moins de 100%</u>: médicaments de lutte contre le paludisme (CTA notamment), Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides de Longue Durée d'Action (MILDA) pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans, prise en charge de césarienne, de fistules, produits contraceptifs</p>

Mécanismes de mise à disposition	Procédures	Outils	Analyse
			<p>SR/PF, d'autres produits comme fer acide folique sont distribués pendant les CPN.</p> <p>Financement non cohérent avec le budget programme</p> <p>Pas de comptabilité matière</p> <p>Budget alloué par rapport à certaines grandes interventions de réduction de la charge de maladie, ou aux soins de santé primaire, etc.</p> <p>La décentralisation &amp; les disparités (régionales et autres) sont prises en compte en matière de planification mais les dotations financières ne suivent pas toujours (traduisant toujours une approche globalisante)</p>
Ménages	<p>Paiement direct aux prestataires et distributeurs de biens, soins et services de santé publics</p>	<p>Pas d'outils pour le ménage</p> <p><u>Outils du prestataire</u> RUMER Cahier de Dépenses</p>	<p>Collecte directe auprès des usagers</p> <p>Autorisation accordée aux formations sanitaires publiques d'utiliser les recettes provenant des prestations de soins pour le réapprovisionnement en MEG et la couverture des dépenses de fonctionnement (utilisation directe des ressources suivi de compte rendu)</p> <p>Absence d'outils &amp; procédures harmonisés de gestion des recouvrements des coûts</p> <p>Utilisation en milieu hospitalier d'outils différents : logiciel</p>

Mécanismes de mise à disposition	Procédures	Outils	Analyse
			Facilité de collecte et de gestion
	Païement direct aux autres prestataires et distributeurs privés	Chaque prestataire a ses outils	Faible accessibilité financière (facteur d'inégalité face à la demande de santé)
	Pré-paiement (assurance, MUSA etc.)		les agents exerçant dans les structures de soins publiques payent un ticket modérateur allant de 25 à 50% des tarifs pour toute prestation pour eux-mêmes et leur famille (conjoint(e) et enfants) sans limitation du nombre. Avec l'arrivée de l'INAM, les bénéficiaires bénéficient de cette couverture pour les 20% restant ; mais cela n'est pas systématiquement appliqué dans toutes les structures de soins.
PTF	Elaboration de plans d'actions Soumission de requête	Plan de Travail (annuel ou pluriannuel) FACE (pour le SNU)	Outils harmonisés pour le SNU : FACE par exemple  Absence de procédures harmonisées des PTF  Exécution directe de certaines activités par le PTF  Retard et/ou mauvaise qualité des rapports techniques et financiers  Absence de l'approche SWAP  Blocage de mise à disposition des fonds à un service dès qu'un autre service de la même direction n'a pas fourni les justificatifs  Financement des interventions par grande options mondiales : IHI, OMD, SSP, IB  Appui multiforme de consultants & experts internationaux

Mécanismes de mise à disposition	Procédures	Outils	Analyse
			<p>(parfois non indispensable)</p> <p>Verticalité des interventions : VIH (FM) , SR/PF (UNFPA) etc.</p> <p>Régionalisation des interventions : UNICEF (Savanes &amp; Kara), UNFPA (Maritime)</p> <p>Mixage de l'approche verticale (de National à USP) et de l'approche systémique (de National via Régional puis district avant USP), mais, il n'existe pas de cadre définissant les interventions à canaliser par chaque approche</p> <p>Logique administrative vs logique managériale (voir modèles en annexes)</p>

## 5.5. Analyses des principaux mécanismes d'utilisation et de justification des ressources du Togo

Après l'analyse de collecte et de mise à disposition des ressources, vient une étape cruciale qui est l'utilisation des ressources. Elle est d'autant plus importante qu'elle affecte directement les capacités de mobilisation, notamment lorsque les principaux donateurs et organes mise à disposition reçoivent des compte rendus réguliers qui attestent de la destination des ressources conformément aux prévisions.

Comment se caractérise le système de santé au Togo en ce moment ?

### ✓ Points forts

- Autonomie financière accordée à certaines formations sanitaires (avec allocation budgétaire annuelle) ;
- DDS et DDRS reconnus comme administrateurs de crédits délégués (ce qui ouvre droit à certains partenaires de pouvoir envoyer directement les ressources aux acteurs du niveau opérationnels);
- Signature du compact IHP+ (sensé recadrer les mécanismes de mise à disposition des ressources) ;
- Engagement de l'Etat à augmenté la part du budget santé dans le budget général d'au moins un point chaque année ;
- Réalisation de supervisions intégrées au niveau opérationnel (avec un aspect portant sur le financement de la santé) ;
- Etc.

### ✓ Points à améliorer

- Absence systématique de compte rendu : des rapports techniques et financiers ne sont pas systématiquement fournis après la mise en œuvre des interventions (avec blocage des possibilités de mise à disposition de ressources pour les interventions suivantes) ;
- Mauvaise impression de l'environnement des FS publiques, notamment liée à leur gestion peu orthodoxe (qui limitent les possibilités de financement privés ;

- Absence de logiciel unique de gestion financière et comptable dans les structures publiques de santé ;
- Faible niveau de connaissance de la population sur le respect de la hiérarchie des structures de soins (accentuée par l'insuffisance de l'offre publique dans certaines zones, notamment à Lomé) ;
- Faible prescription de médicaments génériques par les prestataires (notamment en milieu hospitalier), occasionnant des dépenses additionnelles totalement inutiles ;
- Faible notoriété de la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels & Génériques (CAMEG), des DRS/DDS à coordonner la commande des médicaments par les formations sanitaires (occasionnant pour le patient : des surplus de coût d'une part, sans oublier l'incidence sur sa santé, des médicaments achetés on ne sait où, d'autre part ; et pour la CAMEG le paradoxe des invendus sur certains médicaments et des ruptures de stocks sur d'autre) ;
- Aucun n'hôpital ne dispose réellement d'un Projet d'Etablissement Hospitalier (PHE), et donc pas de vision en terme d'investissement (infrastructure et équipements clés). La conséquence est que les dépenses sont engagées, par l'équipe dirigeante, sans aucune base de référence ;
- Absence d'organisation systématique d'audit et de contrôle de gestion ;
- etc.

## 5.6. Analyse des principaux mécanismes selon les sous-systèmes du Togo

Comme principaux mécanismes selon les sous-systèmes du Togo, on peut citer : la gouvernance du système, le financement, l'offre de soins et la demande de soins.

Le tableau ci-après analyse chacun de ces mécanismes en termes d'acteurs, de contenu et de performance du mécanisme.

Tableau IV : Analyse des principaux mécanismes selon les sous-systèmes du Togo

Sous-système	Acteurs	Contenu	Performance
Gouvernance du système	Instances de régulation : Ministère de la santé Directions régionales Collectivités locales (décentralisation)	Dispositifs réglementaires visant les activités du système de santé	<p>Efficiences allocative</p> <p>Equité d'accès</p> <p>Insertion optimale du système de santé dans la société</p> <p>Absence de liens évidents entre les allocations et les résultats (dans le cadre de la GAR et surtout avec le MBB, l'allocation des ressources au secteur devra davantage être axée sur les résultats)</p> <p>La santé au Togo demeure une priorité théorique ; car ne se traduisant pas réellement au niveau de l'allocation des ressources (budget santé autour de 6% depuis plusieurs années)</p> <p>Par contre le niveau de régulation, avec les organes clés en cours de mise en place (Cours des comptes, DGCMF, etc.) est assez bon et va davantage s'améliorer</p> <p>Avec les comités sectoriels qui seront bientôt mis en place au niveau local, la gouvernance financière va davantage être renforcée</p>
Financement	Régimes de financement : comment les revenus des agents de financement sont mobilisés ?	Fiscalité Emprunts Dons Cotisations Primes Paiement direct	<p>Fiabilité &amp; neutralité au niveau des régimes publics : fiscalité, emprunts et dons</p> <p>Inégalité contributive : les ménages paient plus la moitié des dépenses de santé au Togo (CNS 2008).</p>

Sous-système	Acteurs	Contenu	Performance
	<u>Agents de financement</u> : Ministère de la santé Autres Ministères Collectivités locales	Ensemble des organes qui apportent les ressources aux prestataires	Fiabilité : peu de fiabilité sur la continuité des ressources  Flexibilité : autorisation d'utilisation des ressources collectées par les collectivités, des recouvrements de coûts par les structures sanitaires etc.  Inefficience : Niveau harmonisé des subventions octroyées aux hôpitaux (indépendant de leur paquets d'activités, charge de travail, population cible, etc.)  Faible influence des collectivités locales
	<u>Modalités de paiement</u> : modalités de paiement des prestataires	Subvention Tarification Capitation <sup>6</sup>	Inefficience allocative : très faible incitation de l'offre de soins de santé, à cause de la prépondérance du paiement direct.
Offre de soins	Ensemble des prestataires de soins et de producteurs et/ou distributeurs de produits médicaux	Stratégies fixes, mobiles ou avancées  Soins internes ou externes	Pour chaque prestataire : Qualité de soins : des efforts sont faits ; mais la qualité, notamment dans les structures publiques reste à améliorer Efficience productive (il n'existe pas d'étude pour montrer l'efficience productive) Equité de traitement, notamment dans les structures publiques de santé Faible réactivité (innovation, demande)  <u>Offre globale</u> : Inefficience allocative Equité d'accès aux soins
Demande de soins	Clients, patients (en fonction des cibles)	Processus de formulation d'une	Accessibilité géographique assez bonne en général quand bien même, des difficultés existent en milieu rural et à Lomé.

**Mis en forme** : Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme** : Police :The Sans Semi Bold-

<sup>6</sup> Il consiste en un forfait attribué au médecin ou cabinet par personne résidant dans sa région ou inscrite sur sa liste d'abonnés. Le plus souvent la capitation est composée d'un forfait de base assortie de forfaits divers et de paiement à l'acte.



Sous-système	Acteurs	Contenu	Performance
		demande de soins	<p>Accessibilité financières faible (indice de pauvreté 61,7%)</p> <p>Faible influence sur la qualité des soins</p>

## 6. Mécanismes innovants applicables/exploitable au Togo

### 6.1. Mécanismes innovants existants au niveau mondial

La règle pour aboutir à la couverture universelle demeure l'identification des domaines d'amélioration pour optimiser l'utilisation et l'affectation des ressources en matière de santé.

Cette optimisation peut être obtenue par l'adoption ou l'élargissement d'une ou de plusieurs méthodes de mobilisation des ressources qui, en fin de compte, permettront, notamment de :

- ✓ mettre en place des services de soins de santé universels financés par les recettes fiscales générales ;
- ✓ améliorer la couverture effective des régimes d'assurance sociale existants et élargir autant que possible sa définition légale ;
- ✓ encourager les régimes de micro-assurance (et rechercher des appuis adéquats pour les accompagner) ;
- ✓ rendre l'assurance maladie privée obligatoire, là où cela semble approprié.

Les principaux systèmes de financement développés jusqu'à présent ont été orientés vers la santé, dans les domaines suivants :

- ✓ Systèmes de financement commun et innovant fondés sur le marché, tels que :
  - La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) et le mécanisme de garantie de marché à l'initiative de GAVI ;
  - Debt2Health (dette contre santé), l'indice Dow Jones et le « Product Red » du FMLSTP ;
  - Nouveaux systèmes de crédits développés par la Fondation Bill et Melinda Gates, ou encore la Pledge Guarantee for Health (PGH, garantie d'engagement pour la santé) ;
  - La taxe de solidarité sur les billets d'avion créée par l'UNITAID.

Ces systèmes reposent soit sur le marché financier et de la dette, soit sur des prélèvements fiscaux. De plus, les nouvelles taxes instaurées se

distinguent de par leur caractère « hybride » majeur, dans la mesure où elles ne sont que partiellement liées aux revenus supplémentaires générés par les pays riches, à l'image du modèle de l'UNITAID, dont les fonds supplémentaires sont levés à travers les taxes de solidarité sur les billets d'avion appliquées aussi bien dans les pays riches (par ex. en France) que dans les pays pauvres (par ex. au Niger).

- ✓ Nouveaux systèmes de financement nationaux innovants mis en place dans le but de consolider les budgets sanitaires nationaux. Le Rapport sur la santé dans le monde présente de nombreux exemples en la matière, à savoir :
  - des taxes spéciales sur les bénéfices dégagés par les sociétés rentables ;
  - les obligations de la diaspora ;
  - les contributions volontaires de solidarité sur les téléphones portables ;
  - les taxes sur les produits numériques, sur les produits pétroliers ;
  - les taxes sur le tabac et les produits alimentaires malsains
  - les taxes sur les bateaux au port.

Tous ces systèmes ont en commun qu'ils ne génèrent pas des montants aussi mirobolants que ceux collectés grâce aux systèmes communs présentés ci-dessus, et les sommes supplémentaires perçues ne sont pas systématiquement consacrées aux budgets nationaux de la santé.

Cependant, certains pays font appel à d'autres modes de financement nationaux innovants afin de consolider leur budget de santé. Ainsi :

- ✓ la Thaïlande est parvenue à financer la ThaiHealth Promotion Foundation, créée en 2001, en prélevant 2 % *du total des recettes fiscales nationales de l'alcool et du tabac*. Cette fondation apporte un soutien majeur aux questions de santé publique.
- ✓ En juillet 2010, l'Égypte a décidé de relever de façon substantielle ses taxes sur le tabac et de consacrer au moins un tiers des recettes

supplémentaires générées à l'accroissement de la couverture d'assurance maladie dans le pays.

La réflexion sur une fiscalité internationale a pris de l'ampleur avec la détermination des OMD.

Les principales autres options examinées comprennent, entre autres,

- ✓ La taxation des transactions financières (plus connue sous le nom de la taxe Tobin, mais très controversée au niveau de la communauté internationale) ;
- ✓ Un prélèvement sur les ventes d'armes conventionnelles lourdes définies par l'ONU ;
- ✓ Deux hypothèses de financement innovant basé sur le volontariat ont été avancées, à savoir :
  - Un prélèvement à chaque utilisation de moyens de paiement ;
  - Un versement par les banques d'un pourcentage des sommes perçues lors de l'utilisation par leurs clients des moyens de paiement qu'elles proposent.

L'idée d'une véritable fiscalité internationale ne recueille pas le consentement de tous les États. Elle se heurte aux revendications de souveraineté nationale et aux craintes de désengagement des pays donateurs concernant l'aide publique<sup>7</sup>. Mais elle présente l'avantage de pouvoir être mise en place au niveau national et coordonnée au niveau international, transcendant les clivages Nord/Sud.

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

Mis en forme : Police :The Sans Semi Bold-

## 6.2. Mécanismes innovants utilisables au Togo

### 6.2.1. Mécanismes à implémentation internationale

Le Togo peut souscrire à divers mécanismes à implémentation internationale que sont :

<sup>7</sup> En 2010 l'APD représentait 366.493.081,94 USD au Togo dont 14% a été alloué au secteur santé [17]

- ✓ La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm) ;
- ✓ La garantie d'achat futur sur le vaccin contre le pneumocoque (AMC) ;
- ✓ PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief);
- ✓ Debt2Health (dette contre santé), l'indice Dow Jones et le « Product Red » du FMLSTP ;
- ✓ Contributions volontaires de solidarité liées à l'utilisation des cartes de crédit ;
- ✓ UNITAID, à travers, la facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM) ;
- ✓ Taxe de solidarité sur le tabac ;
- ✓ Taxation des transactions financières (dite taxe Tobin et soutenue par le président Hollande de France) ;
- ✓ Prélèvement sur les ventes d'armes conventionnelles lourdes ;
- ✓ Financement innovant basé sur le volontariat : prélèvement à chaque utilisation de moyens de paiement, versement par les banques d'un pourcentage des sommes perçues lors de l'utilisation par leurs clients des moyens de paiement qu'elles proposent ;

Pour chacun de ces mécanismes, sont définis les domaines d'interventions, les modalités de bénéfice et/ou de mise en place et de décision pour le Togo de l'appliquer ou non. Ces résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau V : Mécanismes de financement à implémentation internationale

Mécanismes innovants	Domaines d'intervention	Modalités de bénéfice et/ou de mise en place	Décision pour le Togo
La Facilité internationale de financement pour la vaccination (IFFIm)	Mise en place des programmes de vaccination les plus urgents/fiables dans les pays les plus pauvres  Renforcement du système de santé	Fonds levés à travers l'émission d'obligations garanties par des engagements contraignants de la part des donateurs (États ou fondations privées). Celles-ci sont achetées sur les marchés financiers et sont émises de façon régulière à partir d'un schéma établi lors de la signature des engagements. Les fonds sont donc parfaitement prévisibles, stables et directement utilisables pour des projets dans le secteur de la santé.	Bénéficie indirectement via Guichets GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation)
PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief)	Lutte contre le VIH, notamment ARV et dépistage	Programme mis en œuvre entre autres par le Département de la Santé et des Services sociaux et le Département d'État qui agit avec les autres agences américaines telle l'Agence des États-Unis pour le développement international, les gouvernements concernés, les organisations internationales comme ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que les organisations locales américaines	Le Togo en a déjà bénéficié, entre 2008 et 2010, pour l'achat ARV 2è et 3è lignes, formation, mise en place de la cellule de quantification nationale, appui aux PCR etc. en 2009-2010  C'est possible d'en bénéficier via la fondation Clinton, FHI 360 ou MAPS (populations clés)
Debt2Health (dette contre santé), l'indice Dow Jones et le « Product Red » du FMLSTP	Paludisme Tuberculose SIDA	Round FMLSTP  Mécanisme de financement Transitoire (TFM)	Bénéficie indirectement via FMLSTP

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

Mécanismes innovants	Domaines d'intervention	Modalités de bénéfice et/ou de mise en place	Décision pour le Togo
		Note conceptuelle de demande de financement au Fonds Mondial (fonds additionnel VIH/SIDA)	
Contributions volontaires de solidarité liées à l'utilisation des cartes de crédit	Voir FMLSTP	Géré par FMLSTP	Voir FMLSTP
UNITAID, à travers, la facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM)	Centrale d'achat de médicaments visant à rendre plus accessibles les traitements contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose  En partenariat avec d'autres organismes, elle achète les traitements, les distribue et négocie des baisses importantes de prix  Elle fournit également des kits de diagnostics, outils de base (détermination des CD4 et charge virale) et des produits de prévention	Contribution internationale de solidarité sur les billets d'avion dont serait redevable tout passager décollant d'un aéroport situé sur le territoire d'un État participant  Les niches UNITAID varient par période. Les cinq niches prioritaires retenues pour 2006-2007 sont : les ARV de 2 <sup>ème</sup> ligne, les formulations pédiatriques d'ARV et d'antituberculeux, les médicaments ACT et le programme de pré-qualification de l'OMS. En outre, ce financement permettra l'accès à des médicaments antituberculeux de 2 <sup>ème</sup> ligne et le soutien de certains programmes de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (e-TME).  Fonds gérés en collaboration avec UNICEF, OMS, FMLSTP	Le taux et les modalités de recouvrement sont laissés à l'appréciation de chaque pays participant pour qu'il les fixe en accord avec ses règles constitutionnelles et législatives
Taxe de solidarité sur le tabac	MNT, lutte antitabac à l'échelle nationale et internationale	Pays à faible revenu	Implique un haut degré d'échanges, d'engagement et de promotion de la part de diverses

Mécanismes innovants	Domaines d'intervention	Modalités de bénéfice et/ou de mise en place	Décision pour le Togo
			parties prenantes Nord et Sud
Taxation des transactions financières (dite taxe Tobin et soutenue par le président Hollande de France)	Développement en général	« Non encore clairement définies » mais c'est pour tous les pays : développés comme en développement	Très controversée au niveau de la communauté internationale
Prélèvement sur les ventes d'armes conventionnelles lourdes	Santé et protection sociale	Pays membres et en règle avec l'ONU	Non encore opérationnel
Financement innovant basé sur le volontariat : versement par les banques d'un pourcentage des sommes perçues lors de l'utilisation par leurs clients des moyens de paiement qu'elles proposent	Santé en général	Mise en place au niveau national et coordonnée au niveau international (transcende les clivages Nord/Sud)	Se heurte aux revendications de souveraineté nationale et aux craintes de désengagement des pays donateurs concernant l'aide publique
Garanties d'Achat Futur ou "Advance Market Commitment" (AMC)	Garantir la recherche sur des maladies négligées  recherche sur le vaccin contre le pneumocoque et sa commercialisation à des	Les donateurs assurent des fonds et garantissent ainsi le prix des vaccins une fois qu'ils ont été développés. De cette manière, ils permettent d'assurer la demande de vaccins et donc de permettre le maintien de leur production	Projet pilote issu d'un partenariat contractuel entre donateurs et entreprises pharmaceutiques (en attente des résultats)



Mécanismes innovants	Domaines d'intervention	Modalités de bénéfice et/ou de mise en place	Décision pour le Togo
	<p>prix accessibles pour les populations cible</p> <p>Distribution à des prix abordables de médicaments</p> <p>Financement de la santé publique à travers la stimulation de la fabrication de nouveaux vaccins en faveur des pays en développement</p>		

### 6.2.2. Mécanismes à implémentation nationale

Divers mécanismes sont expérimentés et/ou mis en place au niveau national ; dont certains par les pays en développement. Il s'agit notamment de :

- ✓ Taxes spéciales sur les bénéfices dégagés par les sociétés rentables ;
- ✓ Obligations de la diaspora ;
- ✓ Contributions volontaires de solidarité sur les téléphones portables ;
- ✓ Taxes sur les produits numériques ;
- ✓ Taxes sur les produits pétroliers ;
- ✓ Taxes sur le tabac et les produits alimentaires malsains ;
- ✓ Contributions citoyennes des individus et des entreprises ;
- ✓ Partenariats entre l'Etat et le secteur privé, co-financeurs des soins ;
- ✓ Taxes sur les bateaux au port.

Les avantages, limites et modalités de mise en place de chacun de ces mécanismes sont définis dans le tableau ci-après.

Tableau VI : Mécanismes de financement à implémentation nationale

Mécanismes innovants	Avantages	Limites	Modalités de mise en place
Taxes spéciales sur les bénéfices dégagés par les sociétés rentables	<p>Quant elle est opérationnelle, cette taxe mesure un niveau de solidarité interne du pays</p> <p>Permet de faire participer les grandes sociétés (ou leurs succursales) à l'effort national</p>	<p>Peu nuire à l'initiative privée et entrainer la dissimulation de résultats, surtout dans un contexte où la comptabilité n'est pas systématiquement bien tenue</p> <p>Assiste pas assez grande dans un contexte d'économie informelle élevée</p> <p>Source plus ou moins stable : en cas de récession généralisée, le niveau de recette attendu peu baisser considérablement</p>	Nécessite un processus assez long qui commence par la transition de l'informel vers le formel
Obligations de la diaspora	<p>Risque plus faible que les actions</p> <p>Les obligations sont souvent garanties une institution internationale ou sous régionale</p>	<p>Diaspora très peu organisée/structurée (quant bien même il y a des initiatives en cours)</p> <p>Climat de confiance national assez moyen</p>	Créer d'abord un cadre d'interventions et de collaboration avec la diaspora
Contributions volontaires de solidarité sur les téléphones portables ou Taxes sur les produits	<p>Expériences antérieures « réussies » pour financer le sport (notamment le football)</p> <p>Semblables à la contribution volontaire de solidarité sur les téléphones portables</p> <p>Peut être étendu à d'autres formes de téléphonie</p>	<p>Suspicion de mauvaise gestion de ces fonds (pour les expériences antérieures, notamment au Mali, au Niger)</p> <p>Les produits pétroliers rentrent dans la catégorie des biens dont la modification du prix (voir même seulement de la structure de prix) entraine une augmentation du prix des biens de première nécessité (et parfois</p>	Sensibiliser l'opinion sur la marge additionnelle, le niveau de recette attendu, les interventions à financer avec ses ressources etc.

Mécanismes innovants	Avantages	Limites	Modalités de mise en place
numériques ou pétroliers	La taxe sur les produits pétroliers peut être collectée à la source, auprès des distributeurs de ces produits (avant même son acquisition par le dernier consommateur)	occasionne des mouvements sociaux)	
Taxes sur le tabac et les produits alimentaires malsains	<p>Fonds assez importants : selon les estimations de l'OMS, plus de 7 milliards USD pourraient être collectés chaque année si la taxe de solidarité sur le tabac entrait pleinement en vigueur dans tous les pays du G20 ou 1,42 milliards USD de recettes supplémentaires pour 22 pays à faible revenu pour lesquels on dispose de données</p> <p>Fonds consacrés aux soins des MNT, aux produits de base ainsi qu'à la lutte antitabac à l'échelle nationale et internationale</p> <p>doublement bénéfiques non seulement en favorisant une meilleure santé de la population qui sera incitée à réduire sa consommation de ces produits, mais aussi en permettant de lever davantage de fonds</p> <p>cette taxe repose sur les principes</p>	<p>Peu de chance d'être suffisamment efficace en Afrique où les marchés ne sont pas cernés (et où les marchés informels, illicites et non réglementés représentent une très grande proportion)</p> <p>l'application de la taxe de solidarité sur le tabac impliquera un haut degré d'échanges, d'engagement et de promotion de la part de diverses parties prenantes Nord et Sud [8].</p>	<p>Augmenter le prix de ces biens (marge importante, significative)</p> <p>Fixer un % sur les recettes fiscales totales nationales du tabac et les produits alimentaires malsains</p>

Mécanismes innovants	Avantages	Limites	Modalités de mise en place
	édictees par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et par le programme de financement national de l'Union Africaine pour le développement		
Contributions citoyennes des individus et des entreprises	Philanthropie privée au service du développement	Dépend énormément du niveau de cohésion et de confiance interne/national  Peu de chance de réussir dans un environnement où les clivages politiques sont encreés	Sensibiliser l'opinion sur la marge additionnelle, le niveau de recette attendu, les interventions à financer avec ses ressources etc.
Partenariats entre l'Etat et le secteur privé, co-financeurs des soins	Expériences antérieures réussies dans la région centrale (avec la contractualisation des services au privé)  Efficience : conduit à une utilisation rationnelle des ressources	Affecte la qualité des services	Elaborer une politique de contractualisation et d'approche contractuelle des services publics de santé
Taxes sur les bateaux au port	Vise une couche aisée de la population lorsqu'elles portent sur les bateaux de plaisance.  Peut aussi concerner les bateaux commerciaux	Les propriétaires de bateaux paient des taxes que certains trouvent déjà assez élevées, notamment pour les bateaux de plaisance  Pour les bateaux commerciaux, leur durée au port peut être liée à la lenteur administrative (notamment en Afrique). Et donc pour augmenter le recouvrement sur cette taxe (surtout lorsqu'elle est journalière). Risque de répercussion des taxes	Du fait qu'il y a très peu de bateaux de plaisance contre un nombre élevé de bateaux commerciaux, mieux viser ces bateaux, en instituant des taxes non journalières mais par séjour (ex : moins de 7 jours ; de 8 à 15 jours etc.)

Mécanismes innovants	Avantages	Limites	Modalités de mise en place
		additionnelles sur le consommateur final.	

## 7. Cas particulier des mécanismes de financement par l'assurance

### 7.1. Etat des lieux au niveau international [16]

Les systèmes les connus sont :

- ✓ Modèle de service de santé public ou national (Beveridge), caractéristique du Royaume Uni ;
- ✓ Assurance santé sociale de type classique (Bismarck), caractéristique de l'Allemagne ;
- ✓ Assurance santé volontaire :
  - Volontaire privé (régimes commerciaux) ; exemple : États-Unis, Afrique du Sud ;
  - A base communautaire (CBHI<sup>8</sup>, mutuelles/MHO<sup>9</sup>) ; exemple: Sénégal, Mali ;
  - Régime d'assurance maladie nationale (NHIS<sup>10</sup>) qui émerge en Afrique, exemple : Ghana, Rwanda, Tanzanie.

Il est important de comprendre les différents mécanismes du financement du secteur de l'assurance maladie (examiner les forces et les défis de chaque mécanisme de financement) ainsi que les facteurs permettant de décider du modèle le plus approprié en tenant compte de divers aspects : considérations liées à l'environnement, objectifs de l'assurance, équité etc.

<sup>8</sup> CBHI = Community Based Health Insurance

<sup>9</sup> MHO = Mutual Health Organization

<sup>10</sup> NHIS = National Health Insurance Scheme

Tableau VII : Caractéristiques des types d'Assurance Maladie (AM)

Type de régime	Financement	Revenu ou garanties définis ?	Système de gestion	Exemples	Observations
Service public ou national	Recette fiscale générale	Revenu défini par le budget national	Secteur public	France, Canada, Scandinavie, Europe de l'Est	Couverture basée sur la résidence ou le territoire national, et non sur le travail  Caractère normal d'une couverture à 100 % dans ce système
Assurance maladie sociale (SHI <sup>11</sup> )	Taxes spécifiques sur les salaires, à la charge des employeurs et des employés	Garanties définies par la loi	Organisme de sécurité sociale, fonds pour la santé ou la maladie	France, Medicare aux États-Unis	Couverture obligatoire, de par la loi, pour certains groupes de populations  Lien direct entre les contributions et les garanties  Gérée de manière autonome par les fonds de santé, les organismes parapublics ou la sécurité sociale
Régimes volontaires privés	Primes versées par les personnes ou employeurs et employés	Garanties définies	Commercial, pour les compagnies d'assurance à but lucratif ou non lucratif	Afrique du Sud (Medical Aid Societies)  États-Unis (HMO)	Primes individuelles ou selon le risque  Adhésion individuelle ou de groupe
CBHI et MHO	Primes des membres/de la	Ni revenu ni garanties définis (par la loi)	Communauté, membres ou association	Sénégal, Mali, Inde, Cameroun,	Cible les groupes précédemment exclus (secteur informel/rural) ainsi que le secteur formel

**Mis en forme :** Police : The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police : The Sans Semi Bold-

<sup>11</sup> SHI = Social Health Insurance



Type de régime	Financement	Revenu ou garanties définis ?	Système de gestion	Exemples	Observations
	communauté				<p>Subvention de l'État provenant des recettes fiscales pour permettre aux groupes clés et personnes vulnérables d'adhérer</p> <p>Contributions relatives aux salaires du secteur formel (Ghana, Rwanda, Tanzanie)</p> <p>Gestion décentralisée, dirigée de manière semi-autonome par un organisme public</p>
NHIS/NHIF <sup>12</sup>	Taxes spécifiques sur les salaires, à la charge des employeurs et des employés	Les revenus et les garanties sont définis	Organisme public ou parapublic, fonds de l'administration décentralisée	Ghana, Rwanda, Tanzanie,	<p>Couverture obligatoire, de par la loi, pour certains groupes de populations</p> <p>Lien direct entre les contributions et les garanties</p> <p>Gérée de manière autonome par les fonds de santé, les organismes parapublics ou la sécurité sociale</p>

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

**Mis en forme :** Police :The Sans Semi Bold-

<sup>12</sup> NHIF = National Health Insurance Fund (Kenya)

Au delà de cette schématisation assez simple, la réalité est bien plus complexe ; d'où l'existence de diverses variantes :

✓ Suisse

- Aux termes de la loi, tout le monde est tenu d'avoir une assurance maladie ;
- Mais l'assurance santé est fournie par l'assurance commerciale privée qui doit accepter toute personne, quel que soit le risque ;
- L'État accorde des subventions pour permettre aux personnes démunies d'acheter une assurance maladie (il n'y a pas d'assurance publique).

✓ France

- Régime basé sur la sécurité sociale avec des contributions fixées en fonction du revenu (6 régimes spéciaux sont disponibles) ;
- Mais 98 % des Français sont membres de mutuelles en raison des co-paiements élevés.

Le tableau ci-après montre clairement les avantages et les défis de chaque régime afin d'en éclairer le choix.

Tableau VIII : Avantages et défis de chaque régime d'AM

Régime	Avantages	Défis
Service public ou national de santé	<p>Seul système garantissant une couverture à 100 %</p> <p>Perception progressive des recettes</p> <p>Le budget national offre une large base de ressources</p> <p>Simplicité administrative (coûts d'administration les plus bas)</p>	<p>Financement variable et pouvant être limité par le budget/MdF</p> <p>Concurrence ou choix des fournisseurs limité</p> <p>Problèmes liés à la qualité</p>
Assurance maladie sociale	<p>Mobilise des ressources supplémentaires auprès des employeurs</p> <p>Le financement dédié isole les recettes provenant de la session budgétaire annuelle</p> <p>Généralement progressif</p> <p>La transparence ou la visibilité du système renforce la légitimité/l'appui de la population, ainsi que des soins de qualité</p>	<p>Ne réalisera pas 100 % de couverture en raison du lien avec le travail et les primes</p> <p>Impôts généralement plafonnés, donc moins progressifs</p> <p>Les cotisations provenant des salaires peuvent affecter négativement l'emploi</p> <p>Systèmes de gestion plus complexes</p>
Régimes volontaires privés	<p>Protection financière pour ceux qui en ont les moyens et qui proposent des produits personnalisés</p> <p>Augmente les sources de financement pour le secteur</p> <p>Peut renforcer la concurrence pour la qualité et l'efficacité</p>	<p>Peut approfondir les inégalités au niveau de l'accès</p> <p>Ne peut fournir une couverture à 100 %</p> <p>Peut entraîner des dépenses "ruineuses", (marketing, coûts d'administration supplémentaires)</p>

Régime	Avantages	Défis
CBHI et MHO	<p>Cible les groupes de populations généralement exclus des régimes publics de protection sociale</p> <p>Peut contribuer à l'équité en rapprochant davantage la protection sociale du secteur formel</p> <p>Permet l'appui/les subventions des donateurs et de l'État</p> <p>Aider l'État et les donateurs à mieux cibler les subventions et à étendre la protection au secteur informel</p> <p>Concevoir des outils et des techniques utilisés par NHIS</p>	<p>Les petits pools de risque se traduisent en revenus faibles et garanties limitées</p> <p>Protection financière limitée en raison de la base de revenus et de la faiblesse des garanties</p> <p>Ne peuvent couvrir les plus démunis sans subvention</p> <p>Aptitude limitée à influencer la fourniture de soins</p>
NHIS/NHIF	<p>Idem que CBHI/MHO en plus les facteurs suivants :</p> <p>Aptitude à couvrir une plus grande population en raison de la taille plus grande du pool de risques et de la base de revenus</p> <p>Offre des garanties bien plus intéressantes</p> <p>Résout les problèmes d'équité du régime CBHI</p>	<p>La conception peut ne pas être optimale surtout si elle est essentiellement motivée par la politique</p> <p>Bases de recettes toujours faibles ; la viabilité reste donc un problème</p> <p>Tendances à la bureaucratisation et à la centralisation</p> <p>Escalade des coûts pose problème</p> <p>La couverture des personnes très démunies reste un problème</p>

## 7.2. Mécanismes d'assurance utilisables au Togo

Sur la base du processus encouragé axé sur l'INAM, en dehors de l'ouverture progressive de la couverture à tous groupes cibles, les autres mécanismes pouvant avoir plus de chance de réussir, sont par ordre d'importance décroissante :

1. Assurance volontaire à base communautaire (à cause du point très important du secteur informel ; à condition d'octroyer des subventions conséquentes visant des groupes cibles spécifiques) ;
2. Assurance maladie sociale (à condition de mettre en place des structures efficaces de gestion);
3. Régime d'assurance maladie nationale (à condition de mettre en place une structure de gestion autonome)
4. Régimes volontaires privés (à condition d'en octroyer des subventions conséquentes visant des groupes cibles spécifiques).

## 8. Togo vers une couverture universelle (CU)

### 8.1. Autres mécanismes visant la couverture universelle

La mise en place d'une couverture universelle, nécessite certes des ressources financières adaptées, mais, outre les questions de financement d'autres aspects sont à prendre à compte, notamment :

- ✓ La garantie de la qualité et de complétude des soins de services offerts à tous les niveaux : accueil, continuité des soins, AQS<sup>13</sup>, PI<sup>14</sup>, équipements adaptés, RHS<sup>15</sup> en quantité et qualités suffisantes, équipements adaptés, pilotage du système adéquat) ;
- ✓ L'amélioration de l'accessibilité géographique (rapprochement des structures d'offre des usagers à travers diverses stratégies : fixes, mobiles et avancées dans divers domaines autres que les classiques : PEV, SR etc.) ;

<sup>13</sup> AQS = Assurance Qualité des Soins

<sup>14</sup> PI = Prévention de l'Infection

<sup>15</sup> RHS = Ressources Humaines pour la Santé

- ✓ Le renforcement de la protection contre le risque financier (subvention de biens, soins et services de santé, élargissement des champs et cibles de protection sociale et d'AMO, la mise en place d'une politique et des stratégies de développement des Mutuelles de Santé, la définition d'un cadre plus approprié de l'intervention des sociétés d'assurance privées, etc.) ;
- ✓ Autres mesures :
  - Lutte contre le marché illicite de santé : médicaments en vente dans les rues, formations sanitaires non autorisées ;
  - Prise en compte de la médecine traditionnelle dans l'offre de soins ;
  - Développement de mesures favorisant l'équité d'accès aux soins ;
  - Amélioration de la gestion des ressources de toute nature ;
  - Mise à jour périodique des tarifs appliqués dans les structures de santé sur la base d'une enquête sur la capacité contributive de ménages ;
  - Renforcement de la prescription et l'utilisation des médicaments génériques ;
  - Renforcement de la sensibilisation de la population sur le respect de la pyramide sanitaire ;
  - Implication d'autres secteurs 'environnement, les travaux publics, l'eau, l'agriculture, l'hygiène et l'assainissement sont complémentaires pour l'atteinte des objectifs de la couverture universelle.

## 8.2. Interventions majeures à moyen terme pour la CU

Pour faire face aux nombreux défis à relever et offrir une couverture universelle aux Togolais, il est prévu la mise en place progressive d'un socle de protection sociale universel en vue de permettre à toutes les catégories de la population de disposer d'un minimum de services essentiels et de transferts sociaux (à travers une politique et une stratégie nationales de protection sociale).

A cet effet, la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017) a défini les stratégies majeures que sont entre autres :

- ✓ Renforcement et extension du système contributif d'assurance sociale fiable et économiquement viable, qui apporte une réponse aux risques liés à la santé, aux maladies professionnelles et accidents du travail, à la vieillesse, aux décès, aux invalidités et à la prise en charge des besoins des enfants.

De façon spécifique, il s'agira de :

- Réformer la CNSS et la CRT (résoudre leurs déficits structurels, séparer les risques liés à la vieillesse, au décès et aux invalidités gérés par la CRT des autres avantages liés à l'emploi que l'État fournit à ses employés, améliorer leur fonctionnement et gouvernance)
  - Etendre progressivement les mécanismes d'assurance sociale au secteur informel, aux coopératives agricoles et aux travailleurs indépendants de façon à permettre aux populations les plus vulnérables d'avoir accès à des mécanismes d'assurance sociale ;
  - Assurer l'accès et la qualité des services pour réduire les effets adverses des chocs sur la santé par le développement de mécanismes d'assurance santé ;
  - Poursuivre la mise en place de l'Institut National d'Assurance Maladie pour progressivement couvrir toutes les cibles ;
  - Elaborer les options techniques relatives à l'atteinte d'une couverture universelle progressive d'assurance santé en tenant compte de la capacité contributive de la population, et en appuyant le développement de mutuelles de santé solides.
- ✓ Prévention de l'indigence et renforcement du capital humain des personnes les plus vulnérables, notamment celles ayant des enfants

par le biais d'un système intégré de filets de sécurité qui réponde aux besoins des pauvres chroniques, des individus affectés par des chocs et des catastrophes et des groupes vulnérables spécifiques et faciliter leur accès aux services sociaux de base ;

- ✓ Promotion des conditions de travail décent pour tous les travailleurs et renforcer l'employabilité, l'accès aux emplois et aux revenus des groupes souvent exclus du marché du travail en lien avec les politiques nationales de travail et d'emploi ;
- ✓ Mise en place de mécanismes de coordination des interventions de protection sociale et un système de suivi-évaluation de ses programmes.
- ✓ Mettre en place, sous la co-tutelle du ministère en charge de la protection sociale et du ministère en charge de l'économie et des finances, un organe chargé de mettre en place un système de financement innovant au Togo dans le cadre de la couverture universelle : santé, éducation etc.

## 9. Suggestions & Recommandations

Pour la mise en place et la pérennisation des mécanismes de financement de la santé au Togo, dans le cadre de la couverture universelle, les pistes à explorer sont :

- ✓ Pour un financement stable et durable
  - Renforcer les coopérations bilatérales : Belgique, Japon, Chine, Afrique du Sud, nouveaux pays émergents etc. : bourses de formation, appuis techniques multiformes (voyages d'études, appui en experts pour une durée plus ou moins longue), conventions particulières pour achats de médicaments, équipements médico-techniques etc.
  - Recourir à une combinaison de mécanismes de financement de la santé pour accélérer la réalisation de la couverture universelle et équilibrer l'équité, l'efficacité et la qualité des soins ;



- Accroître la marge budgétaire au moyen des politiques publiques : utilisation plus efficace des dépenses publiques, renforcement de l'efficacité dans les institutions publiques et l'exécution des services, réallocations budgétaires, recouvrement plus accru des impôts et des cotisations, introduction de nouvelles sources de financement pour le budget national de la santé [4].

✓ Pour une couverture universelle

- Maximaliser la mise en commun des risques et réduire la fragmentation ;
- Octroyer des subventions publiques pour les pauvres et les travailleurs du secteur informel et leurs familles (soit direct, soit par le biais des cotisations ou des primes) ;
- Réduire au minimum les paiements non remboursés ;
- Fixer le niveau des tickets modérateurs proportionnellement à la capacité financière ;
- Mettre en place un organe de coordination des financements pour les couvertures universelles : Santé, éducation etc.

## 10. Références bibliographiques

1. Ministère de la santé, Comptes nationaux de la Santé (CNS 2008), avril 2011
2. Ministère de la santé, Politique Nationale de Santé, septembre 2011
3. Ministère de la santé, Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2015), février 2012
4. Anne Drouin, Méthodes de financement des soins de santé : Une utilisation rationnelle des mécanismes de financement pour assurer une couverture universelle, Service international Financement et actuariat du Bureau international du Travail (BIT), septembre 2007

5. Solange CYICARANO, Quelles approches de financement de la sante pour atteindre les pauvres des pays en développement? La nouvelle formule d'allocation des ressources et d'achat de services (ou RAP) et l'équité, Université d'Auvergne -Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International - Master Economie de la Santé, 2006
6. OMS, Document de politique générale : financements innovants pour la santé, Première conférence ministérielle mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, avril 2011
7. OMS, Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle, Rapport sur la santé dans le monde 2010
8. UNITAID, un financement innovant du développement, Revue ReMeD n°32, octobre 2006
9. Hubert BALIQUE, la santé dans les PED : état des lieux, aide odontologique internationale, janvier 2009
10. USAID, Manuel sur l'assurance maladie : comment l'opérationnaliser, mai 2010
11. Groupe Pilote, Financement innovant pour le développement, février 2009
12. OMS, Mécanismes de financement de la santé, 2012,
13. MPDAT, Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017), décembre 2012
14. DGSCN, Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien être, 2012
15. Ministère de la santé, Analyse de la situation du secteur de la santé au Togo, avril 2011
16. USAID, Choix du Mécanisme de financement de l'assurance, mai 2010
17. MPDAT/PNUD, Rapport sur l'Aide Publique au Développement (RAPD) 2010, décembre 2011