

**Évaluation de la matrice des progrès en
matière de financement de la santé**

Côte d'Ivoire 2023

Résumé des résultats et recommandations

(Rapport final)

Table des matières

Figures et tableaux.....	2
Acronymes	3
A propos de la Matrice des progrès en matière de financement de la santé.....	6
A propos de ce rapport.....	8
Remerciements	9
Méthodologie et calendrier.....	10
Les performances de la Côte d'Ivoire en matière de CSU	12
Résumé des résultats et des recommandations par domaine d'évaluation	16
Résumé des résultats et des recommandations par attributs souhaitables du financement de la santé	22
Evaluation de l'étape 1	36
Description des régimes/dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire.....	37
Dépenses de santé par régime/dispositif de financement de la santé.....	50
Evaluation de l'étape 2.....	51
Résumé des évaluations par domaine d'évaluation.....	52
Evaluation par question individuelle	53
Évaluation par objectifs de la CSU.....	54
Références.....	56
Annexes	59
Annexe 1 : Quelques indicateurs contextuels.....	60
Annexe 2 : Grille d'extraction des données sur les principales caractéristiques des régimes/dispositifs de financement de la santé.....	65
Annexe 3 : Attributs souhaitables du financement de la santé.....	67
Annexe 4 : Question d'évaluation de la MPFS.....	69
Annexe 5 : Questions liées aux objectifs et aux buts	71

Figures et tableaux

Figures

Figure 1. Les quatre phases de la mise en œuvre de la MPFS.....	6
Figure 2. Tendance de l'indice de couverture des services en Côte d'Ivoire 2000-2019.....	12
Figure 3. Tendance des couvertures des soins prénatals et du DTP3 par quintile en Côte d'Ivoire 1994-2016.....	12
Figure 4. Tendance des dépenses de santé catastrophiques en Côte d'Ivoire 1985-2018.....	14
Figure 5. Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses de santé en Côte d'Ivoire 1985-2014.....	15
Figure 6. Flux des dépenses par régime (diagramme de Sankey).....	50
Figure 7. Note moyenne par zone d'évaluation (diagramme en araignée).....	52
Figure 8. Note moyenne par but et objectifs (diagramme en araignée).....	52
Figure 9. Evaluation par question individuelle.....	53
Figure 10. Evaluation par objectif final de la CSU.....	54
Figure 11. Evaluation par objectif intermédiaire de la CSU.....	55
Figure 12. Indicateurs de dépenses de santé pour la Côte d'Ivoire.....	60
Figure 13. Sources de revenus pour la santé en Côte d'Ivoire.....	61
Figure 14. Ventilation des sources de revenus 2020.....	61
Figure 15. Accessibilité financière des cigarettes en Côte d'Ivoire.....	62
Figure 16. Part des droits d'accises en Côte d'Ivoire (cigarettes).....	62
Figure 17. Part totale des taxes en Côte d'Ivoire (cigarettes).....	63

Tableaux

Tableau 1. Aperçu des principales caractéristiques des régimes/dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire.....	43
Tableau 2. Aperçu des principales caractéristiques de quelques programmes verticaux en Côte d'Ivoire.....	45

Acronymes

ACV	Agence de contractualisation et de vérification
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ARV	Antirétroviraux
ASC	Agent de santé communautaire
AVEI	Agence de vérification externe indépendante
BIT	Bureau international du travail
BM	Banque mondiale
CA	Conseil d'administration
CAT	Centre antituberculeux
CDT	Centre de diagnostic et de traitement
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMU	Couverture maladie universelle
CNGTC	Commission nationale de coordination de la mise en œuvre de la gratuité ciblée
COR	Centre d'orientation et de référence
CPN	Consultation prénatale
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTN-FBP	Cellule technique nationale – Financement basé sur la performance
DAF	Direction des affaires financières
DCS	Dépenses courantes de santé
DEPPS	Direction des établissements privés et des professions de santé
DGBF	Direction générale du budget et des finances
DGS	Direction générale de la santé
DPPD	Document de programmation pluriannuelle des dépenses
DPSS	Direction de la prospective et de la planification et des stratégies
DTP3	Trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
EGPAF	<i>Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation</i>
EPH	Etablissement public hospitalier
ESPC	Etablissement de santé de premier contact
FBP	Financement basé sur la performance
FHI	<i>Family Health International</i>
FM	Fonds mondial
FS	Financement de la santé
GAVI	Gavi, l'Alliance du vaccin
GFF	<i>Global Financing Facility</i> ou Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents
GTT	Groupe technique de travail
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
INHP	Institut national d'hygiène publique
IPS-CNAM	Institution de prévoyance sociale – Caisse nationale d'assurance maladie
MAS	Malnutrition aiguë sévère

MBPE	Ministère du budget et du portefeuille de l'Etat
MEF	Ministère de l'économie et des finances
MEPS	Ministère de l'emploi et de la protection sociale
MILDA	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
MPFS	Matrice des progrès en matière de financement de la santé
MSHPCMU	Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle
OCASS	Observatoire communautaire pour l'accès aux services de santé
ODD	Objectifs de développement durable
OGD	Organisme gestionnaire délégué
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
P4H	<i>Providing for Health</i>
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PECMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PEPFAR	<i>The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PMI	<i>President's Malaria Initiative</i>
PNCFS	Plateforme nationale de coordination du financement de la santé
PND	Plan national de développement
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNEL	Programme national d'élimination de la lèpre
PNLMTNCP	Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PNLT	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNN	Programme national de nutrition
PNSME	Programme national de santé mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH/SIDA
RAM	Régime d'assistance médicale
RAME	Réseau accès aux médicaments essentiels
RBOP	Responsable de budget opérationnel de programme
RCI	République de Côte d'Ivoire
RGB	Régime général de base
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RPROG	Responsable de programme
RR2	Seconde dose du vaccin contre la rougeole/rubéole
SCIF	Schistosomiasis control initiative Foundation
SNFCSU	Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle
SP	Sulfadoxine pyriméthamine

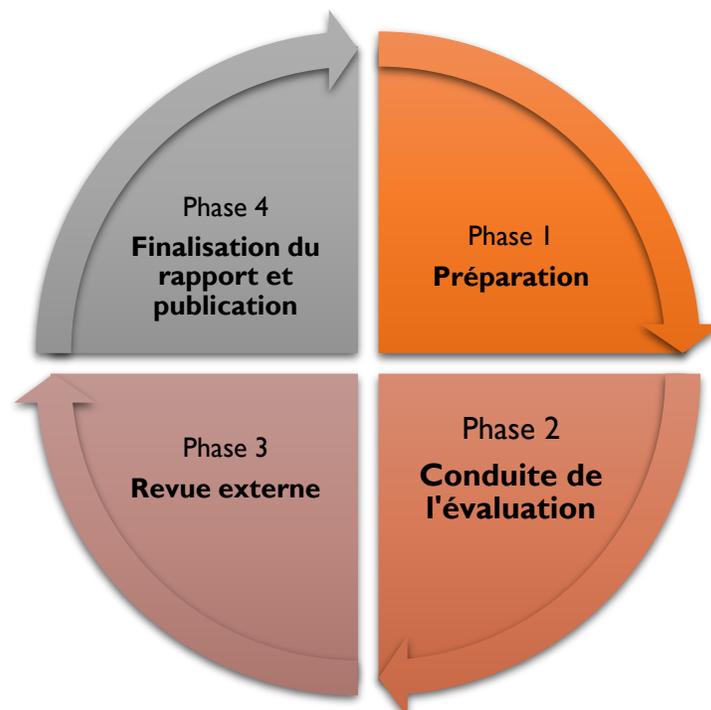
SPARK Santé	Achat stratégique et harmonisation des financements et des compétences en santé
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UCP	Unité de coordination de projet
UCP Santé – BM	Unité de coordination des projets santé de la Banque mondiale
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
US\$	Dollar des Etats-Unis
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise
Vit A	Vitamine A
VPI	Vaccin inactivé contre la poliomyélite
WHO	<i>World health Organization</i>

A propos de la Matrice des progrès en matière de financement de la santé

La Matrice des progrès en matière de financement de la santé (MPFS) est l'évaluation qualitative normalisée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour identifier les forces et les faiblesses du système de financement de la santé d'un pays sur la base d'un ensemble de repères de bonnes pratiques internationales. L'évaluation s'appuie sur un vaste ensemble de travaux conceptuels et empiriques et résume « ce qui compte dans le financement de la santé pour la Couverture sanitaire universelle (CSU) » en dix-neuf (19) attributs souhaitables, qui constituent la base de l'évaluation. En identifiant les points forts et les points faibles du système actuel de financement de la santé, ainsi que les orientations politiques prioritaires, les évaluations de la MPFS complètent le suivi des indicateurs quantitatifs clés sur la couverture des services et la protection financière, désormais inscrits à l'agenda des Objectifs de développement durable (ODD).

Les évaluations de la MPFS sont mises en œuvre en quatre (4) phases, comme le montre la figure 1. Etant donné que l'évaluation ne nécessite aucune recherche primaire, elle peut être mise en œuvre dans un laps de temps relativement court. L'analyse fournit des informations en temps quasi réel pour les décideurs politiques, et peut alimenter un certain nombre de processus, y compris le développement d'une stratégie de financement de la santé, le suivi des progrès dans le temps en termes de développement et de mise en œuvre des politiques de financement de la santé, et également soutenir l'alignement technique entre les différentes parties prenantes nationales et internationales.

Figure 1. Les quatre phases de la mise en œuvre de la MPFS



La phase 2 consiste en deux étapes d'analyse :

- Étape 1. Une cartographie du paysage du financement de la santé consistant en une description des principaux régimes/dispositifs de financement de la santé dans un pays. Pour chacun d'entre eux, les principaux éléments de leur design sont cartographiés, tels que la détermination des droits aux prestations, le panier de soins et les méthodes de paiement des prestataires, ce qui donne une première idée de l'étendue de la fragmentation du système de santé.
- Étape 2. Une évaluation détaillée de trente-trois (33) domaines de la politique de financement de la santé. Chaque question s'appuie sur un ou plusieurs attributs souhaitables du financement de la santé et est liée à des objectifs intermédiaires pertinents et aux objectifs finaux de la CSU.

De plus amples détails sur la MPFS sont disponibles en ligne [ici](#).¹

A propos de ce rapport

Ce rapport fournit un résumé concis de l'évaluation par la MPFS du système de financement de la santé de Côte d'Ivoire, en identifiant ses forces et faiblesses, ainsi que les domaines prioritaires du financement de la santé qui doivent être améliorés pour progresser vers l'atteinte de la CSU. Les résultats sont présentés dans différents tableaux de synthèse, basés sur les sept domaines d'évaluation et les dix-neuf attributs souhaitables du financement de la santé.

En examinant à la fois la situation actuelle et les orientations des réformes futures, ce rapport permet d'identifier les priorités pour la poursuite du travail analytique, le soutien technique et la mise en œuvre. Ce rapport contient également les dernières informations sur les performances de la Côte d'Ivoire en ce qui concerne les indicateurs clés de la CSU (ODD 3.8.1 et 3.8.2) et des dépenses de santé. Les notes octroyées à chaque question d'évaluation sont également fournies, par domaines d'évaluation et objectifs intermédiaires et finaux de la CSU.

Cette évaluation est un document évolutif et est diffusée pour recueillir des commentaires et des réactions ; elle constitue également une base pour des mises à jour annuelles à des fins de suivi.

Remerciements

L'OMS tient à remercier le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) de la République de Côte d'Ivoire d'avoir commandé cette étude. Le rédacteur principal du rapport d'évaluation, y compris la préparation des graphiques et diagrammes de données de performance, est Joël Arthur Kiendrébéogo, consultant engagé par l'Unité de Coordination des Projets Santé de la Banque mondiale (UCP Santé – BM), en appui technique à la Direction de la Prospective et de la Planification et des Stratégies (DPPS) du MSHPCMU chargée d'assurer la coordination de cette évaluation.

Les personnes ayant aidé à la collecte des données et/ou à la réalisation de la première étape incluent : M. Alexandre Guebo (Conseiller technique du Ministre de la Santé), Dr Isabelle Kouï (DPPS, MSHPCMU), Dr Marius Méline Aymar Kouadio (DPPS, MSHPCMU), Mme KOUAME-GBAYORO Christelle, Dr Samuel Ohouo Brou (OMS/Côte d'Ivoire), Dr Serge Mayaka (P4H/Côte d'Ivoire), M. Paulin Kouassi Kouakou (UCP Santé – BM), M. Ahmed Tidiane (IPS-CNAM).

Pour la deuxième étape, le consultant s'est appuyé sur un travail initial réalisé les membres d'un groupe technique de travail (GTT) de 21 membres mis en place à cet effet. Ces membres étaient composés de : M. Alexandre Guebo (Conseiller technique du Ministre de la Santé), Dr Raphael Tikoihi (Directeur de l'Economie de la Santé), M. Konan Gbokou (chargé d'études à la DGS, MSHPCMU), Dr Isabelle Kouï (DPPS, MSHPCMU), Dr Marius Méline Aymar Kouadio (DPPS, MSHPCMU), Dr Engueran Dje (DPPS, MSHPCMU), M. Franck Yao (DPPS, MSHPCMU), Dr Jean-Jacques Yeboue (DEPPS, MSHPCMU), M. Christophe Aguia (DAF, MSHPCMU), Mlle Rhode Douhou (DAF, MSHPCMU), Dr Eric Gnizako (CTN-FBP), Stéphane Behi (IPS-CNAM), M. Didier Taki (DGBF, MBPE), Mme Gbayoro Christelle épouse Kouamé (UNICEF), Dr Sosthène Zombre (OMS/Côte d'Ivoire), Dr Samuel Ohouo Brou (OMS/Côte d'Ivoire), Dr Fieny Ambroise Kobenan (Officier de liaison GFF), Dr Christelle Opope (BM/Côte d'Ivoire), Dr Adama Traoré (BM/Côte d'Ivoire), Dr Serge Mayaka (point focal P4H/Côte d'Ivoire).

Nous remercions également le Dr Matthew Jowett et le Prof. Bruno Meessen (siège de l'OMS à Genève) pour leurs orientations stratégiques générales pour l'élaboration de ce rapport, ainsi que les participants de l'atelier de formation sur la MPFS tenu à Dakar du 21 au 25 novembre 2022, au cours duquel des réflexions critiques et des suggestions ont été faites sur la démarche entreprise par la Côte d'Ivoire pour la réalisation de l'évaluation.

Méthodologie et calendrier

Le processus d'évaluation a été conduit par un Groupe technique de travail (GTT) mis en place par le MSHPCMU à travers la DPPS. Ce groupe a commencé l'évaluation directement par l'étape 2 de la phase 2 de la MPFS, c'est-à-dire l'analyse des sept domaines et des 19 attributs souhaitables pour les systèmes de financement de la santé. Cependant, conformément aux recommandations de l'OMS, l'étape 1 devrait d'abord être réalisée afin de permettre d'avoir un aperçu des principaux régimes/dispositifs de financement de la santé existant dans le pays pour tendre vers la CSU, ainsi que leur niveau de fragmentation. C'est ainsi qu'un évaluateur externe a été recruté en cours de processus grâce à l'appui de l'UCP Santé – BM pour réaliser cette étape 1 de la phase 2 de la MPFS. L'évaluateur a par la suite porté un regard critique sur le travail déjà réalisé par le GTT et rédigé un rapport d'évaluation pour les étapes 1 & 2. Il a enfin produit une note de politique à partir des résultats de l'évaluation par la MPFS à l'attention des décideurs politiques.

L'évaluation du système de financement de la santé de la Côte d'Ivoire (étapes 1 & 2) a été menée entre décembre 2021 et mars 2022 pour l'étape 2, et entre septembre 2022 et janvier 2023 pour l'étape 1. Cette dernière a consisté à réaliser une description des principaux régimes/dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire tels qu'ils existaient en 2022. L'objectif de cette étape 1 est de fournir une analyse initiale de l'architecture du financement de la santé. Les régimes ou dispositifs de financement de la santé identifiés et inclus dans les analyses sont : i) le budget public consacré à la santé (crédits des unités publiques et privées conventionnées financées sur le budget de l'Etat) ; ii) la gratuité ciblée ; iii) la couverture maladie universelle (CMU) ; iv) le financement basé sur la performance (FBP) ; et v) les programmes verticaux. Un aperçu des flux financiers qui passent à travers ces dispositifs/régimes est représenté par un diagramme de Sankey (Figure 6). La collecte des données pour l'étape 1 a consisté en une revue documentaire complétée par des échanges directs entre l'évaluateur externe et les acteurs en charge de la mise en œuvre des différents dispositifs. Ces échanges ont été guidés par une grille de collecte de données issue de la MPFS qui a été renseignée par les acteurs. L'évaluateur a auparavant tenu plusieurs séances d'orientation sur la grille avec ces acteurs, à distance via la plateforme Zoom.

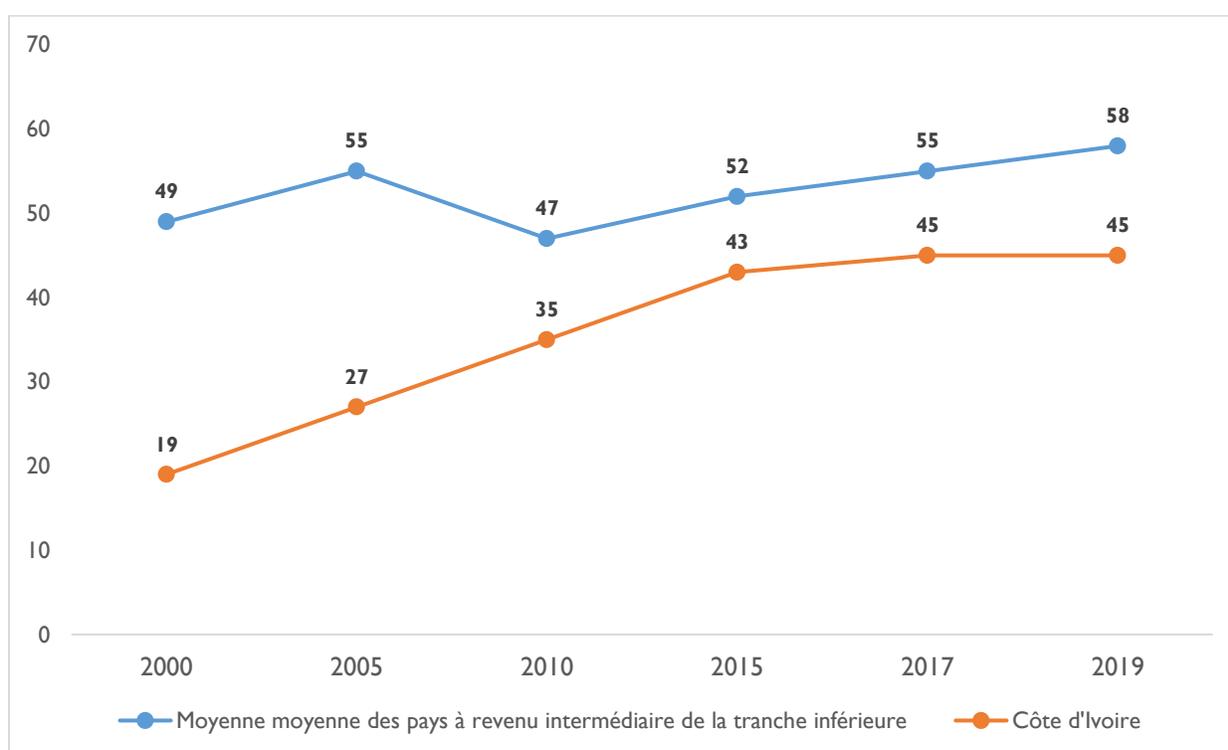
L'étape 2 a consisté à répondre aux trente-trois questions de la MPFS organisées en sept domaines d'évaluation, à savoir : i) la politique, le processus et la gouvernance en matière de financement de la santé ; ii) l'augmentation des ressources ; iii) la mise en commun des ressources ; iv) les achats et paiements des prestataires ; v) les prestations et leurs conditions d'accès ; vi) la gestion des finances publiques ; et vii) les fonctions et programmes de santé publique. Chaque domaine comporte une série de questions. Chaque question fait l'objet d'une réponse qualitative (c'est-à-dire d'un texte descriptif après discussions entre l'équipe d'évaluation, sur la base de données de preuves secondaires) et est également notée sur une échelle de 1 à 4, les scores les plus élevés impliquant de meilleurs progrès. Chaque domaine d'évaluation a un score global qui indique le niveau général des progrès du pays vers un financement durable de la santé dans la perspective de la CSU et fournit une évaluation granulaire pour les différents domaines (en tirant des conclusions pour chaque question).

En pratique, cette étape a nécessité une séance de réunion préparatoire des membres du GTT sur la MPFS au cours de laquelle les structures les mieux indiquées pour répondre aux questions liées aux attributs, collecter les données et fournir la documentation requise ont été identifiées. Ensuite, un atelier de renseignement de la MPFS a été organisé. La MPFS a été remplie sur la base des documents nationaux, de l'expérience des acteurs/gestionnaires des différents régimes de financement. Des interactions additionnelles couplées de réunions présentiels et virtuelles avec les structures impliquées ont permis d'affiner la qualité des informations produites. Après validation de ces données, le document a été partagé à l'évaluateur externe pour appréciation et finalisation de l'étape 2.

Les performances de la Côte d'Ivoire en matière de CSU

L'indicateur 3.8.1 des ODD concerne la couverture des services de santé essentiels et est estimé sur la base d'interventions traceuses portant sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la disponibilité et l'accès aux services (OMS, 2021). L'indice de couverture des services est un score compris entre 0 et 100, et a plus que doublé entre 2000 et 2019 pour la Côte d'Ivoire, passant respectivement de 19 à 45. Si la couverture des services a fortement augmenté en Côte d'Ivoire, elle reste néanmoins inférieure à la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui était de 49 en 2000 et 58 en 2019.

Figure 2. Tendance de l'indice de couverture des services en Côte d'Ivoire 2000-2019



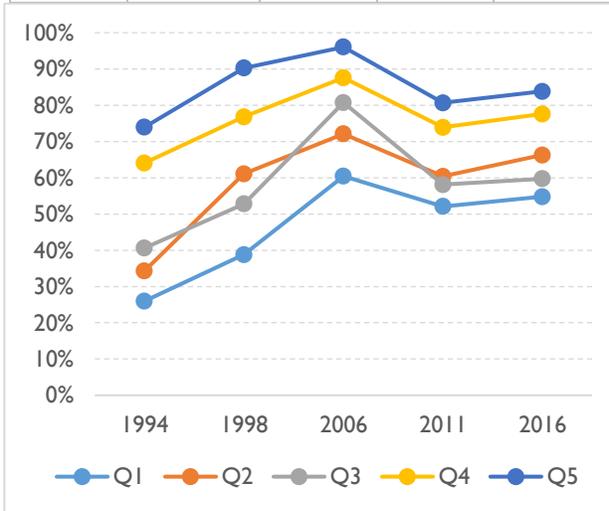
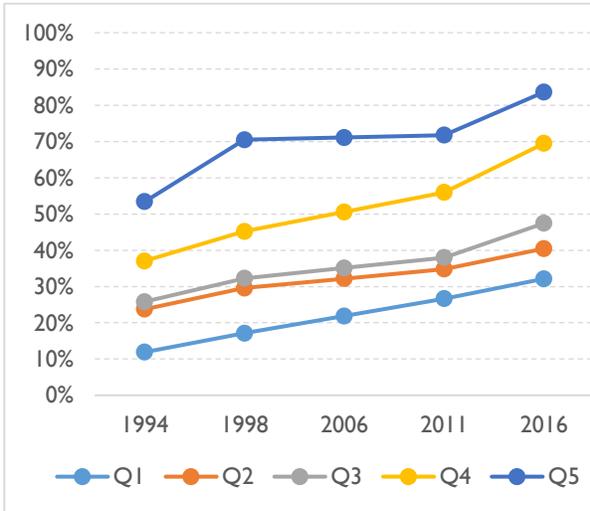
Source: WHO Global Health Observatory 2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>)²

Cette moyenne masque sans doute des inégalités. Pour certaines composantes de l'indice relatives aux services, il est possible d'obtenir des informations désagrégées, comme le montre la figure 3, qui donne un aperçu des inégalités d'accès. Celles-ci sont restées stationnaires pour certains indicateurs comme la couverture en soins prénatals ; pour d'autres indicateurs comme la couverture vaccinale en DTP3, elles se sont légèrement réduites au fil du temps mais restent assez importantes.

Figure 3. Tendance des couvertures des soins prénatals et du DTP3 par quintile en Côte d'Ivoire 1994-2016

Soins prénatals + 4 visites				
Moyenne nationale (2016): 55%				
Valeur par quintile (2016)				
Q1 (poorest)	Q2	Q3	Q4	Q5 (richest)
32,1%	40,5%	47,4%	69,5%	83,6%

Couverture vaccinale DTP3 pour les enfants de 1 an				
Moyenne nationale (2016): 68%				
Valeur par quintile (2016)				
Q1 (poorest)	Q2	Q3	Q4	Q5 (richest)
54,8%	66,3%	59,8%	77,6%	83,8%

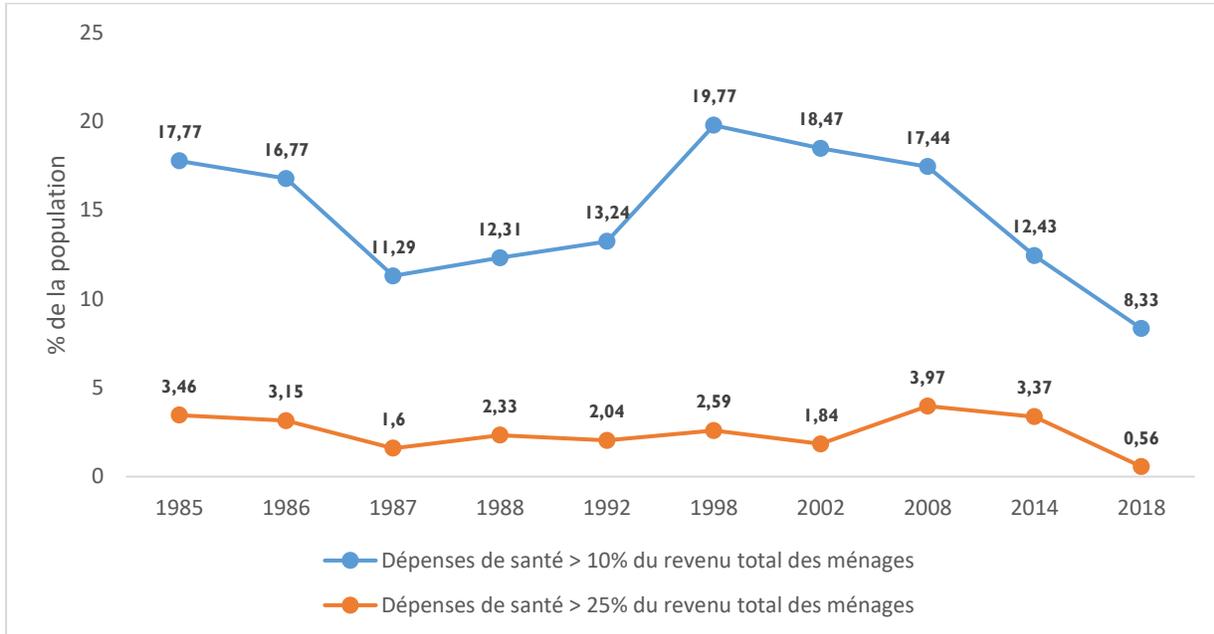


Source : WHO Global Health Observatory, 2023 (<https://www.who.int/data/inequality-monitor/health-inequality-data-repository>)³ (données non disponibles pour l'année 2006 ; nous avons imputé les valeurs pour 2006 en prenant la valeur moyenne entre 1998 et 2011)

L'indicateur 3.8.2 des ODD est définie comme la « proportion de la population dont les dépenses de santé des ménages sont importantes par rapport aux dépenses ou aux revenus totaux des ménages » et concerne la protection financière mesurée en termes de dépenses catastrophiques. L'importance des dépenses consacrées à la santé est définie à l'aide de deux seuils : plus de 10 % et plus de 25 % des dépenses ou du revenu total des ménages.

La figure 4 montre une nette tendance à la baisse de ces dépenses entre 1985 et 2018, passant respectivement de 17,77 % à 8,33 % concernant la proportion de ménages subissant des dépenses de santé > 10 % de leur revenu total et de 3,46 % à 0,56 % concernant la proportion de ménages subissant des dépenses de santé > 25 % de leur revenu total. Cependant, une hausse de 19,77 % et de 17,44 % est observée respectivement en 1998 et en 2008 en ce qui concerne la proportion de ménages subissant des dépenses de santé > 10 % de leur revenu total et ceci peut être expliquée par la troubles socio-politiques que le pays a connus. Quant à la proportion de ménages subissant des dépenses de santé > 25 % de leur revenu total, elle a connu une évolution quasi stationnaire entre 1985 et 2014, avec un minimum de 1,6 % en 1987 et un maximum de 3,97 % en 2008, avant de connaître une forte baisse en 2018, à 0,56 %. La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) et des différentes politiques de gratuité des soins pourraient expliquer les fortes baisses observées en 2018, concernant aussi bien pour la proportion de ménages subissant des dépenses de santé > 10 % de leur revenu total que ceux subissant des dépenses de santé > 25 % de leur revenu total.

Figure 4. Tendence des dépenses de santé catastrophiques en Côte d'Ivoire 1985-2018

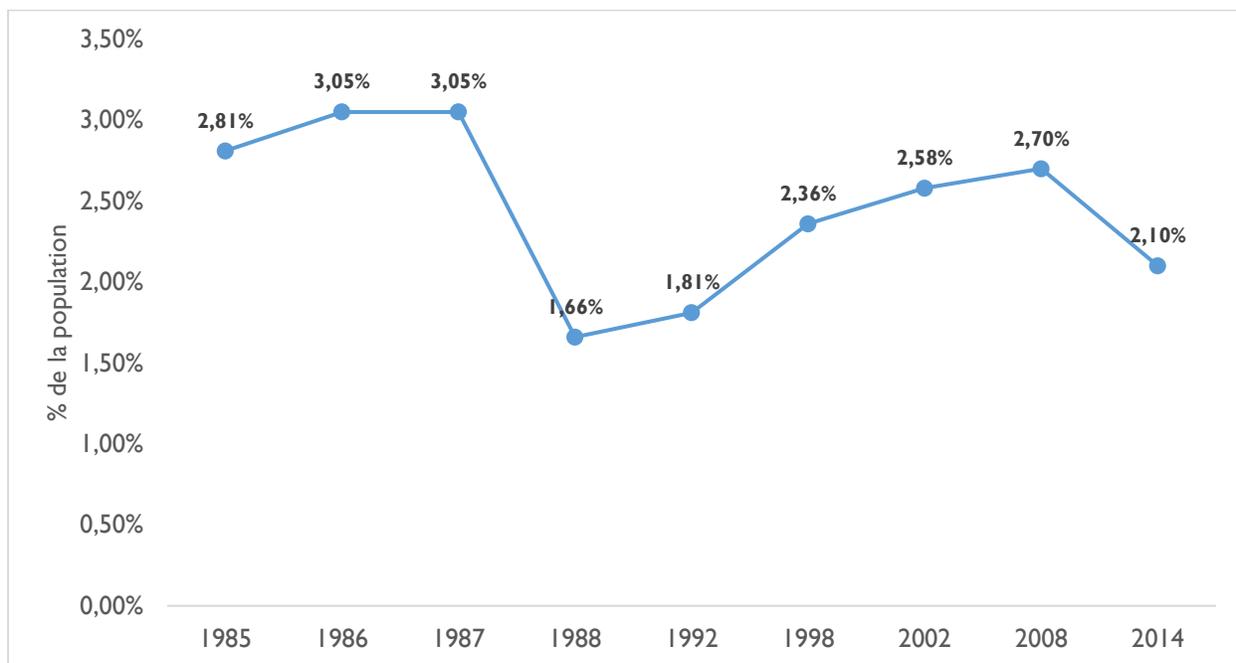


Source: WHO Global Health Observatory, 2023 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/catastrophic-out-of-pocket-health-spending-sdg-indicator-3-8-2->)⁴

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un indicateur officiel des ODD, une mesure supplémentaire de la protection financière porte sur les dépenses de santé qui entraînent un appauvrissement. Un indicateur qui est proposé est la « population poussée en-dessous d'un seuil de pauvreté relative par les dépenses de santé des ménages ». La figure 5 montre la proportion de la population poussée en dessous d'un seuil de pauvreté relative par les dépenses de santé des ménages (60% du revenu ou de la consommation quotidienne médiane par habitant) pour les données disponibles, entre 1985 et 2014. On constate que ces proportions semblent évoluer en dents de scie, avec un pic de 3,05 % en 1986 et 1987, suivi d'une baisse à 1,66 % en 1988, avant qu'un autre pic à 2,70 % ne soit observé en 2008.

Il est important de noter que le système global de financement de la santé repose en grande partie sur les paiements directs des patients au point de service, même si ces paiements ont largement baissé et de façon continue entre 2011 et 2020, représentant respectivement 59,2% et 37,1 % de la dépense courante totale de santé (voir annexe I et figures II). La nécessité d'effectuer de tels paiements directs constitue un obstacle financier parfois important à l'accès aux services de santé, pouvant se traduire également par un renoncement aux soins ou par le recours à d'autres alternatives telles que la médecine traditionnelle ou les médicaments de la rue.

Figure 5. Incidence de l'appauvrissement dû aux dépenses de santé en Côte d'Ivoire 1985-2014



Source : WHO Global Health Observatory, 2023 (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/indicator/4892>)⁵

Résumé des résultats et des recommandations par domaine d'évaluation

Voir tableau ci-dessous

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé</p>	<p>Forces. La Côte d'Ivoire dispose d'une stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (SNFCSU), élaborée en décembre 2012 puis révisée en novembre 2015. En avril 2019, le gouvernement a créé la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS) qui est une instance d'échanges multipartite regroupant l'Etat, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et la société civile. Cette PNCFS vise à promouvoir un financement adéquat et durable la santé, tout en assurant un meilleur alignement sur les priorités nationales. En outre, le Document d'harmonisation des réformes en santé a été élaboré en juin 2021 et vise une plus grande synergie et complémentarité entre les principales réformes dans le secteur de la santé. Concernant les dépenses publiques de santé, des dispositions existent pour assurer leur transparence et leur redevabilité. Par exemple, à la clôture de l'exercice budgétaire, un rapport de performance des programmes est rédigé et transmis par le Ministère de l'Economie et des Finances à la Cour des Comptes. Aussi, les dépenses de santé publiques sont administrées à travers un système informatisé de gestion des opérations budgétaires de l'Etat (SIGOBE). Quant au financement extérieur, une plateforme de gestion informatisée a été mise en place pour suivre les prétentions de financement et les décaissements des fonds. Outre cette plateforme, des unités de coordination de projets financés par les fonds extérieurs ont été créés ; elles élaborent des rapports et tiennent des rencontres de bilan annuel. Enfin, des résultats d'évaluations du système de financement de la santé sont parfois utilisés pour orienter la mise en œuvre et l'ajustement des politiques. Ces évaluations portent notamment sur l'espace budgétaire et l'efficacité en santé, la gestion des finances publiques, et les comptes de santé.</p> <p>Faiblesses. La SNFCSU est restée un document normatif et n'a pas été accompagnée d'un plan opérationnel ou d'une feuille de route pour la mise en œuvre de ses axes stratégiques, avec des priorités clairement établies. Aussi, il n'y a pas une articulation claire entre la SNFCSU et les activités de la PNCFS (liens entre les missions de la PNCFS et les stratégies définies dans la SNFCSU) ainsi que celles prévues dans le Document d'harmonisation des réformes en santé. Pour terminer, la production/mobilisation des données probantes et leur utilisation pour la prise de décision n'est pas une pratique systématisée ou institutionnalisée dans le système de santé ivoirien.</p> <p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réviser la SNFCSU pour tenir compte des initiatives d'harmonisation des réformes en cours ainsi que les activités prévues dans le cadre de la PNCFS. Ceci permettrait d'éviter la multiplication et donc la fragmentation des documents normatifs et opérationnels en matière de financement de la santé. - Accompagner la SNFCSU révisée d'un plan de mise en œuvre assorti d'un cadre de performance qui sera régulièrement évalué. - Redynamiser la PNCFS et particulièrement ses groupes techniques de travail (GTT). - Renforcer les mécanismes de transparence et de redevabilité déjà en place à travers une participation plus accrue de la population à travers les différents acteurs de la société civile. - Mettre en place au sein du MSHPCMU des mécanismes de production et/ou de mobilisation de données factuelles ainsi que de transfert de connaissances, et veiller à mobiliser des ressources adéquates pour leur pleine effectivité. 	<p style="text-align: center;">Etabli</p> <p style="text-align: center;">● ● ● ○</p>

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer pleinement le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale (MEPS) qui a actuellement la charge de la mise en œuvre de la CMU dans la production de données factuelles, notamment dans la production de tableaux de bord et/ou de rapports annuels et publics sur la CMU. Cela permettrait de recalibrer le système informatique et de base de données qui gère la CMU et en faire une source fiable et pertinente de données. 	
Augmentation des ressources	<p>Forces. Selon les comptes de santé 2020, la contribution de l'Etat aux dépenses de santé est de 36,76% de la dépense courante de santé (DCS). Elle se situait à 18,36% en 2010. Par ailleurs, le gouvernement a pris l'engagement en 2019 d'augmenter chaque année de 15% le budget voté en faveur du Ministère chargé de la Santé. Enfin, depuis 2010, le Ministère chargé de la Santé élabore son budget selon le modèle du budget-programme, même si le basculement dans ce modèle n'a réellement eu lieu qu'en 2020. Ce mode de budgétisation devrait accroître la prévisibilité des fonds alloués du fait du cadrage budgétaire sur trois années qu'il implique.</p> <p>Faiblesses. Si l'engagement d'augmenter chaque année de 15% le budget voté en faveur du Ministère chargé de la Santé a connu un début d'exécution en 2020 (augmentation de 16,58%), l'année 2021 a été marquée par une réduction de 7,13%. Plus globalement, la Côte d'Ivoire reste encore très loin des objectifs de Abuja car selon l'Étude d'analyse du budget 2022 (estimation GTT3 PNCFS), car elle n'a consacré en moyenne, entre 2018 et 2022, que 5,95% de son budget à la santé, avec un pic de 7,43% en 2020. Les flux de fonds publics vers les prestataires de soins sont relativement stables, mais ceci est lié au fait qu'ils sont octroyés sur une base historique. Si cette stabilité des flux est un gage de sécurité dans la planification opérationnelle des activités des prestataires, les montants alloués restent cependant insuffisants au regard des besoins exprimés. En outre, des droits d'accises sont appliqués sur les produits néfastes à la santé, mais seuls ceux appliqués sur le tabac sont affectés à la santé et ceci partiellement (à hauteur de 2%). Pour terminer, il faut noter que toutes les composantes du budget-programme ne sont pas encore déployées et qu'il existe toujours un besoin d'appropriation et de renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux.</p> <p>Recommandations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser davantage de ressources publiques en faveur de la santé. Cela peut être fait en diversifiant les sources de revenus, par exemple en élargissement à la santé la destination des fonds issus des droits d'accises. - Respecter les engagements pris au niveau national et international par rapport aux budgets publics à consacrer à la santé. - Prendre les dispositions nécessaires pour rendre pleinement opérationnels les dispositifs prévus dans le cadre du budget-programme. Former et responsabiliser à cet égard tous les acteurs chargés de la mise en œuvre du budget-programme. 	<p>En progression</p> 
Mise en commun des ressources	<p>Forces. Il existe des mécanismes de prépaiement financés soit par l'impôt – par exemple les crédits des unités publiques financées sur le budget de l'Etat, la gratuité ciblée ou le régime d'assistance médicale (RAM) de la CMU ; soit par des cotisations – exemple du régime général de base (RGB) de la CMU. Pour la plupart des financements extérieurs, des unités de coordination de projet (UCP) ont été mises en</p>	<p>En progression</p> 

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
	<p>place, et celles-ci permettent une vision coordonnée des fonctions nécessaires à la mise en œuvre des projets et programmes, que celles-ci soient opérationnelles, financières, juridiques ou logistiques.</p> <p>Faiblesses. Il existe une certaine fragmentation au niveau du système de financement de la santé (les différents régimes et programmes fonctionnent en silo) et même au sein des dispositifs/régimes de financement de la santé. Par exemple, concernant la CMU, les budgets du RGB et du RAM sont séparés ; pour ce qui est de la gratuité ciblée, le budget est accordé au Ministère chargé de la santé en quatre lignes budgétaires différentes et non fongibles. Ces situations limitent les capacités de mutualisation et de redistribution. En outre, certains partenaires extérieurs ont gardé leurs propres mécanismes de financement et les procédures de décaissement de certains d'entre eux restent complexes et lourdes. En réalité, il n'existe pas une stratégie ou un mécanisme de mise en commun des fonds extérieurs ; les UCP entre elles continuent de fonctionner en silo, ce qui crée une certaine fragmentation dans le système.</p> <p>Recommandations.</p> <p>Réduire le niveau de fragmentation entre et au sein des différents régimes/dispositifs de financement de la santé en recherchant au maximum des complémentarités et synergies entre eux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire en sorte que la CMU prenne le relais de la gratuité ciblée, en l'intégrant dans le RAM – le budget de la gratuité ciblée pourrait alors être reversé dans celui du RAM et les cibles de la gratuité immatriculées. Cela augmenterait alors le pool de ressources disponibles pour financer les exemptions de paiement et minimiserait les doubles paiements pour une même prestation. Cela nécessiterait la définition et l'adoption explicite d'une feuille de route pour le basculement sans préjudice pour les bénéficiaires finaux. Une autre alternative serait d'intégrer la gratuité ciblée dans le RGB en éliminant le ticket modérateur pour les prestations incluses dans cette gratuité. - Envisager la mise en place de pools communs virtuels entre les différents programmes verticaux afin de réduire les duplications et les inefficiences dans la gestion des programmes. Pour ce faire, il sera important de renforcer la coordination entre ces programmes en créant des systèmes d'information connectés et interopérables entre eux. A terme, ce système pourrait être étendu à l'ensemble des dispositifs/régimes de financement de la santé. 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Achat et paiement des prestataires</p>	<p>Forces. Les paniers de soins que les établissements de santé offrent à travers les différents régimes/dispositifs de financement de la santé ont été définis sur la base des besoins prioritaires de la majorité de la population. Par ailleurs, avec le FBP dont la mise à l'échelle nationale a été décidée en 2022, les ressources sont allouées aux prestataires de soins en fonction de leurs performances.</p> <p>Faiblesses. De tous les régimes/dispositifs de financement de la santé, seul le FBP alloue les ressources aux prestataires selon leurs performances. En attendant la pleine opérationnalisation du budget-programme, les allocations à partir du budget de l'Etat sont pour le moment faites sur une base historique, sans analyse approfondie des performances des prestataires de soins ou encore de l'utilisation faite des fonds versés lors des exercices précédents. Si ces paiements sur une base historique permettent d'avoir un certain contrôle sur le montant des allocations, ils ne sont cependant pas favorables à l'achat stratégique. Pour la CMU et le FBP, il y a un moindre contrôle des possibles dépassements budgétaires du fait que les montants des paiements sont</p>	<p>En progression</p> 

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
	<p>directement liés aux volumes de prestations (paiement à l'acte pour la CMU, même si les tarifs de remboursement sont plafonnés et considérés comme bas relativement aux coûts réels et qu'il y a des mécanismes de contrôle de l'aléa moral, et paiement de subsides en fonction des quantités de prestation pour le FBP). Aussi, le remboursement des prestations par l'Institution de prévoyance sociale – Caisse nationale d'assurance maladie (IPS-CNAM) ne tient pas compte des autres flux de paiements, notamment ceux de la gratuité ciblée ou du FBP. Par conséquent, l'on peut assister à plusieurs paiements pour une même prestation, ce qui est source d'inefficience.</p> <p>Recommandations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les mécanismes d'achat stratégique en élargissant le champ d'activités du projet Achat Stratégique et Harmonisation des Financements et des Compétences en Santé (SPARK Santé), et en redynamisant la PNCFS. Le groupe technique de travail I (GTT I) de la PNCFS, intitulé « Achat stratégique et CMU », serait un cadre d'échanges idéal pour discuter de questions ou proposer des actions favorisant les achats stratégiques en santé, et guider leur mise en œuvre en cohérence avec la SNFCSU éventuellement révisée. Des synergies sont par exemple possibles entre la CMU et le FBP : <ul style="list-style-type: none"> ○ le système de contrôle biométrique mis en place par l'IPS-CNAM peut être mis à profit par les agences de contractualisation et de vérification (ACV) dans le cadre de leurs activités de vérification ; ○ l'évaluation de la qualité des soins dans le FBP peut être complémentaire aux exigences de qualité requises par la CMU qui exploiterait alors ses résultats ; ○ des échanges de bonnes expériences dans le domaine de la contractualisation des établissements de santé sont possibles entre les deux régimes de financement. - Accélérer la mise en œuvre du budget-programme afin de pouvoir tirer profit des souplesses/flexibilités qu'il offre et abandonner les allocations budgétaires sur une base historique. - Réfléchir à des méthodes de paiement qui permettraient d'avoir un meilleur contrôle budgétaire tout en assurant un achat stratégique des soins et services de santé. Il pourrait notamment s'agir de paiements forfaitaires, mais non pas octroyés en fonction des volumes de prestation comme cela se fait avec le FBP, mais sur des performances prédéfinies à atteindre. Le montant des forfaits peut être échelonné et corrélé à divers niveaux de performance. 	
Prestations et conditions d'accès	<p>Forces. Des activités de communication sont menées par divers structures et démembrements de l'Etat pour informer la population de ses droits et aussi de ses obligations. En outre, il existe des paquets de prestations clairement définis en fonction du niveau de soins et des besoins de la grande majorité de la population. Les Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC) constituent la porte d'entrée dans le système de soins et les patients sont éventuellement référés aux échelons supérieurs si leur état de santé le nécessite, notamment au niveau des hôpitaux généraux, des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Au niveau périphérique (ESPC et hôpitaux généraux), les interventions retenues dans les paniers de soins sont celles reconnues être à haut impact à l'échelle internationale. Lors de la définition des prestations à fournir dans le</p>	<p style="text-align: center;">Etabli</p> <p style="text-align: center;">● ● ● ○</p>

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
	<p>cadre des différents régimes/dispositifs de financement de la santé, ce qui reste à la charge des usagers est clairement défini et ce qui ne l'est pas également.</p> <p>Faiblesses. Les activités de communication à l'endroit de la population restent généralement passives et éparses, se limitant par exemple à des affichages de tarifs de prestations ou à des notes d'information aux usagers déchiffrables pour les populations lettrées, dans un contexte où une grande partie de la population est analphabète. Plus globalement, une grande majorité de la population ignore toujours ses droits et obligations ou n'a pas les moyens de faire valoir ses droits. Par exemple, si ce qui reste à la charge (ou pas) des usagers est clairement défini lors de la définition des prestations à fournir dans le cadre des différents régimes/dispositifs, force est de constater que des copaiements indus persistent, soit du fait de dessous de table, soit du fait de ruptures d'intrants ou de médicaments censés être gratuits, obligeant les patients souvent résignés à faire des dépenses en dehors des établissements de santé pour s'en procurer. Cette situation peut même amener à des renoncements aux soins si ces copaiements sont élevés. La pyramide sanitaire qui définit le parcours du malade n'est pas toujours respecté par la population, surtout dans les grands centres urbains, entraînant souvent un engorgement des hôpitaux secondaires et tertiaires. Enfin, si le panier de soins de la CMU a été adopté à la suite d'études actuarielles, l'utilisation des évaluations médico-économiques et des évaluations des technologies en santé (« <i>Health Technology Assessment</i> ») pour définir les paniers de soins reste très peu développée.</p> <p>Recommandations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les activités de communication et les rendre plus efficaces, en utilisant des supports de communication adaptés et plus proches des cibles. En outre, l'État pourrait intensifier la sensibilisation des populations à l'utilisation des numéros verts existants pour dénoncer les cas d'abus. - Par ailleurs, il faudrait veiller au respect de la pyramide sanitaire pour favoriser une bonne rationalisation des soins et améliorer l'efficacité dans leur dispensation. - Veiller à rendre effectivement disponible et de bonne qualité le paquet de soins prévu au niveau des ESPC. - Définir les paniers de soins sur la base de leurs coûts à la fois dans le public et le privé et éventuellement leur coût-efficacité afin de contribuer à améliorer l'efficacité du système de soins. - Promouvoir, de ce fait et à court terme, l'intégration des évaluations médico-économiques et des évaluations des technologies en santé dans les curricula de formation des écoles de santé - Envisager à moyen/long terme la création au sein du ministère de la santé ou d'autres structures habilitées des unités dédiées aux évaluations des technologies en santé et aux analyses d'impact budgétaire des différents projets et programmes de santé. - Renforcer les mécanismes de redevabilité pour faire en sorte que les mesures d'exemption de paiement qui ont été décidées, surtout celles en faveur des groupes les plus défavorisés, soient effectivement appliquées. 	

Résumé des résultats et des recommandations

Domaine d'évaluation	Synthèse des conclusions	Statut
Gestion des finances publiques	<p>Forces. Avec le modèle du budget-programme qui est progressivement adopté en Côte d'Ivoire, la formulation et la structure du budget de la santé favorisent théoriquement la souplesse des dépenses et sont alignées sur les priorités sectorielles. En outre, il est possible de recourir à une procédure dérogatoire d'avances de trésorerie afin de faire face à des besoins urgents en cours de gestion. Enfin, des réformes et des politiques (exemples de la réforme hospitalière et du FBP) sont actuellement mises en œuvre pour accorder plus d'autonomie aux établissements de santé et leur permettre de recevoir directement des fonds qu'ils utiliseront et dont ils rendront compte.</p> <p>Faiblesses. Bien que disposant d'un Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), l'allocation des crédits aux structures de santé en année N est assise sur le principe de la reconduction tacite des enveloppes reçues en période N-1. En outre, le Ministère chargé de la Santé n'a pas toujours un plein pouvoir de décision dans l'utilisation des ressources qu'il reçoit du Ministère chargé des Finances. La pratique en cours en matière d'exécution budgétaire est de plafonner la disponibilité des crédits à 70% du budget alloué dès lors qu'il est de plus de 5 000 000 FCFA. Cette restriction n'est pas propre au seul ministère de la santé pour toutes les unités de l'administration.</p> <p>Recommandations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accélérer la pleine mise en œuvre du budget-programme avec un dispositif de suivi-évaluation solide et efficace qui permettrait d'identifier et de trouver des solutions aux éventuels goulots d'étranglement qui apparaîtraient. - Poursuivre les réformes déjà entamées pour renforcer l'autonomie des établissements de santé. Mais cette autonomie devrait être accompagnée d'un renforcement des capacités de gestion administrative et financière, et aussi d'un renforcement des mécanismes de redevabilité. Cette autonomie devrait faire l'objet d'évaluations rigoureuses afin d'être ajustée au fil de temps. - Faire un plaidoyer pour une simplification des procédures de gestion des dépenses pour la santé. 	<p>Etabli</p> 

Résumé des résultats et des recommandations par attributs souhaitables du financement de la santé

Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé	
Attribut désirable GVI	Les politiques de financement de la santé sont guidées par les objectifs relatifs à la CSU, adoptent une perspective systémique, déterminent l'ordre de priorité et de mise en œuvre des stratégies pour l'ensemble des services individuels et collectifs
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>La Côte d'Ivoire dispose d'une stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture sanitaire universelle (SNFCSU) qui a été élaborée pour la première fois en décembre 2012 puis révisée en novembre 2015. Le but recherché par cette stratégie est d'atteindre une plus grande couverture du risque maladie par un financement plus important de la santé et une offre de services de santé de qualité disponible et accessible à tous. Pour ce faire, six principaux axes stratégiques ont été identifiés : (1) mobilisation de ressources suffisantes pour la CSU ; (2) protection des populations contre le risque financier lié à la maladie par une mise en commun des ressources ; (3) soutien à une meilleure allocation et une meilleure utilisation des ressources pour l'achat ou la fourniture de services de qualité ; (4) disponibilité d'une offre de services de santé de qualité et équitables ; (5) renforcement des capacités des parties prenantes au processus de mise en œuvre de la CSU ; (6) suivi et évaluation la mise en œuvre de la CSU y compris l'équité. Différents acteurs doivent exercer des responsabilités dans la mise en œuvre de la SNFCSU, notamment la Primature, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère chargé de la Protection Sociale, le Ministère chargé de la santé, les autres Ministères techniques impliqués, les collectivités territoriales, les bénéficiaires et la société civile, le secteur sanitaire privé et les partenaires au développement.</p> <p>A côté de la SNFCSU, il y a également d'autres documents produits périodiquement comme les comptes de santé et les enquêtes sur les conditions de vie des ménages qui permettent d'apprécier l'évolution de la protection financière de la population. Par ailleurs, il a été élaboré en juin 2021 le Document d'harmonisation des réformes en santé, visant une plus grande synergie et complémentarité entre les principales réformes dans le secteur de la santé qui sont : (i) la CMU, (ii) le FBP, (iii) la gratuité ciblant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, (iv) la réforme du secteur pharmaceutique, (v) la réforme hospitalière et (vi) la réforme du secteur privé de la santé. Il est à noter que le gouvernement a créé depuis avril 2019 la Plateforme Nationale de Coordination du Financement de la Santé (PNCFS), un cadre de concertation comprenant les organes de gestion de ces réformes. Cette plateforme a pour missions « d'établir des consensus sur les objectifs de dépenses nationales de santé, de favoriser l'harmonisation et l'alignement des financements internes et externes autour des objectifs et d'assurer le suivi de leurs réalisations pour la mise en œuvre des stratégies sectorielles de santé », telles que définies dans le Plan national de développement sanitaire (PNDS) et dans le Plan national de développement (PND). C'est une instance d'échanges multipartite regroupant l'Etat, les partenaires techniques et financiers, le secteur privé et la société civile, en vue de promouvoir un financement adéquat et durable de la santé. En somme, il s'agit d'accroître le financement dans le secteur de la santé et de coordonner les actions pour un meilleur alignement sur les priorités nationales dans le but de réduire les déficits et les doublons et ainsi obtenir davantage de résultats.</p> <p>A noter également que concernant le secteur privé, la Côte d'Ivoire a élaboré et validé le document de politique nationale de développement du secteur privé de la santé et le plan stratégique national de développement du secteur privé de la santé 2021-2025. En matière de santé communautaire, la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique de la Santé communautaire, d'un plan stratégique national de santé communautaire, et d'un dossier d'investissement de la santé communautaire 2023-2032.</p> <p>Si la SNFCSU prévoit un cadre de suivi des progrès vers la CSU et une matrice des indicateurs de suivi pour la couverture en soins de santé essentiels, il n'existe cependant pas</p>

Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé	
	<p>un plan spécifique opérationnel pour la mise en œuvre des axes stratégiques identifiés, avec des priorités clairement établies. Ceci fait que les activités de certains programmes spécifiques, bien qu'élaborées en faisant référence à la SNFCSU, ne sont pas capitalisées à son niveau pour être pris en compte dans les mesures des progrès de sa mise en œuvre. Plus généralement, cette situation rend difficile le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la SNFCSU qui, en réalité, est beaucoup plus un document normatif présentant les grandes orientations du pays en matière de financement de la santé. Enfin, on n'observe pas une articulation claire entre la SNFCSU et les activités de la PNCFS ainsi que celles prévues dans le Document d'harmonisation des réformes en santé.</p> <p>Malgré la mise en place de la PNCFS et de ses organes, l'on observe que le dispositif n'a pas été entièrement déployé et financé. Ainsi, le comité de pilotage et le secrétariat n'ont pas pu tenir l'entièreté des réunions statutaires, le cadre de travail n'a pu être mis en œuvre et les GTT n'ont pu respecter tous leurs calendriers.</p> <p>En outre, malgré les développements importants en matière de planification et d'encadrement de la santé communautaire, son financement demeure peu pérenne, étant très largement tributaire des PTF.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Réviser la SNFCSU pour tenir compte des réarrangements institutionnels, des réformes, et des nouvelles orientations stratégiques. Ceci permettrait d'éviter la multiplication et donc la fragmentation des documents normatifs et opérationnels en matière de financement de la santé. - Accompagner la SNFCSU révisée d'un plan de mise en œuvre assorti d'un cadre de performance qui sera régulièrement évalué. Les activités entrant dans le cadre de la PNCFS peuvent être un début d'opérationnalisation de certains axes stratégiques identifiés dans la SNFCSU, mais ceci devrait se faire dans un cadre holistique avec une bonne cohérence entre les différents documents de politique. - Renforcer la fonctionnalité optimale de la PNCFS et de ses organes.
Attribut désirable GV2	Des comptes sont rendus de manière transparente, sur les plans financier et non financier, à l'égard des dépenses publiques de santé
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Des dispositions existent pour assurer la transparence et la redevabilité des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire. En effet, pour les organismes de financement du secteur public, selon les dispositions du décret N°2019-81 du 23 janvier 2019 portant charte de gestion des programmes et dotations, un rapport de performance des programmes est rédigé et transmis par le Ministère de l'Economie et des Finances à la Cour des Comptes à la clôture de chaque exercice budgétaire. Aussi, les dépenses de santé publiques sont administrées à travers un système informatisé de gestion des opérations budgétaires de l'Etat (SIGOBE) et ceci facilite l'élaboration des rapports de performance des programmes. Le MSHPCMU élabore et transmet le rapport de performance au Ministère de l'Economie et des Finances conformément au décret. Néanmoins l'ensemble de la chaîne de redevabilité n'est pas entièrement déployé.</p> <p>Par ailleurs, les comptes de la santé fournissent une vue d'ensemble sur le volume et la provenance des ressources dont dispose le secteur de la santé, de l'utilisation qu'il en fait et sur les prestations qu'il offre. Ces comptes constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif des dépenses de santé. Ils sont élaborés chaque année afin de développer des données fiables en temps voulu, qui sont comparables entre pays et dans le temps.</p> <p>S'agissant du financement extérieur, une plateforme de gestion informatisée du financement extérieur a été mise en place pour suivre les prétentions de financement et de décaissement des fonds. Outre cette plateforme, les unités de coordination des projets financés par les fonds extérieurs élaborent des rapports et tiennent des rencontres de bilan annuel. Bien que certains UCP disposent de mécanismes de redevabilité, notamment de comités de</p>

Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé	
	<p>pilotage présidés par le ministre de la santé, la coordination des mécanismes des financements extérieurs verticaux d'une manière générale méritent d'être renforcée. Une unité de Coordination des Programmes à Financement Extérieurs a été établie en 2020, mais l'on ne dispose pas encore d'assez de recul pour apprécier son efficacité.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer et améliorer les mécanismes de transparence et de redevabilité déjà en place, en suscitant une participation plus accrue de la population à travers la société civile, et aussi en rendant les rapports d'activités ou d'évaluation plus accessibles au public aussi bien dans leur contenu technique que dans leur version physique ou électronique. - Renforcer les mécanismes de transparence et de redevabilité envers les fonds extérieurs afin de s'assurer qu'ils sont pleinement alignés avec les priorités du gouvernement et qu'ils sont utilisés de manière efficiente en évitant les duplications et la fragmentation. - Développer des mécanismes de reddition des comptes à l'endroit de la population sur les aspects non financiers, en lien notamment avec l'enrôlement ou l'accès aux soins.
Attribut désirable GV3	Les données factuelles recueillies à l'échelle internationale ainsi que des informations et des évaluations provenant de l'ensemble du système sont activement utilisées pour orienter la mise en œuvre et l'ajustement des politiques
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Depuis 2010, la Côte d'Ivoire élabore les comptes de la santé qui devraient servir de document de référence pour la prise de décision et pour guider l'adoption de politiques en matière de santé. En effet, à partir des résultats des comptes de la santé, des recommandations sont formulées pour permettre aux décideurs d'assurer une meilleure mobilisation, allocation et utilisation des ressources dans le secteur de la santé. Ainsi, en 2016, le bureau pays de l'OMS a réalisé une étude portant sur l'analyse de l'utilisation des résultats des comptes de la santé dans la mise en œuvre des politiques, stratégies et réformes de santé en Côte d'Ivoire. Il ressort de cette étude que sur 18 recommandations qui avaient été formulées sur la base des résultats des exercices de 2007 à 2013, 33% avaient été exécutées et 39% étaient en cours de réalisation. Par ailleurs, les résultats des comptes sur la période révélaient une forte part des paiements directs des ménages dans les dépenses totales de santé, ce qui traduisait l'exposition des ménages à des dépenses catastrophiques de santé et à l'appauvrissement. D'autres études ont aussi été réalisées, comme celle réalisée par l'OMS en 2017 et publiée en 2018 et intitulée « Espace budgétaire en santé et efficience en Côte d'Ivoire : quelles marges de manœuvre ? » qui a montré l'existence d'inefficiences estimées à 51% des dépenses publiques de santé dans un contexte d'effort budgétaire réalisé par l'Etat à 97% de sa capacité maximale sur la période de 1998 à 2015. Aussi, le MSHPCMU, avec l'appui de l'OMS, a finalisé en 2019 l'étude « Gestion des finances publiques dans le secteur de la santé : quels leviers pour améliorer la performance ? », qui a mis en exergue les goulots d'étranglement de la gestion des ressources publiques dans le secteur de la santé.</p> <p>Cependant, la fréquence de production des comptes de la santé limite leur utilisation pour la prise de décision (les derniers comptes de la santé datent de 2020). Plus globalement, les résultats de toutes les études ne sont pas toujours systématiquement exploités. En fait, la production/mobilisation de données factuelles et leur utilisation systématique pour orienter les politiques de santé ne sont pas une pratique courante ou institutionnalisée dans le système de santé ivoirien. Par exemple, le budget alloué à la gratuité ciblée n'est basé ni sur une étude des coûts de production ni sur une estimation des cibles attendues, mais uniquement sur une base historique.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiser la production/mobilisation de données factuelles et leur utilisation systématique pour orienter les politiques de santé.

Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé

	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des mécanismes production/mobilisation des données factuelles nationales et internationales ainsi que des mécanismes de transfert de connaissances au sein du MSHPCMU et du MEPS, au-delà des comptes de la santé et à travers des revues de la littérature. La structure en charge de la mise en place et de la coordination de ces mécanismes devrait bénéficier du soutien politique nécessaire et disposer des ressources humaines, matérielles et financières adéquates pour mener ses activités. Le soutien politique est important pour s'assurer que les connaissances mobilisées seront effectivement exploitées pour la prise de décision. Cette structure pourrait, pour commencer, focaliser ses activités sur le système de financement de la santé ou même un domaine de ce système.
--	--

Augmentation des ressources

Attribut désirable RR1	Les dépenses de santé reposent principalement sur des sources de financement publiques ou obligatoires
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Selon les comptes de la santé 2020, la contribution de l'Etat aux dépenses de santé est de 36,76% de la DCS. En 2010, elle se situait à 18,36%. En outre, des engagements en faveur de programmes spécifiques comme la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme ou la transition du financement de la vaccination se sont traduits par une augmentation des ressources publiques allouées à la santé. Les niveaux de ressources mobilisées en cours d'exercice budgétaire sont la plupart du temps supérieurs au budget voté au début (loi de finances). Enfin, un engagement d'augmenter chaque année de 15% le budget voté en faveur du Ministère chargé de la Santé a été pris lors du dialogue national sur le financement de la santé en 2019.</p> <p>Cependant, si cet engagement d'augmenter chaque année de 15% le budget voté en faveur du Ministère chargé de la Santé a connu un début d'exécution en 2020 (augmentation de 16,58%), l'année 2021 a été marquée par une réduction de 7,13%. Plus globalement, la Côte d'Ivoire reste encore très loin des objectifs de Abuja. En effet, selon l'Étude d'analyse du budget 2022 (estimation GTT3 PNCFS), car elle n'a consacré en moyenne, entre 2018 et 2022, que 5,95% de son budget à la santé, avec un pic de 7,43% en 2020 (contre 15% recommandé). En outre, les paiements directs des ménages représentent 31,99% de la DCS selon les comptes de santé 2020, représentant un taux inférieur aux dépenses publiques de santé.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des études/analyses pour comprendre pourquoi l'Etat n'a pas pu respecter son engagement d'augmenter chaque année de 15% le budget voté en faveur du Ministère chargé de la Santé, quels mécanismes institutionnels ont été mis en place (ou non) pour le suivi de cet engagement et comment ils ont fonctionné le cas échéant - Mener des études pour comprendre pourquoi la part du budget de l'Etat à la santé est si faible comparativement aux autres pays de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Cela pourrait amener à effectuer des activités de plaidoyer spécifiques pour changer cet état de fait. - Renforcer l'efficacité de la mise en œuvre de la CMU ainsi que des différentes politiques de gratuité afin de réduire les paiements directs indus et le fardeau financier des soins pour les ménages.
Attribut désirable RR2	Le niveau du financement public (et extérieur) peut être prévu sur plusieurs années

Augmentation des ressources	
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Selon les données de la Direction des Affaires Financières (DAF) du MSHPCMU, la part du budget de l'Etat consacrée à la Santé est relativement constante depuis une dizaine d'années, de 6,04% en 2016, 7,43% en 2020, et 5,36% en 2022. Suivant ce constat, on peut dire que le financement public des dépenses liées à la santé est assez prévisible. Au sein du MSHPCMU, la procédure de préparation du budget commence dès la notification de l'enveloppe budgétaire allouée par le Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat. La Direction des Affaires Financières (DAF) recueille et centralise au travers de conférences budgétaires formelles régionales les propositions des services bénéficiaires des crédits budgétaires. Ensuite, elle ventile l'enveloppe globale disponible en tenant compte de la demande de ces services bénéficiaires. Depuis 2010, le Ministère chargé de la Santé élabore son budget en mode budget-programme, mais le basculement réel ne s'est fait qu'en 2020, se traduisant par la mise en place d'un nouveau cadre juridique, réglementaire et de nouveaux outils de gestion, le développement d'un nouveau système d'Information Budgétaire adapté, ainsi que le renforcement des capacités des acteurs.</p> <p>Toutefois, le niveau d'appropriation des principaux acteurs de la chaîne budgétaire doit être davantage renforcé, aussi bien dans l'élaboration, la mise en œuvre du budget programme que dans ses mécanismes de redevabilité. Aussi, les financements extérieurs ne faisant pas l'objet de convention restent généralement imprévisibles et volatiles d'une année à l'autre.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Piloter et accélérer le processus de mise en place et de déploiement du budget programme. Ceci renforcerait davantage la prédictibilité des financements et les lierait davantage aux résultats sanitaires attendus.
Attribut désirable RR3	Le flux des fonds publics (et extérieurs) est stable et le taux d'exécution du budget est élevé
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>En Côte d'Ivoire, les flux des fonds publics vers les prestataires de soins de santé sont généralement stables car basés sur une allocation historique des budgets. Si cette stabilité des flux est un gage de sécurité dans la planification opérationnelle des activités des prestataires, l'on n'a toutefois pas l'assurance, au regard de leurs besoins exprimés, que les niveaux de ressources allouées sont pertinents.</p> <p>En effet, il existe des écarts entre les allocations effectivement octroyées pour le financement des interventions/actions de santé et les budgets prévisionnels dans le sens d'un sous-financement public de la santé.⁷ Par exemple, le budget prévu dans le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016 – 2020 n'a jamais été atteint (les écarts entre les budgets prévus et ceux exécutés pour les différentes activités variaient entre 20 % et 33%) et les financements ont accusé beaucoup de retard. Il a fallu attendre jusqu'en 2018 pour que le budget dédié à la santé puisse atteindre celui prévu en 2016. Dans l'analyse de la disponibilité des ressources dans les établissements de soins, il ressort que les budgets notifiés ne sont pas entièrement disponibles au sein des structures. En effet, les structures sont astreintes à une exécution budgétaire par le Ministère chargé du budget comme suit : 15% de l'enveloppe notifiée chaque trimestre pour les 3 premiers trimestres et 25% sur le dernier trimestre, soit un total de 70% de la notification de départ. Une ponction de 30% est donc opérée sur les budgets notifiés. Ce mécanisme de ponction est systématique pour des budgets strictement supérieurs à 5 millions de FCFA. Les budgets des établissements ne peuvent pas faire l'objet de réallocation. En effet, du fait du non-déploiement effectif du processus du budget-programme, tous les instruments en faveur de la réallocation des crédits ne sont pas déployés</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la complémentarité entre processus de planification des politiques et des activités et processus de budgétisation opérationnelle et éviter de les dissocier. En d'autres termes, les activités idéalement doivent être planifiées en fonction des ressources disponibles. - Remplacer la budgétisation sur une base historique par une budgétisation basée sur

Augmentation des ressources	
	<p>les besoins prioritaires identifiés sur le terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rendre le guide de planification et de budgétisation exécutoire par un instrument juridique.
Attribut désirable RR4	Des mesures fiscales ont été mises en place pour inciter les individus et les entreprises à adopter un comportement plus sain
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	En Côte d'Ivoire, les droits d'accises sont appliqués sur les produits néfastes à la santé (exemple du tabac, des boissons alcoolisées et non alcoolisées) ou d'autres biens comme les véhicules à grosses cylindrées et le marbre. Mais seuls les droits d'accises appliqués sur le tabac sont affectés à la santé et ceci dans une faible proportion (2%).
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Réexaminer les arguments plaidant pour l'affectation de tout ou partie des taxes sur les produits néfastes à la santé afin d'assurer un minimum de financement au secteur. Cela permettrait par exemple d'apprécier l'impact des droits d'accises sur le niveau de consommation des produits néfastes à la santé, et permettrait d'identifier les taux optimaux de taxation. - Conduire une analyse sur les ressources mobilisables en cas d'augmentation des droits d'accise sur les produits néfastes à la santé. La liste des produits auxquels on pourrait appliquer des droits d'accises pourrait également s'élargir. Ceci procurerait le double avantage d'amener la population à réduire la consommation de ces produits tout en veillant à éviter un effet de Laffer.

Mise en commun des ressources	
Attribut désirable PRI	La structure et les mécanismes de mise en commun dans l'ensemble du système de santé renforcent le potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Il existe des régimes/dispositifs de financement de la santé qui permettent une mise en commun et une redistribution des fonds prépayés, notamment les crédits des unités publiques financées sur le budget de l'Etat, la CMU et la gratuité ciblée. Par exemple, la CMU comprend un régime contributif dit régime général de base (RGB) et un régime non contributif dit régime d'assistance médicale (RAM) qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies. De ce fait, la redistribution des fonds prépayés couvre également les non cotisants (les indigents).</p> <p>Cependant, il existe une certaine fragmentation au sein de ces pools. Par exemple, en ce qui concerne la CMU, les budgets du RGB et du RAM sont séparés ; quant à la gratuité ciblée, le budget est accordé au Ministère chargé de la santé sous quatre lignes budgétaires différentes et non fongibles, limitant ainsi les capacités de redistribution. Pour finir, notons que selon les comptes de la santé 2020, les ressources allouées aux assurances volontaires par le secteur privé (les entreprises privées et les ménages) représentaient 7,42% des dépenses courantes en santé dont 6,51% pour les ménages. Ces données relativement faibles et dans un contexte où le secteur informel est développé et où il est difficile de mettre en place des mécanismes d'assurance obligatoires, suggèrent qu'il faudrait également miser sur les financements de type beveridgien (c'est-à-dire par l'impôt).</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les mécanismes de contribution obligatoire (le RGB de la CMU) et réduire autant que possible le niveau de fragmentation entre et au sein ses différents régimes/dispositifs de financement de la santé en recherchant le maximum de complémentarités et de synergies entre eux. Par exemple, la CMU devrait prendre le relais de la gratuité ciblée. Cela augmenterait alors le pool de ressources disponibles pour financer les exemptions de paiement et minimiserait les doubles

Mise en commun des ressources	
	paiements pour une même prestation.
Attribut désirable PR2	Le système de santé et les fonctions de financement sont intégrés ou coordonnés sur l'ensemble des régimes et programmes
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Globalement, les différents dispositifs/régimes de financement de la santé fonctionnent en silo, même s'il existe des dispositions pour assurer une certaine mise en commun et une gestion coordonnée de différents flux de financement. Par exemple, le budget de l'Etat intègre la part du Trésor Public et celle de certains partenaires extérieurs, et l'on note dans ce budget de l'Etat l'existence de lignes budgétaires pour la plupart des programmes de santé. Concernant les financements extérieurs, des unités de coordination de projet (UCP) ont été mises en place pour la gestion de la majorité d'entre eux. On a ainsi l'UCP Fonds mondial (UCP-FM), l'UCP Financements extérieurs assurant actuellement la gestion du portefeuille Gavi (UCP-FE) et l'UCP Santé Banque mondiale (UCP Santé-BM). Ces UCP permettent de rassembler dans un lieu unique et de manière coordonnée toutes les fonctions nécessaires à la mise en œuvre des projets et programmes, qu'elles soient opérationnelles, financières, juridiques et logistiques. Il faut aussi noter que depuis 2020, le ministère chargé de la santé est engagé dans un processus de mise en place d'une Unité de coordination des financements extérieurs devant à terme assurer la coordination de toutes les interventions soutenues par les PTF.</p> <p>De nos jours néanmoins, certains partenaires extérieurs ont gardé leurs propres mécanismes de financement et les procédures de décaissement de certains d'entre eux restent complexes et lourdes. En outre, les UCP continuent de fonctionner en silo, ce qui créent toujours une certaine fragmentation dans le système.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Envisager la mise en place d'un pool commun virtuel entre les différents programmes verticaux et même entre l'ensemble des dispositifs/régimes de financement de la santé afin de réduire les duplications et les inefficiences. Cela suppose une sorte de centralisation des différentes interventions ou activités prioritaires dont le financement proviendrait de ces programmes verticaux, et aussi la création de systèmes d'information connectés et interopérables entre les différents systèmes de données spécifiques à chacun de ces programmes ou régimes/dispositifs. - Aussi, afin d'éviter les duplications et de minimiser la fragmentation, la Côte d'Ivoire doit appliquer la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement.

Achat et paiement des prestataires	
Attribut désirable PS1	L'allocation des ressources aux prestataires prend en compte les besoins de santé de la population, la performance des prestataires, ou une combinaison des deux
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Les paniers de soins que les établissements de santé offrent et qui sont subventionnés par le budget de l'Etat ont été définis sur la base des besoins prioritaires de la majorité de la population. De même, le panier de soins de la CMU a été défini sur la base des pathologies les plus récurrentes et qui ont plus d'impact sur la santé de la population. Par ailleurs, le MSHPCMU a entrepris depuis 2023 des démarches pour la mise en place du Système d'Information Comptable et financier (SICF) qui, à terme, permettrait de disposer d'informations sur les coûts de production des prestations, la performance et la rentabilité des établissements sanitaires de manière à améliorer la mise en œuvre de l'achat stratégique.</p> <p>Quant au FBP, le choix a été fait de prendre en compte tous (ou presque) les éléments du paquet d'activités que les établissements de santé offrent. Les services de santé qui sont exemptés de paiement, que ça soit à travers la gratuité ciblée ou les programmes verticaux,</p>

Achat et paiement des prestataires	
	<p>sont également celles répondant aux besoins prioritaires de la population, mais parfois négligés et peu financés.</p> <p>Cependant, si le FBP a fait un choix délibéré d'allouer les ressources aux prestataires en fonction de leurs performances (sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs), cela n'est pas forcément le cas pour les autres dispositifs de financement de la santé. Par exemple, le financement de la gratuité ciblée et dans une moindre mesure les crédits des unités publiques financés par le budget de l'Etat sont octroyés sur une base historique. Quant à la CMU, même si la loi prévoit la possibilité d'utiliser différentes méthodes de paiement des prestataires, seul le paiement à l'acte est actuellement utilisé. L'achat des prestations est néanmoins lié à la conformité des actes dispensés et de la convention qui lie les prestataires de soins avec l'IPS-CNAM.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Saisir l'opportunité du projet Achat Stratégique et Harmonisation des Financements et des Compétences en Santé (SPARK-Santé) qui a une composante dédiée au passage échelle de l'achat stratégique, qui comprend l'extension du FBP au niveau national et son institutionnalisation, l'appui à la CMU, l'appui aux réformes du financement de la santé et la réforme hospitalière, et la réforme de la gestion des finances publiques, pour amorcer la coordination et l'harmonisation entre tous les mécanismes de financement de la santé. - Opérationnaliser le Document d'harmonisation des réformes en santé et dynamiser la PNCFS. Le GTT 1 de cette plateforme, intitulé « Achat stratégique et CMU », serait un cadre d'échanges idéal pour proposer et guider la mise en œuvre d'actions favorisant les achats stratégiques en santé, en cohérence avec la SNFCSU éventuellement révisée.
Attribut désirable PS2	Les modalités relatives à l'achat sont adaptées pour soutenir les objectifs de prestation de services
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Le souci majeur ici est que les allocations budgétaires de l'Etat sont faites sur une base historique, sans analyse approfondie des performances des prestataires de soins ou encore de l'utilisation faite des fonds versés lors des exercices précédents.</p> <p>Avec le budget-programme, la formulation du budget est en théorie favorable à la souplesse dans l'utilisation des ressources. En effet, le Responsable de Budget Opérationnel de Programme (RBOP) et le Responsable de Programme (RPROG) ont le pouvoir d'effectuer des réallocations des ressources en cours d'exécution selon le niveau d'exécution budgétaire afin de minimiser les risques de sous-utilisations ou les risques de dépassements. Toutefois, cette disposition n'autorise pas l'allocation de crédit d'investissements aux autres natures de dépenses du budget (personnel, biens et services, transferts). Ce mécanisme est encore nouveau (il date de 2020) et l'on ne dispose pas d'assez de recul pour apprécier sa pertinence. Outre le mécanisme de réallocation, le système de gestion des finances publiques offre la possibilité de recourir à une procédure dérogatoire d'avances de trésorerie pour faire face à des besoins urgents en cours de gestion. Ces avances de trésorerie concernent aussi bien les ressources internes que les financements extérieurs.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer la mise en œuvre du budget-programme afin de pouvoir tirer profit des souplesses/flexibilités qu'il offre et abandonner les allocations budgétaires sur une base historique. - Suivre et évaluer la possibilité offerte aux RPROG et aux RBOP d'ajuster les allocations budgétaires en fonction des niveaux d'exécution budgétaire.
Attribut désirable PS3	Les modalités d'achat comprennent des mécanismes visant à assurer le contrôle budgétaire

Achat et paiement des prestataires

<p>Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire</p>	<p>Les allocations budgétaires de l'Etat faites sur une base historique, que ça soit dans le cadre des crédits octroyés aux unités publiques pour leur fonctionnement ou dans le cadre du financement de la gratuité ciblée, permettent d'avoir un certain contrôle sur le montant de ces allocations. Cependant, elles ne sont pas favorables aux pratiques d'achat stratégique. Pour la CMU et le FBP, il y a un moindre contrôle des possibles dépassements budgétaires du fait que les montants des paiements sont directement liés aux volumes de production des soins (paiement à l'acte pour la CMU et paiement de subsides en fonction des quantités de prestation pour le FBP). Cependant, le contrôle médical instauré par l'IPS-CNAM permet d'identifier les cas de sur-prescriptions, de réajuster le montant des prochains paiements en fonction des abus décelés, et de prendre des sanctions contre les prestataires fautifs. Il faut néanmoins noter que le remboursement des prestations par l'IPS-CNAM ne tient pas forcément compte de tous les autres flux de paiements, notamment toutes les prestations de la gratuité ciblée ou le FBP. Par conséquent, l'on peut assister à plusieurs paiements pour une même prestation, ce qui est source d'inefficience. Quant au FBP, le manuel de procédures prévoit différents types de sanctions en cas de faute intentionnelle ou de sur-déclaration des prestations. Ces sanctions vont de la rétention de 50% du total des subsides FBP d'un prochain paiement à un arrêt du contrat d'achat jusqu'à ce que des sanctions administratives soient prises. Les mécanismes de vérification et de contre vérification permettent d'identifier ces fraudes ou dérives possibles.</p>
<p>Actions prioritaires recommandées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entamer des réflexions pour l'introduction de méthodes de paiement qui permettraient d'avoir un meilleur contrôle budgétaire tout en assurant un achat stratégique des soins et services de santé. Il pourrait notamment s'agir de paiements forfaitaires, mais non plus octroyés en fonction des volumes de prestation comme cela se fait avec les FBP, mais sur des performances prédéfinies à atteindre. Le montant des forfaits peut être échelonné et corrélé à divers niveaux de performance. Cependant, cette alternative devrait être discutée dans le cadre global de l'initiative d'harmonisation des réformes en santé et dans les travaux du GTT « Achat stratégique et CMU » de la PNCFS. - Rechercher et renforcer les synergies potentielles entre dispositifs/régimes de financement de la santé. Par exemple, entre la CMU et le FBP : i) le système de contrôle biométrique mis en place par l'IPS-CNAM peut être mis à profit par les ACV dans le cadre de leurs activités de vérification ; ii) l'évaluation de la qualité des soins dans le FBP peut être complémentaire aux exigences de qualité requises par la CMU qui exploiterait alors ses résultats ; iii) des échanges de bonnes expériences dans le domaine de la contractualisation des établissements de santé sont possibles entre les deux régimes de financement.

Prestations et conditions d'accès

<p>Attribut désirable BRI</p>	<p>La population comprend clairement ses droits et obligations</p>
--------------------------------------	---

Prestations et conditions d'accès	
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>L'article 9 de la Loi 2016-886 du 08 novembre 2016 portant Constitution de la République de Côte d'Ivoire, telle que modifiée par la loi constitutionnelle n°2020-348 du 19 mars 2020, garantit aux populations le droit d'accès aux soins de santé. C'est dans cet esprit que la CMU a un caractère obligatoire et que des mesures d'exemption de paiement ont été mis en place par le gouvernement pour les groupes vulnérables. Par ailleurs, des activités de communication sont menées aussi bien par l'Etat que par les prestataires de soins pour informer la population de leurs droits et de leurs obligations. Cependant, ces activités de communication restent généralement passives et éparses, se limitant par exemple aux affichages des tarifs des prestations ou de notes d'information à l'intention des usagers des services de santé. Ces activités sont donc souvent inefficaces dans un contexte où une grande partie de la population est analphabète. Plus globalement, une grande majorité de la population ignore toujours ses droits et obligations ou n'a pas les moyens de faire valoir ses droits. C'est le cas par exemple de la gratuité ciblée qui n'est pas toujours effective sur le terrain, les ménages étant souvent obligés d'effectuer des paiements indus pour pouvoir bénéficier des soins. En outre, selon les données communiquées par la CMU au moment de la collecte des données pour la présente évaluation, la couverture de la population était de 12% malgré son caractère obligatoire, et le panier de soins proposé ne couvrait pas l'ensemble des besoins de la population.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les activités de communication et les rendre plus efficaces, en adaptant les supports de communication aux cibles. - Intensifier la sensibilisation des populations à l'utilisation des numéros verts existants pour dénoncer les cas d'abus. - Explorer la faisabilité de mettre en place des mécanismes comme l'Observatoire Communautaire pour l'Accès aux Services de Santé (OCASS) développé par l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) burkinabè Réseau Accès aux médicaments Essentiels (RAME) au Burkina Faso, au Niger et en Guinée. - Mettre en place des mécanismes de redevabilité efficaces afin que les dénonciations qui seraient faites par la population aient une suite. - Donner à la société civile, notamment la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI), une plus grande place dans le débat et la mise en œuvre de la CMU.
Attribut désirable BR2	Un ensemble de prestations de services de santé prioritaires dans un cadre unifié est mis en œuvre
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Il existe des paquets de prestations clairement définis pour l'ensemble de la population, en fonction du niveau de soins. En effet, il est défini au niveau des ESPC un paquet minimum d'activités (PMA) et au niveau des hôpitaux généraux (ou de référence) un paquet complémentaire d'activités (PCA) qui couvrent les besoins de la grande majorité de la population. Il s'agit de soins de santé primaires comportant des soins préventifs, promotionnels, curatifs et de réhabilitation. Ces PMA et PCA ont été élaborés en 1996 puis révisés en 2007, mais il n'existe pas de nos jours un mécanisme de révision de ces paquets. Des soins secondaires et tertiaires spécialisés sont également fournis, mais au niveau des CHR et des CHU respectivement. Il faut noter que l'organisation de la dispensation des soins suit un schéma dit de la « pyramide sanitaire », où les ESPC devraient constituer la porte d'entrée dans le système de santé et les patients éventuellement référés aux échelons supérieurs (hôpitaux généraux, CHR et CHU) si leur état de santé le nécessite. Cependant, ce schéma classique n'est pas toujours respecté par la population, surtout dans les grands centres urbains, entraînant souvent un engorgement des hôpitaux secondaires et tertiaires. Au niveau du public, l'on dénombre : 2490 ESPC, 102 HG, 20 CHR, 5 CHU (source : RASS 2021).</p>

Prestations et conditions d'accès	
	<p>Le secteur privé occupe également une place de choix dans l'offre de soins en Côte d'Ivoire, avec un total de 3187 établissements sanitaires cartographiés (source : rapport final sur la cartographie des établissements privés, DEPPS septembre 2023).</p> <p>Enfin, il n'est pas rare d'observer des initiatives parallèles de prestations de soins, ponctuelles sous forme de campagnes humanitaires par exemple ou parfois plus durables, promues ou financées par des ONG et autres partenaires extérieurs.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un mécanisme de révision régulière du PMA et du PCA en fonction de l'évolution des besoins de la population. - Rendre disponible et de bonne qualité le paquet de soins qui est prévu au niveau des ESPC et des hôpitaux de référence afin d'encourager le respect de la pyramide sanitaire par la population, ce qui favoriserait la rationalisation et l'efficacité dans la dispensation des soins.
Attribut désirable BR3	Avant leur adoption, les modifications apportées aux prestations de services sont soumises à des évaluations de leur coût-efficacité et de leur impact budgétaire
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Les paniers de soins offerts par la population sont très souvent des paniers historiques, définis depuis de nombreuses années et reconduits de façon tacite, même si les interventions retenues dans les paniers de soins sont généralement celles reconnues être à haut impact à l'échelle internationale. Les révisions du panier de soins surviennent le plus souvent à la suite de contingences particulières (par exemple l'apparition d'une nouvelle épidémie ou maladie) et/ou lorsque certains partenaires extérieurs poussent à l'adoption de certains services (par exemple l'introduction de certains vaccins dans le Programme Elargi de Vaccination ou PEV), sans une analyse explicite de leur coût-efficacité ou de leur impact budgétaire. En somme, l'exercice ou l'utilisation des évaluations médico-économiques et des évaluations des technologies en santé (« <i>Health Technology Assessment</i> » en anglais) reste très peu développé, voire inexistant dans le contexte ivoirien.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Définir les paniers de soins sur la base de leur coût-efficacité afin de contribuer à améliorer l'efficacité du système de soins. - Mettre en place, à court terme, des mécanismes production/mobilisation de données factuelles nationales et internationales ainsi que des mécanismes de transfert de connaissances au sein du MSHPCMU (voir GV3). - Promouvoir l'intégration des évaluations médico-économiques, des évaluations des technologies de santé et les analyses d'impact budgétaire dans les curricula de formation des agents de santé. - Créer, à moyen et long terme, des structures dédiés aux évaluations médico-économiques et des technologies en santé au sein du MSHPCMU.
Attribut désirable BR4	Les prestations convenues sont alignées sur les revenus disponibles, les services de santé et les mécanismes d'allocation des fonds aux prestataires
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Comme décrit précédemment, les allocations budgétaires de l'Etat sur une base historique permettent dans une certaine mesure d'avoir une stabilité dans les montants des allocations, même si cela n'est pas recommandé dans les bonnes pratiques d'achat stratégique. Mais le risque que les ressources disponibles ne couvrent pas les besoins est réel en ce qui concerne le PBF et la CMU. Pour ce faire, les tarifs d'achat des indicateurs dans le FBP tiennent compte non seulement des principaux problèmes de santé à résoudre, mais aussi de leur pouvoir incitatif sur le niveau de performance des prestataires et des moyens financiers disponibles. Le Secrétariat Technique de l'Achat Stratégique en Santé (STASS), ex-Cellule Technique Nationale Financement Basé sur la Performance</p>

Prestations et conditions d'accès	
	<p>(CTN-FBP) revisite tous les six mois les coûts unitaires des prestations pour voir s'ils restent dans les limites budgétaires et permettent d'atteindre les objectifs sus cités. Quant à la CMU, l'IPS-CNAM a prévu dans son plan stratégique des études actuarielles dont la première a déjà été réalisée et la deuxième en cours, afin de s'assurer de l'adéquation entre les ressources disponibles et le tarif d'achat des prestations.</p> <p>Le Gouvernement Ivoirien manifeste à l'égard des SSP un intérêt profond et cela se traduit par l'élaboration d'un dossier d'investissement qui accorde la primauté aux soins de santé primaires (SSP) dans les choix des politiques publiques de santé du pays. A ce propos, plusieurs engagements militent en faveur des SSP.</p> <p>L'analyse du financement des SSP dans le budget voté du MSHP pour les gestions de 2020 à 2022, indique que le financement en faveur des SSP représente en moyenne 61% du budget voté pour le ministère en charge de la santé. L'on note également cependant une baisse des SSP de 3,52% sur cette période qui s'explique par la baisse du financement extérieur. L'analyse par niveau de la pyramide sanitaire montre que le niveau tertiaire (niveau 3) est le plus financé (69,58%). Le niveau primaire (niveau 1) est financé à hauteur de 16,21%.</p> <p>Notons que le taux d'utilisation des ESPC se situe à 38,87%, celui des ESPC et des hôpitaux de référence à 46,75% et celui des hôpitaux de référence et des CHU et établissements de soins spécialisés à 7,28%.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser, en plus des analyses cout-efficacité souhaitées comme critères de choix des paniers de soins, des études d'analyse d'impact budgétaire des différents programmes (anciens comme nouveaux) de santé afin de juger de leur soutenabilité et d'anticiper la nécessité de conduire d'éventuels plaidoyers visant à obtenir des financements additionnels. - Consacrer plus de ressources et assurer leur utilisation effective au niveau des soins de santé primaires, en particulier aux activités de prévention et de promotion de la santé, au vu du coût élevé des soins secondaires et surtout tertiaires.
Attribut désirable BR5	La conception des prestations définit des limites claires sur les frais à charge des usagers et protège l'accès pour les groupes vulnérables
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Les différents régimes/dispositifs de financement de la santé sont généralement très explicites sur ce qui reste à la charge des usagers et ce qui ne l'est pas. Si les paiements directs restent la pratique courante, des mesures d'exemption ont été mises en place en faveur des groupes vulnérables. Dans la CMU par exemple, le RGB couvre les personnes ordinaires qui doivent payer des cotisations et s'acquitter d'un ticket modérateur, tandis que le RAM couvre les personnes économiquement faibles ou démunies – l'Etat paie à la fois leur cotisation et leur ticket modérateur si bien qu'aucun copaiement n'est exigé d'eux. Dans le cadre de la gratuité ciblée et des autres mesures d'exemption de paiement, il n'y a pas de copaiement pour les prestations couvertes, mais les paiements directs restent pour les prestations non couvertes. Cependant, des allégations faites par des informateurs clés révèlent l'existence de frais inappropriés encore observés, parfois en raison de pratiques non transparentes, parfois en raison de problèmes d'approvisionnement en médicaments censés être gratuits. Cela peut contraindre les patients à faire des dépenses hors des établissements de santé pour obtenir ces médicaments. Cette situation peut même amener à des renoncements aux soins si les montants à payer sont élevés. Quant au FBP, il n'y a pas de mesures spécifiques visant à faciliter l'accès financier aux soins, en dehors des éventuelles initiatives que prendraient les responsables des établissements de santé dans ce sens pour inciter les populations à fréquenter les services de santé.</p>

Prestations et conditions d'accès	
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Mener des actions envers la population visant à leur faire prendre davantage conscience de leurs droits et obligations, afin de pouvoir minimiser les situations de paiements indus - Appliquer effectivement les sanctions prévues par les textes à l'encontre des prestataires de soins indécents. - Mettre en place des mécanismes de redevabilité et de veille comme l'OCASS (voir BR 1).

Gestion des finances publiques	
Attribut désirable PFI	La formulation et la structure du budget de la santé favorisent la souplesse des dépenses et sont alignées sur les priorités sectorielles
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Comme déjà mentionné en PS 2, la formulation du budget selon le modèle du budget-programme est en théorie favorable à la souplesse dans l'utilisation des ressources.</p> <p>Cependant, selon le rapport « Ecart du budget par catégorie des dépenses prévues par le PNDS contre budget réalisé MSHP / outil One Health_Budgétisation PNDS RCI 2016-2020 », il y a un non-alignement des crédits alloués aux priorités de santé. En effet, bien que disposant d'un DPPD, l'allocation des crédits aux structures en année N est assise sur le principe de la reconduction tacite des enveloppes reçues en période N-1. Selon l'étude « Gestion des finances publiques dans le secteur de la santé : quels leviers pour améliorer la performance ? 20 », sur la période 2012-2016, le MSHPCMU qui a en charge le suivi et la conduite politique du gouvernement en matière de santé bénéficiait de ressources dont en réalité son pouvoir de décision ne s'exerçait que sur 29,7% de ces ressources.</p>
Actions prioritaires recommandées	<ul style="list-style-type: none"> - Accélérer la mise en œuvre du budget-programme et déployer l'ensemble de ses outils de gestion (contrat de performance, plan de travail annuel, tableau de bord, rapport annuel de performance) car il offre, avec le DPPD, une grande opportunité d'apporter de la souplesse aux dépenses de santé et de les aligner sur les priorités sectorielles, contrairement au budget-objet. - Mettre en place un dispositif de suivi-évaluation solide qui permettrait d'identifier et de trouver des solutions aux éventuels goulots d'étranglement qui apparaîtraient dans la mise en œuvre du budget-programme.
Attribut désirable PF2	Les prestataires peuvent recevoir directement des revenus, les gérer de manière flexible et rendre des comptes sur les dépenses et les services produits
Principaux points forts et points faibles de la Côte d'Ivoire	<p>Des réformes et des politiques sont actuellement mises en œuvre pour accorder plus d'autonomie aux établissements de santé et leur permettre de recevoir directement des fonds qu'ils utiliseront et dont ils rendront compte. Nous pouvons notamment citer la réforme hospitalière et le FBP qui est mis à échelle depuis 2022. Ainsi, l'Etablissement Public Hospitalier (EPH) est une personne morale de droit public doté de l'autonomie administrative et financière, d'un patrimoine propre ainsi que de moyens de gestion propres et soumis aux contrôles prévues par la loi. Les ressources de l'EPH comprennent : les subventions et les concours de l'Etat et toutes autres personnes publiques et privées, les dons et legs et contributions diverses, les recettes provenant de l'exercice de ses activités, et toute autre recette autorisée par les lois et règlements. Les charges des EPH comprennent les dépenses suivantes : personnels, biens et services, transferts et investissements. L'EPH bénéficie d'un régime financier et comptable spécifique en raison du caractère urgent de ses activités. Les opérations financières et comptables sont effectuées par l'ordonnateur, l'agent comptable et le contrôleur</p>

Gestion des finances publiques	
	<p>budgétaire. Quant au FBP, il accorde l'autonomie financière aux prestataires mais cette autonomie est encadrée par une procédure de gestion financière avec l'intervention des régisseurs d'avances et des régulateurs, notamment les Directeurs régionaux et départementaux de la Santé. La loi portant réforme hospitalière a été votée en 2019. Cependant, les textes d'application et les mesures de traduction de la réforme tardent à être complètement déployés.</p>
<p>Actions prioritaires recommandées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre et accélérer les réformes déjà entamées pour renforcer l'autonomie des établissements de santé. Mais cette autonomie devrait être accompagnée d'un renforcement des capacités de gestion administrative et financière de ces établissements, et aussi d'un renforcement des mécanismes de redevabilité. - Encourager les responsables des établissements de santé à développer un leadership fort pour être à même de proposer des innovations dans leurs activités quotidiennes et dans leurs planifications stratégiques, afin de pouvoir tirer profit de l'autonomie qui leur serait octroyée. Cette autonomie devrait faire l'objet d'évaluations rigoureuses pour être au besoin ajustée au fil de temps.

Evaluation de l'étape I

Description des régimes/dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire

Cinq grandes catégories de dispositifs de financement de la santé ont été identifiés sur la base des entretiens avec les informateurs clés ayant une bonne connaissance du système de financement de la santé ivoirien :

- Le budget de l'Etat consacré à la santé (crédits des structures sanitaires financées sur le budget de l'Etat)
- La gratuité ciblée
- La couverture maladie universelle (CMU)
- Le financement basé sur la performance (FBP)
- Les programmes verticaux

Ces cinq régimes ou dispositifs de financement de la santé ont des caractéristiques propres dont un aperçu est fourni dans le tableau I. Ils ciblent tous une grande partie, voire l'ensemble de la population vivant en Côte d'Ivoire, même si leurs taux de couverture effective sont variables d'un régime à l'autre. Pour faciliter leur large taux de couverture, ces régimes ont été conçus dans le sens qu'il y ait peu ou pas de barrières ou de conditions à remplir pour bénéficier des prestations – la couverture est généralement automatique, voire obligatoire, et sans copaiement sauf pour le RGB de la CMU. Nous décrivons plus en détails les particularités de ces régimes dans les paragraphes suivants.

Le budget de l'Etat consacré à la santé (crédits des structures sanitaires financées sur le budget de l'Etat)

Les ressources financières de l'Etat proviennent de ressources domestiques et extérieures sous forme d'appui budgétaire. Elles sont octroyées aux établissements sanitaires publics ou ceux privés ayant une convention avec l'Etat pour assurer leur fonctionnement ou des prestations de services. La part des dépenses intérieures publiques de santé dans les dépenses budgétaires totales de l'Etat est relativement faible en Côte d'Ivoire, comparativement aux autres pays de la sous-région. En effet, elle se situe généralement entre 4% et 5,5% depuis une dizaine d'années (voir annexe I et figures 12). Cependant, depuis 2019, l'Etat s'est engagé à une hausse minimale de 15% par an jusqu'en 2030 du budget consacré à la santé, même si cet engagement peine à être respecté chaque année. Cette augmentation passe, entre autres, par de meilleures recettes fiscales alors que celles-ci oscillent entre 12% et 13% ces dernières années, bien en-deçà de l'objectif de convergence fiscale de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA) qui est de 20 % du produit intérieur brut (PIB).⁸

La part du budget de l'Etat alloué au MSHPCMU se fait à travers trois programmes budgétaires, subdivisés en 13 actions. Le Programme 1 comprend quatre actions : i) coordination et animation du ministère ; ii) gestion des ressources du ministère ; iii) planification, programmation et suivi-évaluation ; iv) gestion des systèmes d'information et de communication. Le Programme 2

comprend cinq actions : i) réhabilitation, extension et équipement des infrastructures sanitaires ; ii) construction et équipement des infrastructures sanitaires ; iii) amélioration de la disponibilité des médicaments, vaccins et intrants stratégiques ; iv) prise en charge des affections dans les établissements sanitaires ; v) formation et renforcement des capacités des agents de santé. Le Programme 3 comprend également quatre actions : i) renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ; ii) renforcement de la lutte contre les autres maladies transmissibles, non transmissibles et les maladies tropicales négligées ; iii) amélioration de la prévention, de l'hygiène publique et promotion des bonnes pratiques nutritionnelles ; iv) amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et des jeunes.

Le pilotage de ces programmes est assuré par le Ministre qui en est ordonnateur principal. Les personnes chargées de l'exécution sont les responsables des programmes budgétaires, accompagnés des responsables de budgets opérationnels.⁹ La plupart des textes régissant le budget-programme existent, même si la mise en route des outils de gestion n'est pas encore effective, notamment les tableaux de bord, les plans de travail et les rapports de performance.

La couverture maladie universelle (CMU)^{10,11}

Ce régime a été créé par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014 et comporte deux régimes : i) un régime général de base (RGB) contributif, visant la majorité de la population résidant en Côte d'Ivoire, financé par les cotisations des assurés en raison de 1 000 FCFA (environ 1,6 USD) par personne et par mois ; ii) un régime d'assistance médicale (RAM) non contributif, où l'Etat se substitue aux personnes identifiées comme économiquement faibles ou démunies, pour le paiement intégral de leurs cotisations et du ticket modérateur. Ces deux régimes sont gérés par l'IPS-CNAM, créée par le décret n°2014-395 du 25 juin 2014. Dans le RGB, le ticket modérateur est supporté par l'assuré à hauteur de 30% des prestations couvertes, les 70% étant à la charge de l'IPS-CNAM. Les autres sources de financement de l'IPS-CNAM, essentiellement sous forme d'assistance technique, sont la Banque mondiale (BM) dans le cadre du projet SPARK Santé, et l'Organisation Internationale du Travail (OIT)/Bureau International du Travail (BIT) dans le cadre du projet d'amélioration de la mise en œuvre de la CMU dans les communautés de Cacao dans les sous-préfectures de Soubré et M'Batto.

La CMU a fait l'objet d'une phase pilote qui s'est déroulée du 25 avril 2017 au 31 décembre 2018 et a concerné environ 120 000 étudiants des grandes écoles et universités publiques et privées des villes d'Abidjan, Grand-Bassam, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké et Korhogo.¹¹ Elle vise à terme à couvrir l'ensemble de la population résidant sur le territoire ivoirien, même si actuellement le taux de couverture n'est que de 12%.

Les prestations couvertes par la CMU (actes médicaux, actes paramédicaux, soins dentaires, biologie, imagerie, médicaments et consommables médicaux) sont clairement définies par des textes réglementaires, notamment des décrets et arrêtés. Pour bénéficier de ces prestations, il faut être enrôlé, détenir sa carte, être à jour de sa cotisation. Cependant, les bénéficiaires du RAM, après avoir été enrôlés, ont directement accès aux soins dès réception de leur carte

d'assurance CMU. Les prestations couvertes par la CMU comprennent tous les niveaux de soins (primaires, secondaires et tertiaires). Mais les textes prévoient que les personnes assurées ont l'obligation de respecter un parcours de soins spécifique. En effet, les soins prodigués doivent débiter dans un centre médical dit référent, que chaque assuré doit choisir et garder pendant au moins six mois au moment où il effectue sa demande d'immatriculation ou au plus tard dans les deux mois qui suivent cette demande. Ce centre médical référent est choisi parmi les établissements sanitaires publics de premier contact (ESPC) ou les établissements sanitaires privés conventionnés.

L'IPS-CNAM est une structure de droit privé de type particulier dotée d'une autonomie de gestion financière, ce qui limite l'intervention des ministères de tutelle : le Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale (MEPS) pour la tutelle administrative et technique ; le Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) pour la tutelle financière. L'IPS-CNAM dispose d'un Conseil d'Administration (CA) qui détermine, entre autres, sa politique générale et ses prévisions budgétaires ainsi que celles de la CMU, vérifie que son budget en cours s'exécute en équilibre, élabore le compte d'exploitation prévisionnel triennal qui fait objet de révision périodique, arrête le bilan et les documents comptables de fin d'exercice et les approuve dans les délais et selon les procédures en vigueur, autorise la signature du contrat triennal entre l'Etat et l'IPS-CNAM fixé par la loi qui détermine les conditions et modalités de l'équilibre entre les ressources et les emplois de l'IPS-CNAM ainsi que les règles de son contrôle. Le CA de l'IPS-CNAM est composé de douze structures représentant le secteur public, le secteur privé et le secteur associatif.

La collecte des cotisations du secteur formel est effectuée par des Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) au profit de l'IPS-CNAM. Mais la gestion des ressources de la CMU est effectuée au niveau central par l'IPS-CNAM. Il existe cependant une segmentation des comptes par régime (RGB et RAM) afin de pouvoir assurer un meilleur suivi de ces comptes. Les textes réglementaires prévoient la possibilité pour l'IPS-CNAM d'utiliser plusieurs méthodes de paiement des prestataires de soins, pour autant qu'elles garantissent la performance, l'efficacité, la pérennité et la viabilité de la CMU. Il s'agit notamment du paiement à l'acte sur la base de la liste des prestations garanties, du paiement forfaitaire par pathologie, ou du paiement par capitation. Mais pour l'heure, les paiements se font uniquement à l'acte qui est une modalité de financement inflationniste. Chaque fin de mois, les prestataires transmettent à l'IPS-CNAM les feuilles de soins des prestations fournies aux assurés et l'IPS-CNAM les paie selon un délai défini par convention.

La gratuité ciblée^{11,12}

Ce régime de financement a commencé en avril 2011, au lendemain de la crise post-électorale que la Côte d'Ivoire a connue en 2010, par une gratuité généralisée pour tous les usagers des établissements sanitaires publics et des établissements sanitaires privés ayant une convention avec l'Etat. Mais dès mars 2012, cette gratuité généralisée a été abandonnée pour donner naissance à la gratuité ciblée, les nouvelles cibles étant désormais les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans. En juin 2019, cette gratuité ciblée a été révisée pour mieux spécifier la cible (5 ans révolus) et le panier de soins couvert. Par exemple, il est explicitement précisé dans le décret révisé que

la gratuité couvre les échographies des deux derniers trimestres de grossesse ; ainsi toute échographie réalisée au premier trimestre de grossesse quel qu'en soit le motif est à la charge des ménages.

La gratuité ciblée est entièrement financée par le budget de l'Etat, qui est octroyé par le MEF sous quatre lignes différentes et rigides, libellées comme suit : i) renforcement de la mise en œuvre gratuité accouchement (par voie basse) ; ii) renforcement de la mise en œuvre gratuité césarienne ; iii) renforcement de la mise en œuvre gratuité lutte contre le paludisme ; iv) renforcement de la mise en œuvre gratuité fonds d'action sanitaire. Ainsi, la ligne « gratuité césarienne » ne peut être octroyée qu'aux hôpitaux disposant du plateau technique pour réaliser les césariennes. Il faut noter qu'il existe d'autres mécanismes de gratuité à côté de la gratuité ciblée, mis en œuvre notamment dans le cadre de programmes verticaux financés majoritairement par les partenaires extérieurs, ou bien dans le cadre du RAM de la CMU financé exclusivement par l'Etat. Cependant, le décret instituant la gratuité ciblée dit explicitement que ces mécanismes de gratuité ont une préséance sur la gratuité ciblée. En d'autres termes, toutes les prestations couvertes par les programmes verticaux sont exclues du champ de la gratuité ciblée, ce qui permet normalement d'éviter des doublons de financement avec la gratuité ciblée.

Mais dans la réalité la gratuité ciblée n'est pas toujours effective sur le terrain pour de multiples raisons. Nous allons nous focaliser sur une de ces raisons, à savoir les difficultés ou insuffisances dans les critères d'allocation des ressources financières aux prestataires de soins. En effet, les dotations budgétaires aux établissements de santé arrivent généralement en retard et ne couvrent pas l'ensemble des besoins – elles ne sont pas faites sur des bases factuelles, notamment les coûts de production des soins. En fait, la pratique budgétaire constatée est que les lignes de la gratuité ciblée sont exécutées au dernier trimestre de l'année, les établissements sanitaires étant censés supporter la gratuité durant les trimestres précédents à partir de leurs ressources ordinaires. Cette situation fait que d'une part la gratuité a du mal à être effective, et d'autre part que les établissements sanitaires perçoivent les fonds de la gratuité qu'ils reçoivent comme un complément budgétaire (une subvention). En outre, les fonds de la gratuité ciblée sont octroyés de façon forfaitaire sur la base des montants disponibles dans chacune des quatre lignes budgétaires ainsi que sur les données d'activités de l'année précédente déclarées par les établissements de santé. Dit autrement, aucune vérification préalable n'est effectuée avant le paiement des établissements sanitaires et les fonds versés ne sont pas audités ultérieurement quant à leur utilisation.

En termes de gouvernance, il est prévu dans les textes réglementaires la mise en place d'une Commission nationale de coordination de la mise en œuvre de la gratuité ciblée (CNGTC), placée sous l'autorité du Ministre chargé de la Santé. Cette CNGTC devrait, entre autres, proposer des orientations stratégiques quant à la mise en œuvre de la gratuité ciblée, participer à la mobilisation des ressources, assurer le suivi-évaluation de la mise en œuvre, proposer des textes juridiques en rapport avec l'amélioration de la mise en œuvre, fixer les cibles annuelles des personnes devant bénéficier de la gratuité ainsi que les règles d'attribution des crédits aux établissements de santé. Cette CNGTC devrait également estimer et valider les besoins en médicaments et produits de

santé de la gratuité ciblée. En outre, elle devrait comprendre trois cellules techniques chargées respectivement de : i) la vérification et l'approbation des prestations ; ii) la gestion financière ; iii) le contrôle-audit. Sous la CNGTC, il est également prévu des comités régionaux de vérification et de pré-validation. Enfin, les textes réglementaires prévoyaient l'élaboration d'un manuel de procédures administratives, techniques et financières de la gratuité ciblée.

Cependant, **aucun élément de ces dispositifs de pilotage n'a été mis en place**, du fait surtout de l'instabilité institutionnelle (turnover élevé des responsables du MSHPCMU). Par ailleurs, il n'y a pas jusqu'à présent un responsable technique désigné pour la gestion et le pilotage programmatique de la gratuité ciblée. Seuls les aspects financiers sont gérés de nos jours, par la DAF du MSHPCMU.

Le financement basé sur la performance (FBP)^{11,13-15}

Ce régime de financement de la santé vise l'augmentation de la fréquentation des services de santé et l'amélioration de leur qualité. Le FBP a fait l'objet de trois projets pilotes, dont le premier a été conduit entre 2006 et 2009 par l'Organisation non gouvernementale (ONG) internationale *Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation* (EGPAF), le second entre 2009 et 2011 par le bureau d'études et de conseils américain Abt Associates, et le troisième entre 2016 et 2019 à la suite d'une décision du gouvernement de Côte d'Ivoire en Conseil de Ministres. Ce dernier projet pilote a été financé à hauteur de 15% par l'Etat, de 76% par la BM et de 9% par le Fonds mondial (FM).

En 2019, le gouvernement de Côte d'Ivoire a décidé de passer le FBP à l'échelle nationale, mais actuellement seuls les ESPC publics (au nombre d'environ 2 400), les hôpitaux de niveau secondaire (au nombre d'environ 120) et les structures d'encadrement au niveau périphérique (113 au niveau district sanitaire et 33 au niveau région sanitaire) sont sous contrat de performance. Les structures de niveau tertiaire ainsi que les structures de soins privées ne sont pas concernées pour le moment. Ce passage à l'échelle est, jusqu'à nos jours, financé uniquement par la BM à travers l'UCP Santé – BM, même s'il est prévu que le gouvernement ivoirien y contribue également. Cette contribution éventuelle du gouvernement ivoirien serait gérée par l'UCP Santé – BM dont le point d'ancrage institutionnel se situe au niveau du Cabinet du Ministre de la Santé, dans l'optique d'éviter la fragmentation et d'avoir un pool unique de financement du FBP.

Pour la coordination des activités du FBP sur le terrain, le MSHPCMU a mis en place une CTN-FBP, dont le point d'ancrage institutionnel se situe au niveau de la Direction Générale de la Santé (DGS). Les vérifications des prestations sont effectuées par des ACV nationales, tandis que la contre-vérification est assurée par une agence de vérification externe indépendante (AVEI) internationale. Ces vérifications et contre-vérifications concernent aussi bien la quantité (24 indicateurs au niveau des ESPC et 27 indicateurs au niveau des hôpitaux de niveau secondaire) que la qualité (190 indicateurs composites pour les ESPC et 380 indicateurs composites pour les

hôpitaux de niveau secondaire) des prestations fournies. Ces indicateurs touchent tous les services du paquet minimum d'activités et du paquet complémentaire d'activités.

Le paiement des subsides aux structures sanitaires ne se fait qu'une fois que les vérifications quantitatives et de la qualité ont été validés par la CTN-FBP et l'UCP Santé – BM. Les prestations quantitatives sont soumises à des critères de validation avant leur achat (par exemple le partogramme doit être réalisé pour tout accouchement). En outre, un écart de plus de 10% constaté entre les données déclarées et les données vérifiées pour un indicateur entraîne l'annulation par l'ACV de la prestation concernée. Les scores obtenus lors des évaluations de la qualité donnent droit à des bonus.

Le FBP rencontre néanmoins des difficultés dans sa mise en œuvre.¹⁴ Il s'agit, entre autres, des retards de paiement des établissements de santé, de l'importance du turn-over des acteurs aussi bien au niveau central qu'au niveau périphérique, du faible niveau d'encadrement et de coaching des prestataires de soins par les structures publiques d'encadrement au niveau régional et périphérique, des règles de gestion des finances publiques qui nécessitent des capacités ou compétences spécifiques (mais pas toujours existantes) et qui limitent l'autonomie des établissements de santé.

Les programmes verticaux⁷

La Côte d'Ivoire compte plus d'une vingtaine de programmes verticaux. Ceux-ci visent à lutter contre les maladies infectieuses y compris les maladies tropicales négligées mais aussi les maladies non transmissibles ainsi que leurs facteurs de risque. Ces programmes visent également à améliorer la santé de groupes spécifiques comme le couple mère-enfant, les élèves ou les étudiants. Pour cette étude nous avons pu collecter les données de huit programmes, eu égard aux contraintes de temps et de disponibilité des acteurs clés à nous fournir des informations sur ces programmes. Il s'agit du : i) Programme Elargi de vaccination (PEV), ii) Programme National de Santé Mère-Enfant (PNSME), iii) Programme National de Nutrition (PNN), iv) Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), v) Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), vi) Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), vii) Programme National d'Élimination de la Lèpre (PNEL) et viii) Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive (PNLMTNCP). Le tableau II donne un aperçu des principales caractéristiques de ces programmes et plus globalement donne une idée de leurs points communs et de leurs différences.

Tableau 1. Aperçu des principales caractéristiques des régimes/dispositifs de financement de la santé en Côte d'Ivoire

Caractéristiques du dispositif ou RFS	Budget de l'Etat consacré à la santé	Gratuité ciblée	Couverture maladie universelle (CMU)	Financement basé sur la performance (FBP)	Programmes verticaux
Année de première introduction	Non applicable	Avril 2011 (gratuité ciblée généralisée) ; juin 2019 (gratuité recentrée)	Juin 2014	Juillet 2016	Variable, en fonction du programme
A) Cible du dispositif ou RFS	Universelle (tous les habitants)	Femmes enceintes, enfants de 0 à 5 ans révolus	Universelle (tous les habitants)	Universelle (tous les habitants)	Population répondant à des critères spécifiques en lien avec l'âge, le sexe ou le statut par rapport à certaines maladies
B) Population cible	29 389 150 (RGPH 2021) ¹⁶	ND	29 389 150 (RGPH 2021) ¹⁶	29 389 150 (RGPH 2021) ¹⁶	Variable, en fonction du programme
C) Population couverte	49,5% (en 2019) ¹⁷	ND	12%	49,5% (en 2019) ¹⁷	Variable, en fonction du programme
D) Conditions à remplir pour bénéficier des prestations / être couvert	Automatique	Automatique	Obligatoire. Automatique pour les ayants-droits	Automatique	Automatique, obligatoire pour certains programmes
E) Droits aux prestations / panier de soins	Liste positive. Tous les biens et services inscrits dans les 13 actions du budget-programme	Liste positive ; prestations couvertes définies par décret	Liste positive ; prestations couvertes définies par décret	Liste positive ; prestations couvertes définies dans un manuel de procédures	Liste positive ; prestations couvertes définies dans les documents de politique de chaque programme
F) Co-paiements (frais à la charge des usager)	Montants payés en tant que frais d'utilisation aux points de prestation de services + paiements informels aléatoires	Non, pour les actes explicitement couverts dans la liste positive	Variable. RGB = 30% ; RAM = 0% Paiements pour tous les services et produits inclus dans le panier de soins CMU mais non disponibles au niveau des établissements CMU	Montants payés en tant que frais d'utilisation aux points de prestation de services	Non, pour les actes explicitement couverts dans la liste positive

Caractéristiques du dispositif ou RFS	Budget de l'Etat consacré à la santé	Gratuité ciblée	Couverture maladie universelle (CMU)	Financement basé sur la performance (FBP)	Programmes verticaux
G) Autres conditions d'accès	Pas autres conditions particulières	Pas autres conditions particulières	Obligation de respecter la pyramide sanitaire ; utilisation des médicaments éligibles dont une liste exhaustive existe ; être affilié, avoir la carte CMU et être à jour de ses cotisations	Pas autres conditions particulières	Pas autres conditions particulières
H) Sources de revenu	Budget de l'Etat (y compris l'appui budgétaire par financement extérieur)	Budget de l'Etat	Cotisations des assujettis ; subventions de l'Etat ; partenaires techniques et financiers	BM (de 2016 à nos jours) ; budget de l'Etat (2016-2019) ; FM (2017-2019)	Variable ; financement extérieur le plus souvent, avec parfois contribution du budget de l'Etat pour les frais de fonctionnement
I) Mise en commun des ressources ou "Pooling"	Pool national unique, mais organisé par programme-budgétaire	Pool national unique ; mais quatre lignes de gratuité séparées sont inscrites dans le budget du MSHPCMU	Pool national unique, mais avec segmentation des comptes selon le régime (RGB et RAM)	Pool national unique, au niveau de l'UCP Santé – BM	Pools multiples ; pas de mise en commun entre les programmes
J) Mécanismes de gouvernance	Pilotage par le Ministre de la Santé dans le cadre du budget-programme	Gestion par la DAF du MSHPCMU pour les aspects financiers. Pas de responsable technique désigné pour la gestion et le pilotage programmatique	Conseil d'Administration et Direction générale de l'IPS-CNAM	Séparation des fonctions : Coordination et mise en œuvre assurées par une CTN-FBP au sein du MSHPCMU, vérifications et contre-vérifications réalisées par des ACV et une AVEI, paiement des subsides par l'UCP Santé – BM	Variable ; mais généralement la gestion est assurée pour chaque programme par une unité de coordination du programme rattachée à une direction du MSHPCMU
K) Paiement des prestataires de soins et services de santé	Crédits envoyés par action et activités, dans le cadre du budget-programme	Crédits octroyés par lignes budgétaires	Paiement et remboursement à l'acte	Paiement à la performance	Les prestataires ne reçoivent le plus souvent pas d'argent, mais des intrants (produits de base, personnel, formation, équipement, matériel de laboratoire, etc.)
L) Prestations de service & contractualisation	Etablissements de santé publics et établissements de santé privés ayant une convention avec l'Etat	Etablissements de santé publics et établissements de santé privés ayant une convention avec l'Etat	Etablissements de santé publics et établissements de santé privés disposant de personnels publics agréés CMU	ESPC et hôpitaux du niveau secondaire	Etablissements de santé publics et établissements de santé privés ayant une convention avec l'Etat

Tableau 2. Aperçu des principales caractéristiques de quelques programmes verticaux en Côte d'Ivoire

Caractéristiques du programme	PEV	PNSME ¹⁸⁻²¹	PNN	PNLP	PNLS	PNLT	PNEL	PNLMTNCP
Année de première introduction	En 1978 à titre pilote à Abengourou et couverture de tout le pays à partir de 1986.	Avant 2000	2001	Avant 2000	Août 2015	Août 2001	2022	2016
A) Cible du dispositif ou RFS	Femme enceinte ; enfants 0-11 mois ; fillettes de 9 ans pour le vaccin contre HPV.	Femmes enceintes, parturientes, femmes en post-partum immédiat et tardif, mères des enfants de moins de cinq ans, nouveau-nés et enfants de moins de cinq ans, jeunes et adolescents	Universelle (tous les habitants, avec un accent sur des groupes spécifiques)	Universelle (tous les habitants)	Universelle (tous les habitants), mais spécifiquement les personnes atteintes du VIH/SIDA	Universelle (tous les habitants), mais spécifiquement les personnes atteintes de tuberculose	Universelle (tous les habitants), mais spécifiquement les personnes atteintes de lèpre	Universelle (tous les habitants)
B) Population cible	Pour chaque antigène, la cible en termes de couverture est fixée à 95%	Pour l'année 2021 : 0-11 mois = 1 776 763 ; 0-4 ans = 4 402 102 ; moins de 15 ans = 11 323 :253 ; femmes en âge de procréer = 6 535 994 ; grossesses attendues = 943 526 ; naissances attendues = 898 596	Population générale = 29 389 150 ; femmes en âge de procréer = 5 511 480 ; grossesses attendues = 1 099 463 ; naissances attendues = 898 596 ; 6-59 mois = 7 153 688 ; 12-59 mois = 2 431 642	29 389 150 (RGPH 2021)	Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est estimé en 2022 à 379 245	Cible en 2020 = 36 000 cas avec une incidence de 135 cas pour 100000 habitants (selon l'OMS)	29 389 150 (RGPH, 2021) ; 567 nouveaux cas de lèpre dont 81 % sont des formes très contagieuses dépistés en 2019 ²²	29 389 150 (RGPH, 2021)

Caractéristiques du programme	PEV	PNSME ¹⁸⁻²¹	PNN	PNLP	PNLS	PNLT	PNEL	PNLMTNCP
C) Population couverte	En moyenne 83%, avec des extrêmes de 21% pour le RR2 et 96% pour le VPI	Taux d'accouchements assistés = 84% ; besoins non satisfaits en PF = 22,3%	85% des enfants de 6 à 59 mois supplémentés en vitamine A ; 71% des enfants de 12 à 59 mois déparasités ; 88 831 enfants malnutris dépistés ; 1 880 542 femmes enceintes et allaitantes ayant bénéficié de counseling sur l'ANJE ; 95% de femmes enceintes mis sous fer folate ; 34 236 enfants MAS sans complication pris en charge ; 5 844 enfants MAS avec complication pris en charge	49,5% pour les soins curatifs (en 2019) ; 80% des enfants vus en PEV, 80% des femmes enceintes venues en CPN, et 80% des enfants vus en consultation et soins curatifs reçoivent une MILDA ; 65% des femmes enceintes vues en CPN reçoivent au moins 3 doses de SP	Le nombre de personnes sous traitement ARV était de 290 970 en 2022, ce qui fait donc un taux de couverture de 77%	100% des cas notifiés, mais 55% de couverture par rapport aux estimations de l'OMS	77,87% de personnes couvertes par le dispositif ; 557 cas de lèpre sous traitement en 2019 ²³	Filariose lymphatique & onchocercose : 5 ans et plus = 80% ; Schistosomiase & géo helminthiases : 5 ans à 14 ans = 25,44% ; trachome : toute la population = 100%
D) Conditions à remplir pour bénéficier des prestations / être couvert	Automatique, quand on fait partie de la cible	Automatique, quand on fait partie de la cible	Automatique	Automatique	Automatique, une fois le diagnostic fait	Automatique, une fois le diagnostic fait	Automatique et obligatoire	Automatique, dès qu'on réside en zone d'endémie
E) Droits aux prestations / panier de soins	Liste positive. Tous les vaccins inscrits dans le PEV.	Liste positive (services de PF ; de surveillance prénatale, périnatale et postnatale ; de PCIME)	Liste positive (conseils et suivi nutritionnels ; supplémentation en fer + acide folique, en vit A et déparasitage ; suivi promotion de la croissance ; dépistage et PECMA)	Liste positive (services préventifs et curatifs)	Liste positive (dépistage, bilan initial de suivi, traitement)	Liste positive (services de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi)	Liste positive (services de diagnostic, de traitement et de suivi)	Liste positive (services de prévention, de diagnostic, de traitement et de suivi)

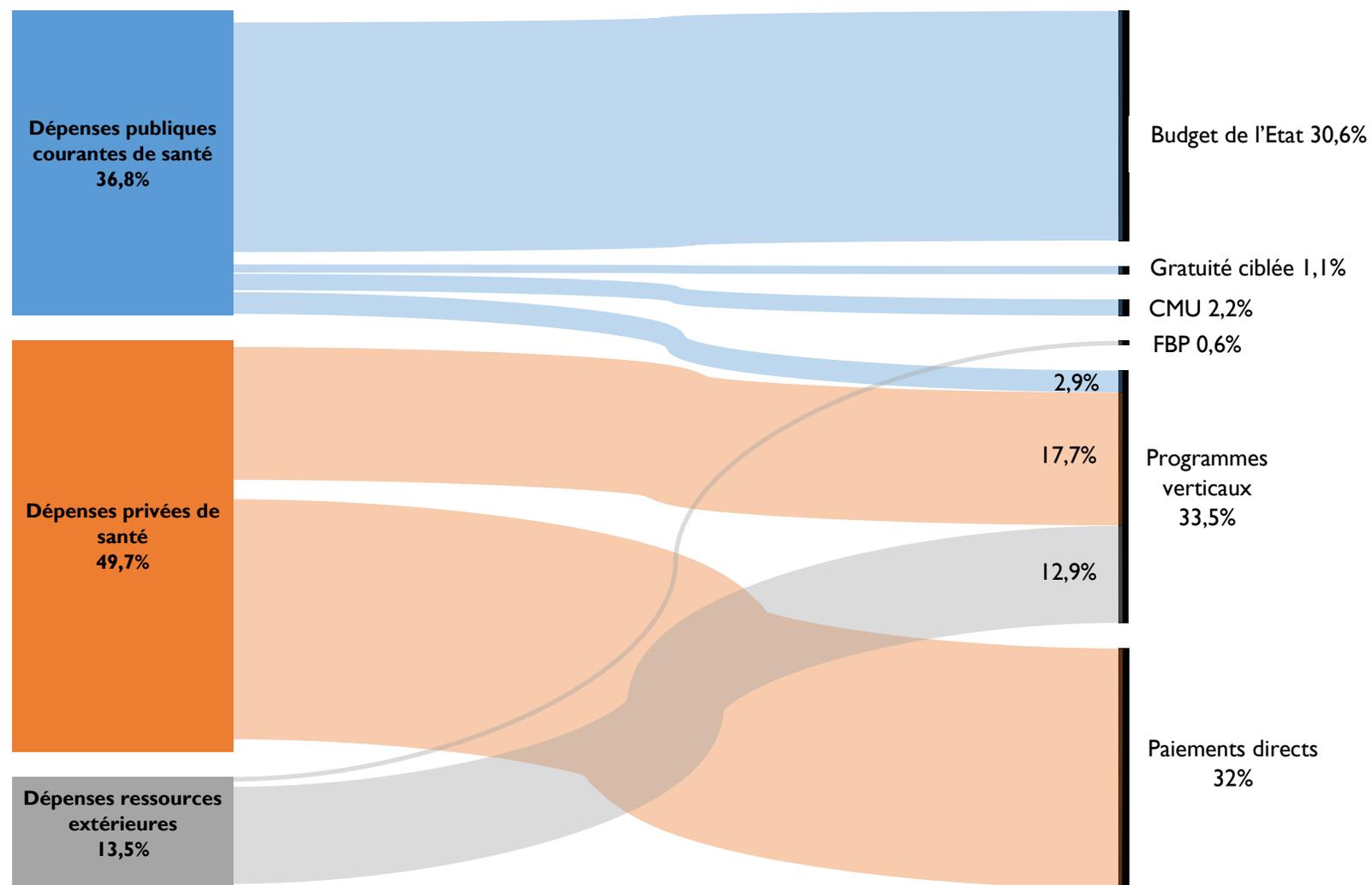
Caractéristiques du programme	PEV	PNSME ¹⁸⁻²¹	PNN	PNLP	PNLS	PNLT	PNEL	PNLMTNCP
F) Co-paiements (frais à la charge des usager)	Non	Non, pour les services explicitement couverts (dans la liste positive)	Non, pour les services explicitement couverts (dans la liste positive)	Non, pour les services explicitement couverts (dans la liste positive)	Non, sauf pour les comorbidités non directement liées au VIH/SIDA	Non, sauf pour les comorbidités et parfois la radiographie pulmonaire	Non	Non
G) Autres conditions d'accès	Pas autres conditions particulières	Respect de la pyramide sanitaire/être référé	Pas autres conditions particulières	Pas autres conditions particulières	Pas autres conditions particulières	Accepter le traitement et l'achever, notamment la prise supervisée les premiers mois	Accepter d'être référé et soigné dans les centres d'orientation et de référence (COR) qui sont les structures de prise en charge habilitées	Respecter la pyramide sanitaire et passer par les ESPC
H) Sources de revenu	Budget de l'Etat et financement extérieur (GAVI, UNICEF, OMS, BM, Jhpiego,..)	Budget de l'Etat et financement extérieur	Budget de l'Etat et financement extérieur	Budget de l'Etat et financement extérieur (FM, PMI avec notamment Measure Malaria, Vectorlink, Stopp Djekoidjo et Breakthrough Action)	Budget de l'Etat et financement extérieur (FM et PEPFAR)	Budget de l'Etat et financement extérieur (FM, PEPFAR, OMS)	Budget de l'Etat et financement extérieur	Budget de l'Etat et financement extérieur (USAID/FHI, SCIF, Sight Savers)

Caractéristiques du programme	PEV	PNSME ¹⁸⁻²¹	PNN	PNLP	PNLS	PNLT	PNEL	PNLMTNCP
I) Mise en commun des ressources ou "Pooling"	Pas de pool unique (le PEV transmet à chaque partenaire une requête pour le financement des activités)	Pas de pool unique. Gestion faite au niveau central et au niveau périphérique. Certaines interventions portant sur la santé de la mère et de l'enfant ne sont pas sous le contrôle du PNSME et sont financées directement par les partenaires extérieurs.	Multiple pools nationaux sans concurrence. Les ressources sont allouées à la fois au niveau central et au niveau déconcentré pour la mise en œuvre des activités. Le PNN ne dispose pas de fonds. Les bailleurs de fonds interviennent directement au niveau des établissements sanitaires.	Pool national unique. Mais pour certaines activités spécifiques, les fonds sont mis à la disposition des niveaux intermédiaire et périphérique et les justifications récupérées après action.	Pas de pool national unique. Les ressources financières sont gérées aussi bien au niveau central (DAF du MSHPCMU, programmes de santé) qu'au niveau des partenaires extérieurs.	Pas de pool unique : les ressources du FM, de l'OMS et de l'Etat sont gérées par le PNLT, celles de PEPFAR par une cellule fiduciaire, et celles des activités communautaires par le Principal Réciendaire.	Pool national unique	Pool national unique
J) Mécanismes de gouvernance	Coordination, gestion des vaccins et autres intrants, maintenance des équipements par le PEV qui reçoit un budget de l'Etat pour son fonctionnement	Gestion par une unité de coordination de programme	Gestion par une unité de coordination de programme	Toutes les initiatives de dépenses sont validées par la Direction de Coordination du PNLN avant engagement. Cependant, de façon régulière, des réunions de coordination sont organisées au niveau de chaque financement pour apprécier les niveaux d'exécution et régler les difficultés rencontrées.	Gestion par une unité de coordination de programme.	Le dispositif d'achat des intrants et des médicaments est géré par la DAF du MSHPCMU, le PNLT et le FM	Gestion par une unité de coordination de programme	Gestion par une unité de coordination de programme

Caractéristiques du programme	PEV	PNSME ¹⁸⁻²¹	PNN	PNLP	PNLS	PNLT	PNEL	PNLMTNCP
K) Paiement des prestataires de soins et services de santé	Variable : salaires, dotations en intrants, perdiem journalier payé directement aux acteurs pour les activités spécifiques.	Variable : salaire, budget global, lignes budgétaires, dotations en intrants, paiement au service et perdiems	Variable : salaires, lignes budgétaires, paiement basé sur la performance (quelques indicateurs de nutrition sont payés par le FBP), dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques	Variable : salaires, lignes budgétaires, dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques	Variable : salaires, lignes budgétaires, dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques	Variable : salaires, lignes budgétaires, dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques	Variable : salaires, budget global, dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques	Variable : salaires, lignes budgétaires, dotations en intrants, perdiems journaliers pour certaines activités spécifiques
L) Prestations de service & contractualisation	Etablissements de santé publics ou établissements de santé privés ayant une convention avec l'Etat. Tous les niveaux de la pyramide sanitaires sont concernés.	Tous les types d'établissements de santé : publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif. Services fournis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris le niveau communautaire.	Etablissements de santé publics et prestations en milieu communautaire par les ASC	Tous les types d'établissements de santé : publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif. Services fournis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris le niveau communautaire.	Tous les types d'établissements de santé : publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif. Services fournis à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	CAT et CDT au nombre de 360 et généralement localisés dans les ESPC. Cas graves souvent traités aux échelons supérieurs	Etablissements de santé publics, notamment les COR	Etablissements de santé publics, et particulièrement les ESPC

Dépenses de santé par régime/dispositif de financement de la santé

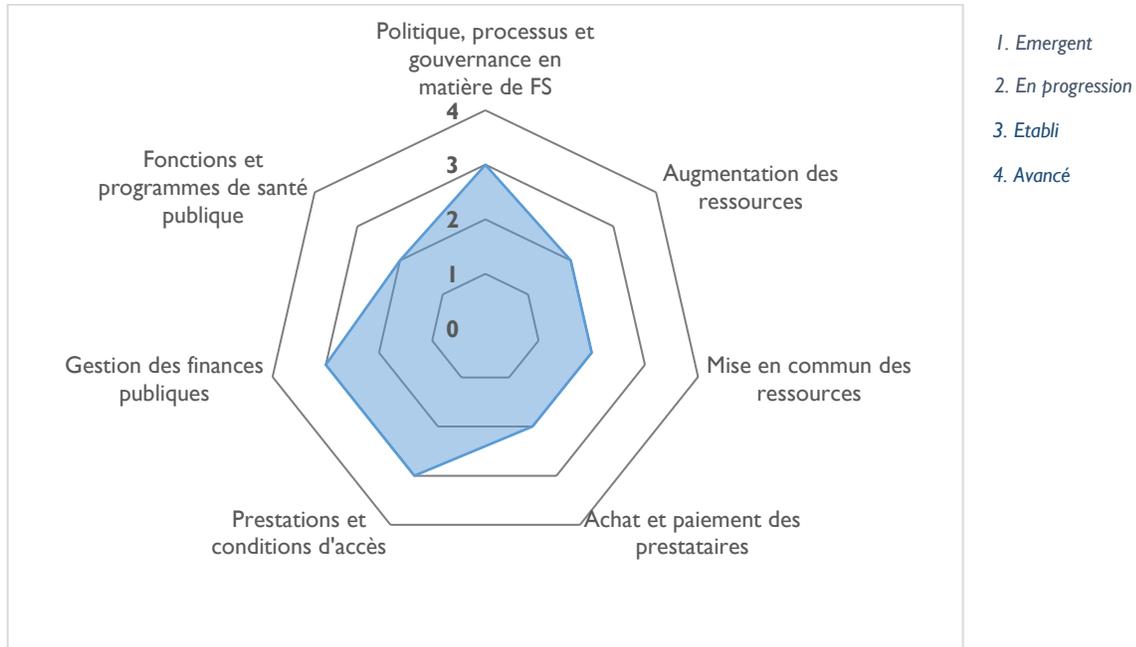
Figure 6. Flux des dépenses par régime (diagramme de Sankey)



Evaluation de l'étape 2

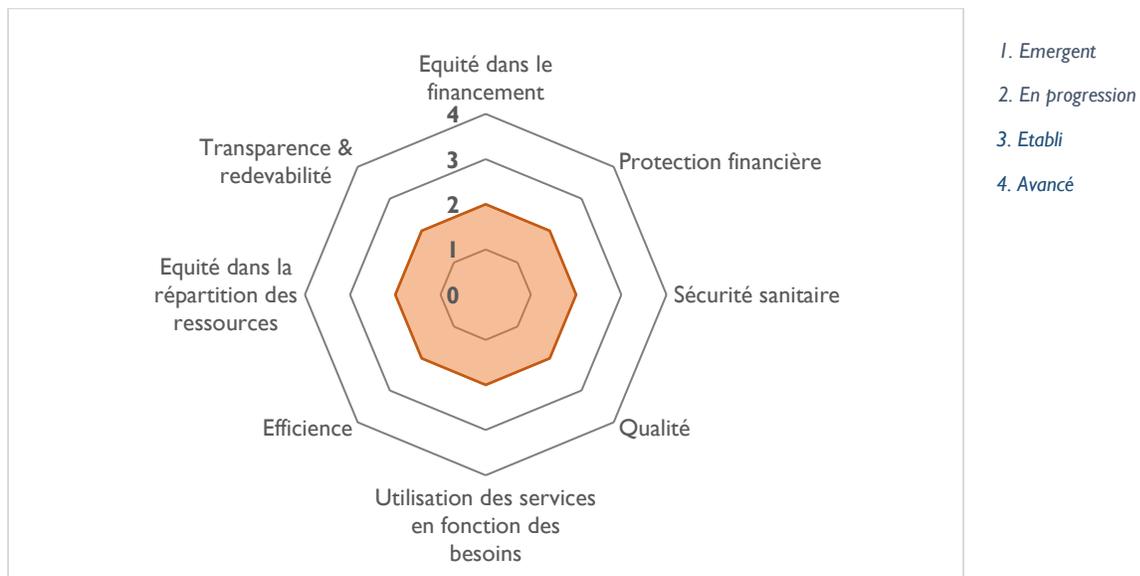
Résumé des évaluations par domaine d'évaluation

Figure 7. Note moyenne par zone d'évaluation (diagramme en araignée)



Source : Sur la base du modèle de collecte de données MPFS v2.0, Côte d'Ivoire 2023

Figure 8. Note moyenne par but et objectifs (diagramme en araignée)

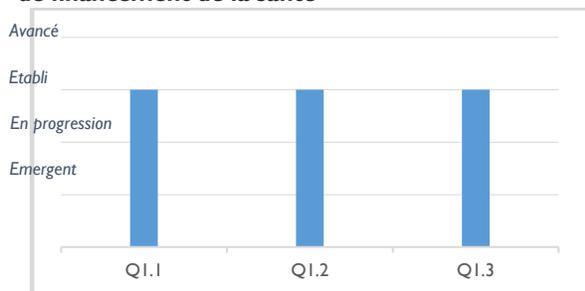


Source : Sur la base du modèle de collecte de données MPFS v2.0, Côte d'Ivoire 2023

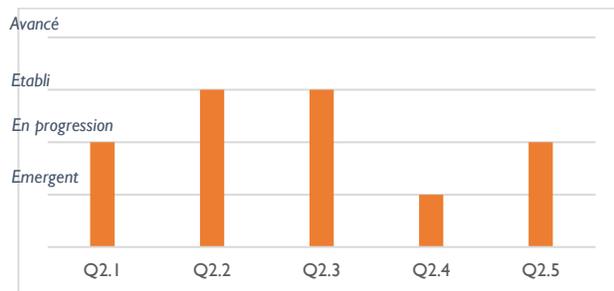
Evaluation par question individuelle

Figure 9. Evaluation par question individuelle

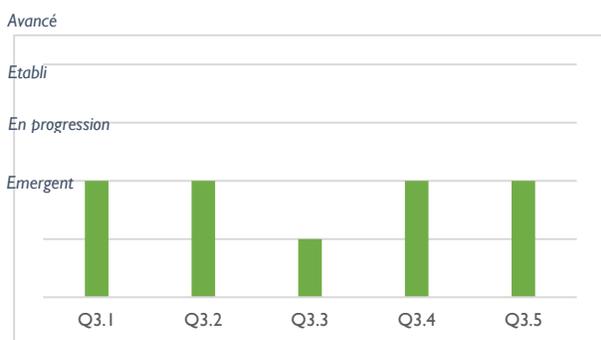
1. Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé



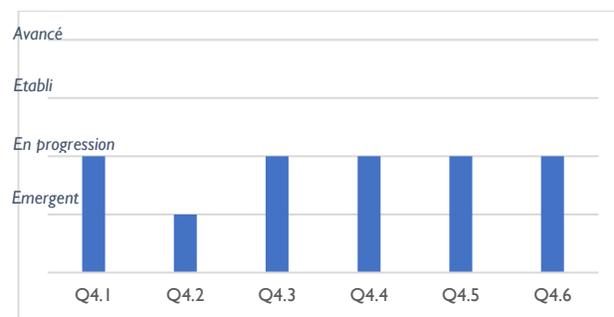
2. Augmentation des ressources



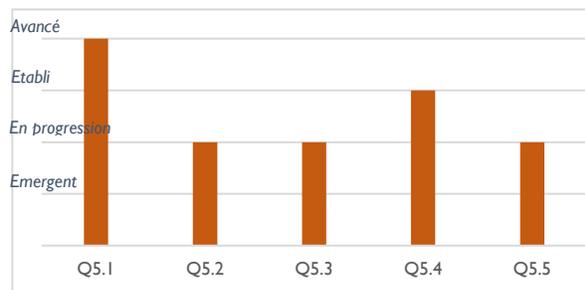
3. Mise en commun des ressources



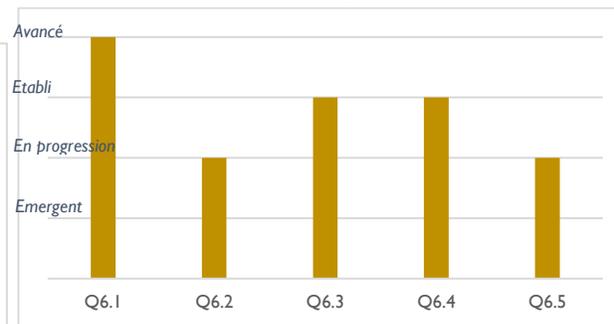
4. Achat et paiement des prestataires



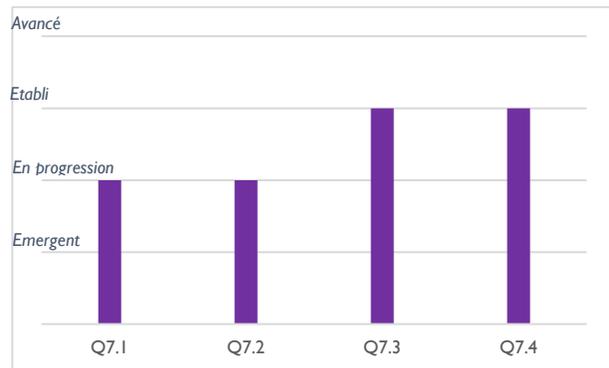
5. Prestations et conditions d'accès



6. Gestion des finances publiques



7. Fonctions et programmes de santé publique

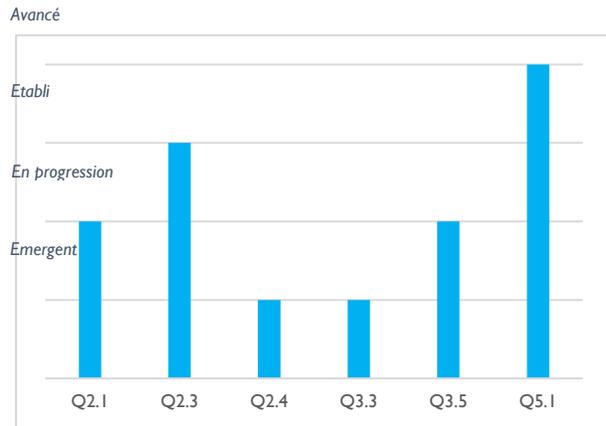


Voir l'annexe 3 pour le détail des questions

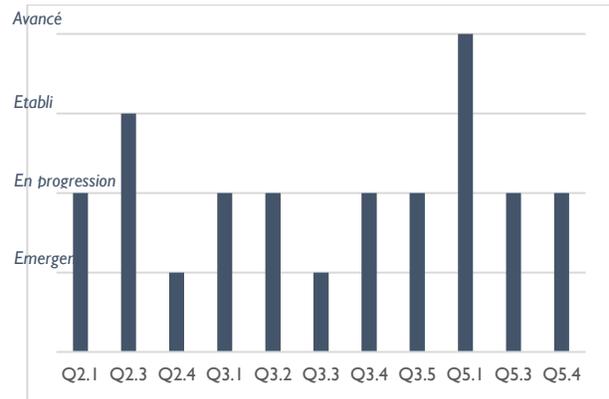
Évaluation par objectifs de la CSU

Figure 10. Evaluation par objectif final de la CSU

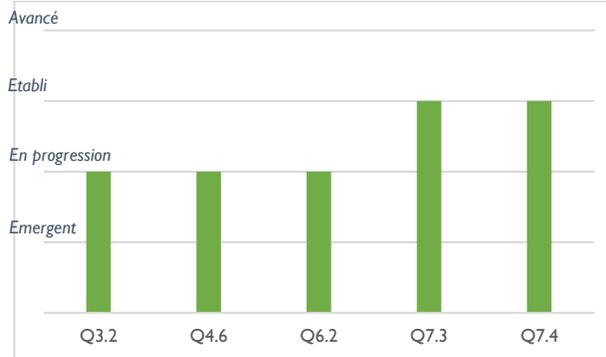
Équité dans le financement



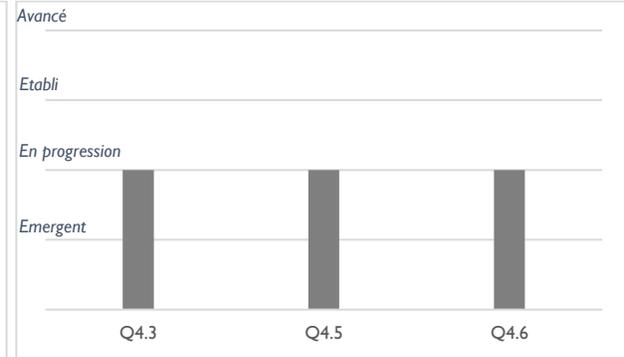
Protection financière



Sécurité sanitaire



Qualité



Utilisation des services en fonction des besoins

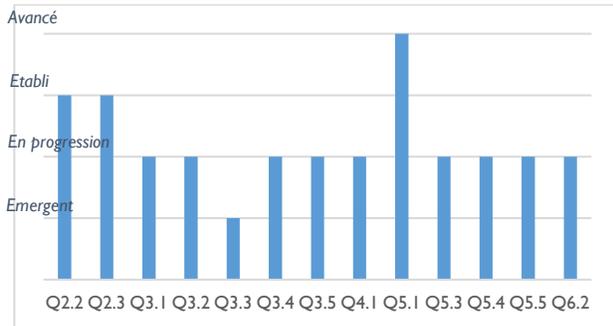
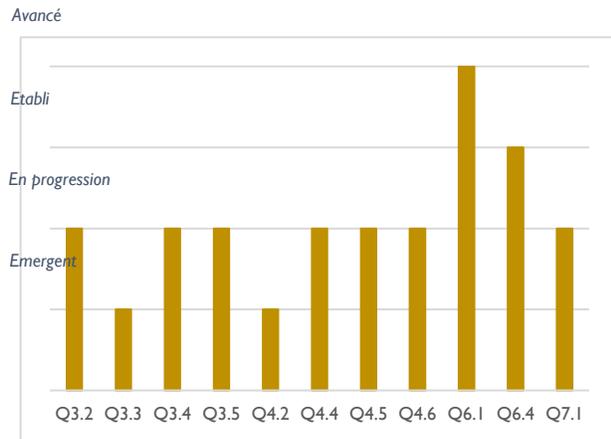
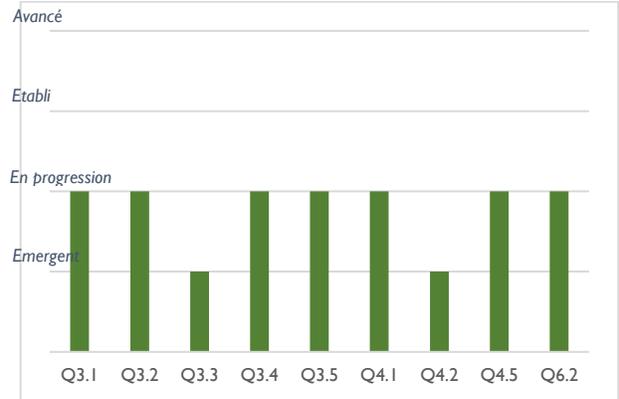


Figure II. Evaluation par objectif intermédiaire de la CSU

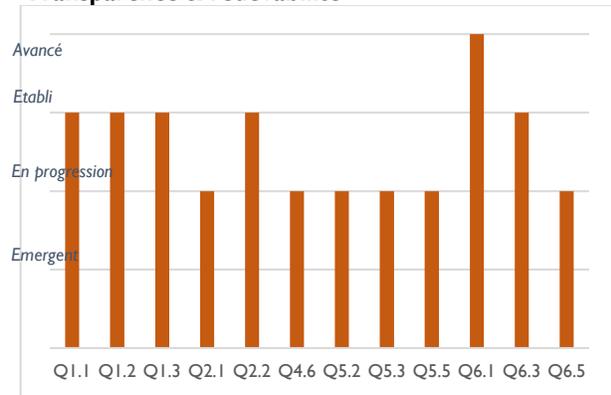
Efficienne



Equité dans la répartition des ressources



Transparence & redevabilité



Références

- 1 Organisation mondiale de la santé (OMS). Matrice des progrès en matière de financement de la santé : guide pour l'évaluation des pays. Rapport technique. 2020; published online Dec 15. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240017801> (accessed Feb 12, 2023).
- 2 World Health Organization (WHO) / The Global Health Observatory (GHO). Coverage of essential health services (SDG 3.8.1). World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage> (accessed Feb 13, 2023).
- 3 World Health Organization (WHO) / The Global Health Observatory (GHO). Health Inequality Data Repository. World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/data/inequality-monitor/health-inequality-data-repository> (accessed Feb 13, 2023).
- 4 World Health Organization (WHO) / The Global Health Observatory (GHO). Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available). World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/catastrophic-out-of-pocket-health-spending-sdg-indicator-3-8-2-> (accessed Feb 13, 2023).
- 5 World Health Organization (WHO) / The Global Health Observatory (GHO). Population pushed below a relative poverty line by household health expenditures (60% of median daily per capita consumption or income). World Health Organization. 2023. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4892> (accessed Feb 13, 2023).
- 6 World Health Organization (WHO). Global Health Expenditure Database. World Health Organization. 2023; published online Jan 20. <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en> (accessed Feb 13, 2023).
- 7 Tchetché M, Samba M, Nahounou N. Analyse du processus de planification et budgétisation opérationnelle du secteur de la santé en Afrique de l'Ouest : l'exemple de la Côte d'Ivoire. 2017.
- 8 OCDE. Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Côte d'Ivoire. Paris, 2020.
- 9 Ministère du Budget et du Portefeuille de l'Etat de Côte d'Ivoire / Direction Générale du Budget et des Finances. Budget citoyen 2021 - Le guide pour mieux comprendre le budget de l'Etat. Abidjan.
- 10 Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM) de Côte d'Ivoire / Service Juridique. Recueil des textes juridiques CMU - Loi, décrets, arrêtés. 2018.
- 11 Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire. Stratégie nationale d'achat stratégique. Abidjan, 2019.
- 12 Présidence de la République de Côte d'Ivoire. Décret N°2019-498 du 12 juin 2019 instituant des mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers des établissements sanitaires publics et des établissements sanitaires privés investis d'une mission de service public. Abidjan: Présidence de la République de Côte d'Ivoire, 2019.

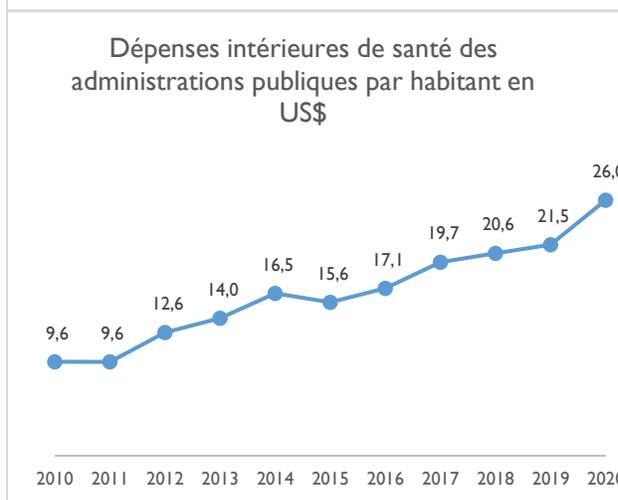
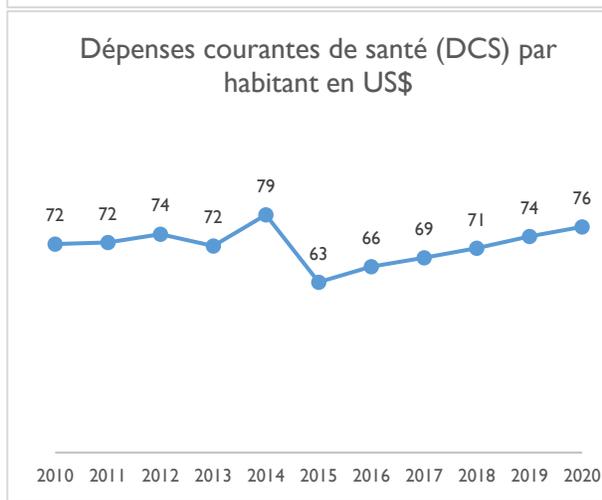
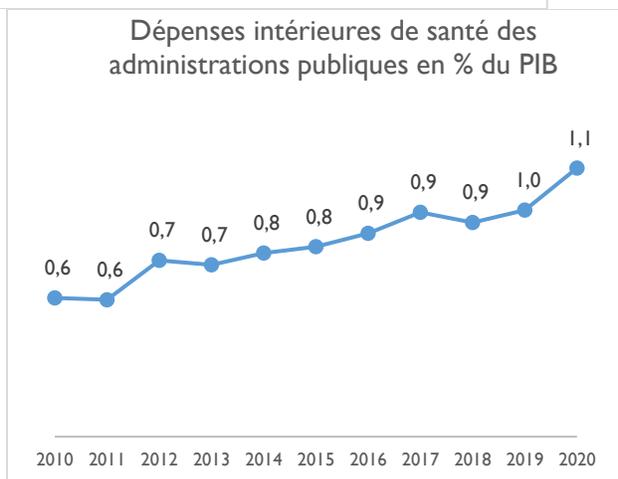
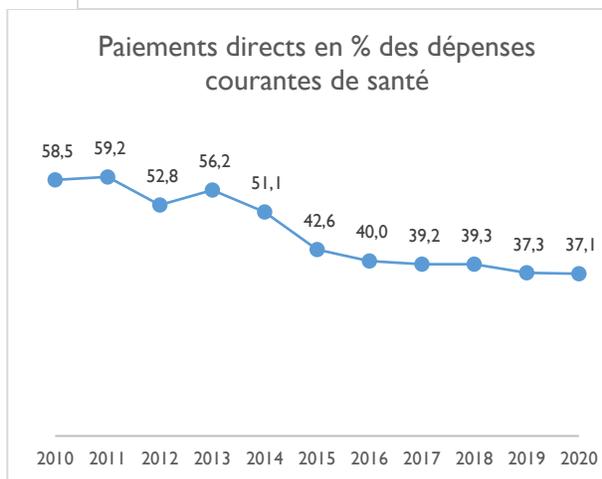
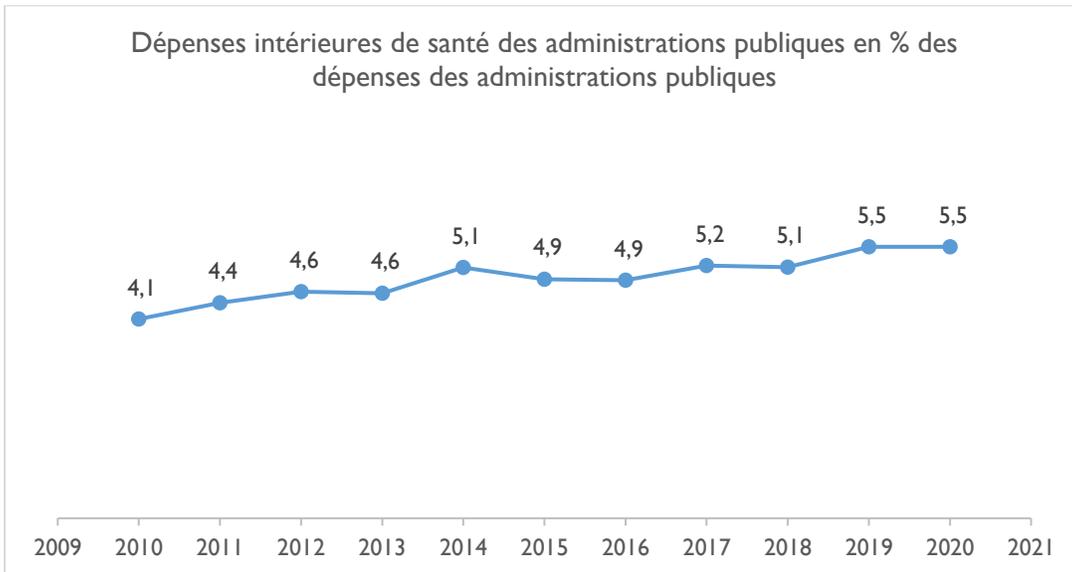
- 13 Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle de Côte d'Ivoire. Manuel de procédures du Financement Basé sur la Performance. Abidjan, 2021.
- 14 Antony M, N'guessan TS, Kramo PC. SPARK-SANTE - Projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et des compétences de santé – Mission d'évaluation de la phase pilote de mise en œuvre du financement basé sur la performance. 2021.
- 15 Ramananarahary D. Evaluation fonctionnelle et organisationnelle de la Cellule Technique Nationale du Financement basé sur la performance dans le secteur santé en Côte d'Ivoire. Abidjan, 2020.
- 16 Ministère du Plan et de Développement de Côte d'Ivoire / Institut National de la Statistique. Recensement général de la population et de l'habitat 2021. Résultats globaux définitifs – synthèse. Abidjan, 2022.
- 17 Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire. Plan National de Développement (PND) 2021-2025 : Des infrastructures sanitaires améliorées et plus proches au programme pour une bonne prise en charge des populations. 2022; published online June. https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=13642&d=2 (accessed Jan 25, 2023).
- 18 Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire / Direction Générale de la Santé / Direction de Coordination du Programme National de Santé de la Mère et de l'Enfant. Plan Stratégique de la Santé de la Mère et de l'Enfant 2021-2025. Abidjan, 2020.
- 19 Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministre de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire. Arrêté interministériel N°0063 MSLS/MEF/CAB du 01 août 2011 portant poursuite de la mesure d'exemption de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers dans les établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés. Abidjan: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministère de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire, 2011.
- 20 Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministre de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire. Arrêté Interministériel n°0048 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution des modalités de recouvrement des redevances perçues dans les établissements sanitaires publics, parapublics et communautaires conventionnés. Abidjan: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministère de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire, 2012.
- 21 Ministre de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministre de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire. Arrêté interministériel N°0047 MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 portant institution de mesures d'exemption sélective de paiement des frais de prise en charge médicale des usagers des établissements sanitaires publics et communautaires conventionnés. Abidjan: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA & Ministère de l'Economie et des Finances de la République de Côte d'Ivoire, 2012.
- 22 Noulens M-C. Côte d'Ivoire : Un projet avec une approche inédite dans la lutte contre la lèpre. Fondation Raoul Follereau. 2021; published online Jan 21. <https://www.raoul-follereau.org/cote-divoire-un-projet-avec-une-approche-inedite-dans-la-lutte-contre-la-lepre/> (accessed Feb 13, 2023).

- 23 Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire. Lèpre : La Côte d'Ivoire est passée de 120 000 malades en 1960 à 557 en traitement en 2019. 2020; published online March 3. https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=10931 (accessed Feb 13, 2023).

Annexes

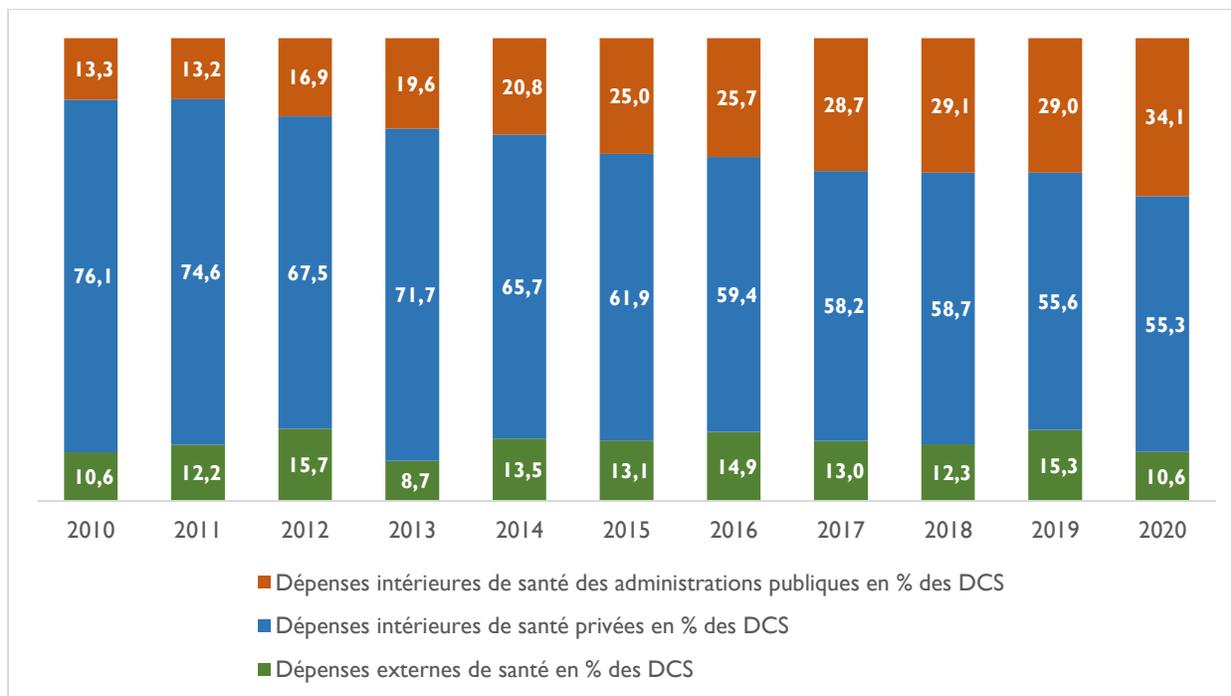
Annexe I : Quelques indicateurs contextuels

Figure 12. Indicateurs de dépenses de santé pour la Côte d'Ivoire



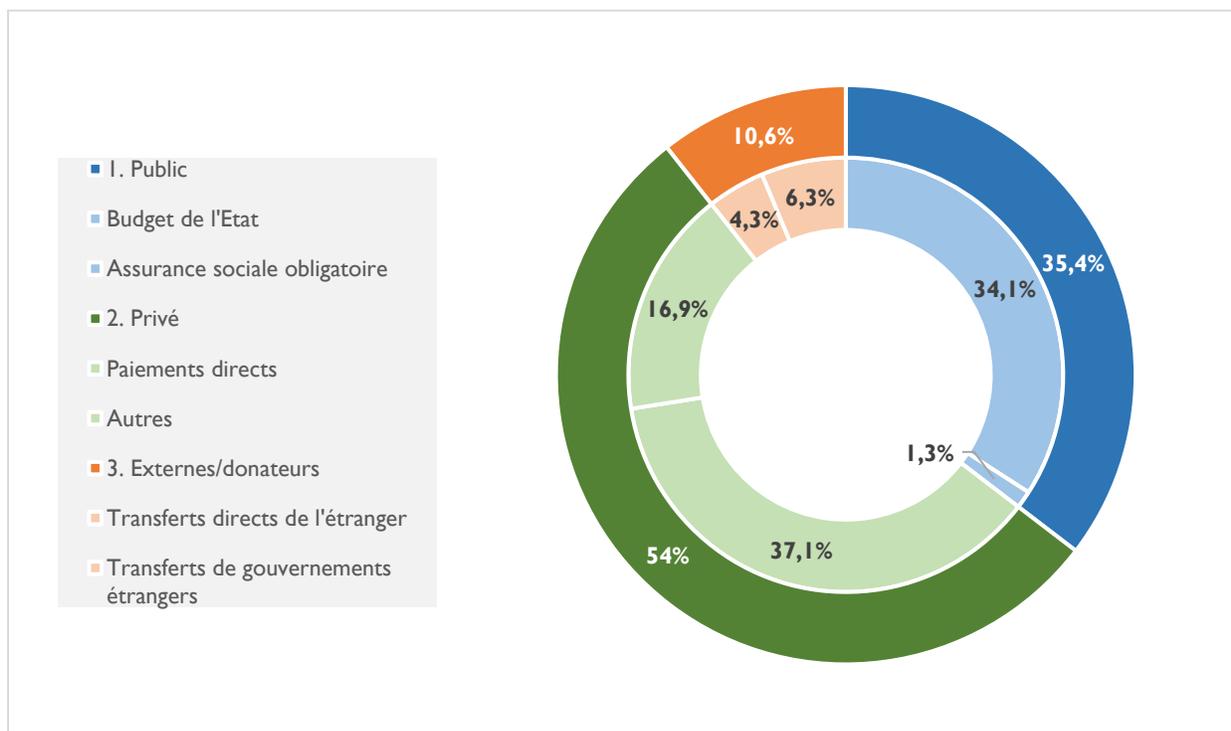
Source: WHO Global Health Observatory, 2023 (<https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>)

Figure 13. Sources de revenus pour la santé en Côte d'Ivoire



Source: The Global Health Observatory, 2023 (<https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>)

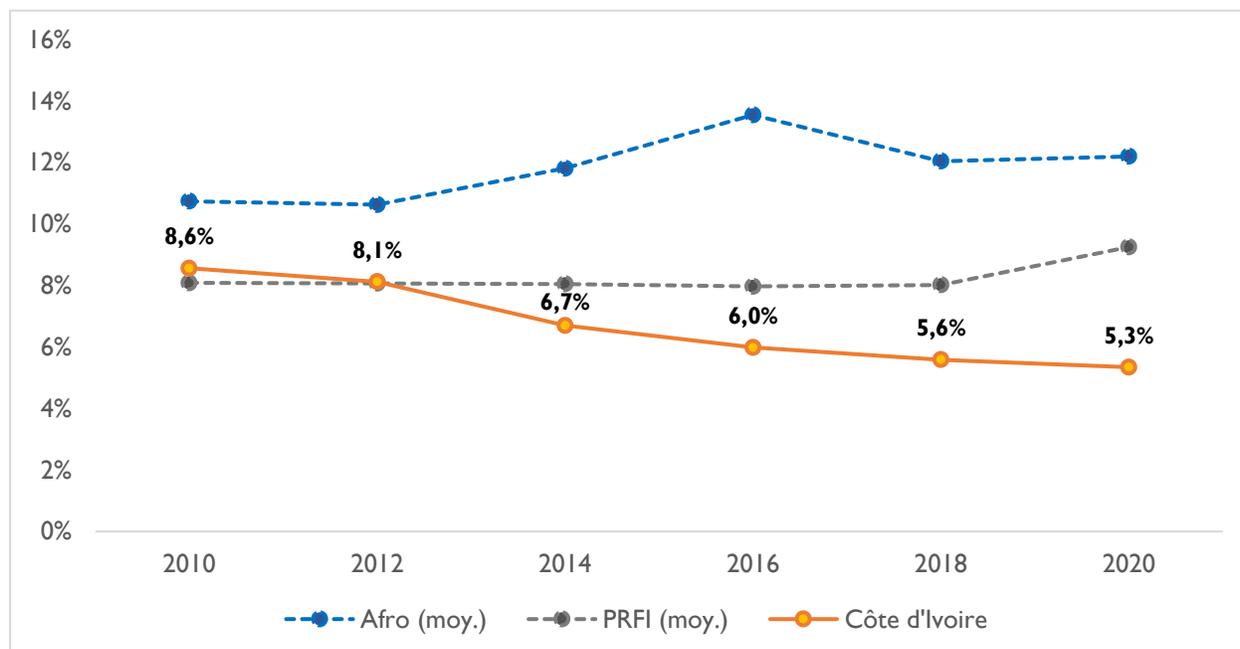
Figure 14. Ventilation des sources de revenus 2020



Source: WHO Global Health Observatory, 2023 (<https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>)

Figure 15. Accessibilité financière des cigarettes en Côte d'Ivoire

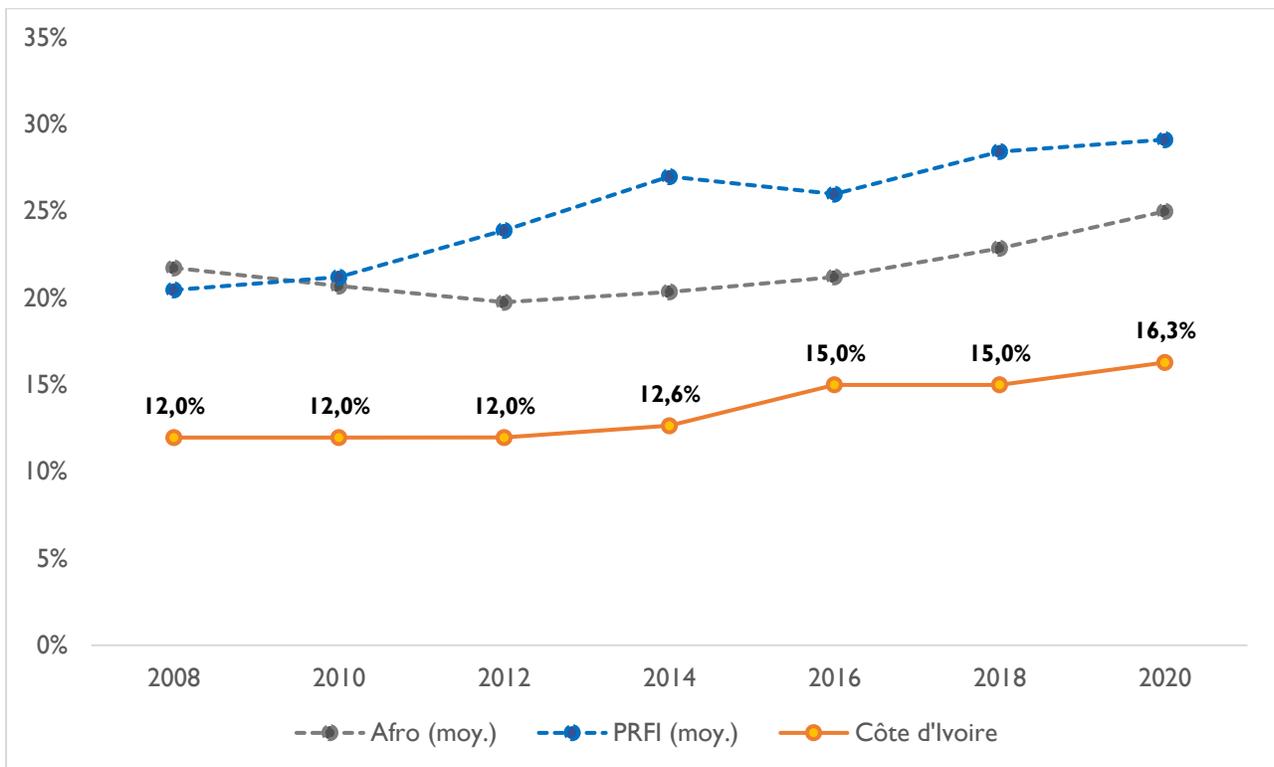
La réduction de l'accessibilité financière est une mesure importante du succès de la politique de taxation du tabac. À long terme, une hausse des taxes signifie que les cigarettes deviennent moins abordables.



Source: WHO report on the global tobacco epidemic 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-TFI-2021.9.6>)

Figure 16. Part des droits d'accises en Côte d'Ivoire (cigarettes)

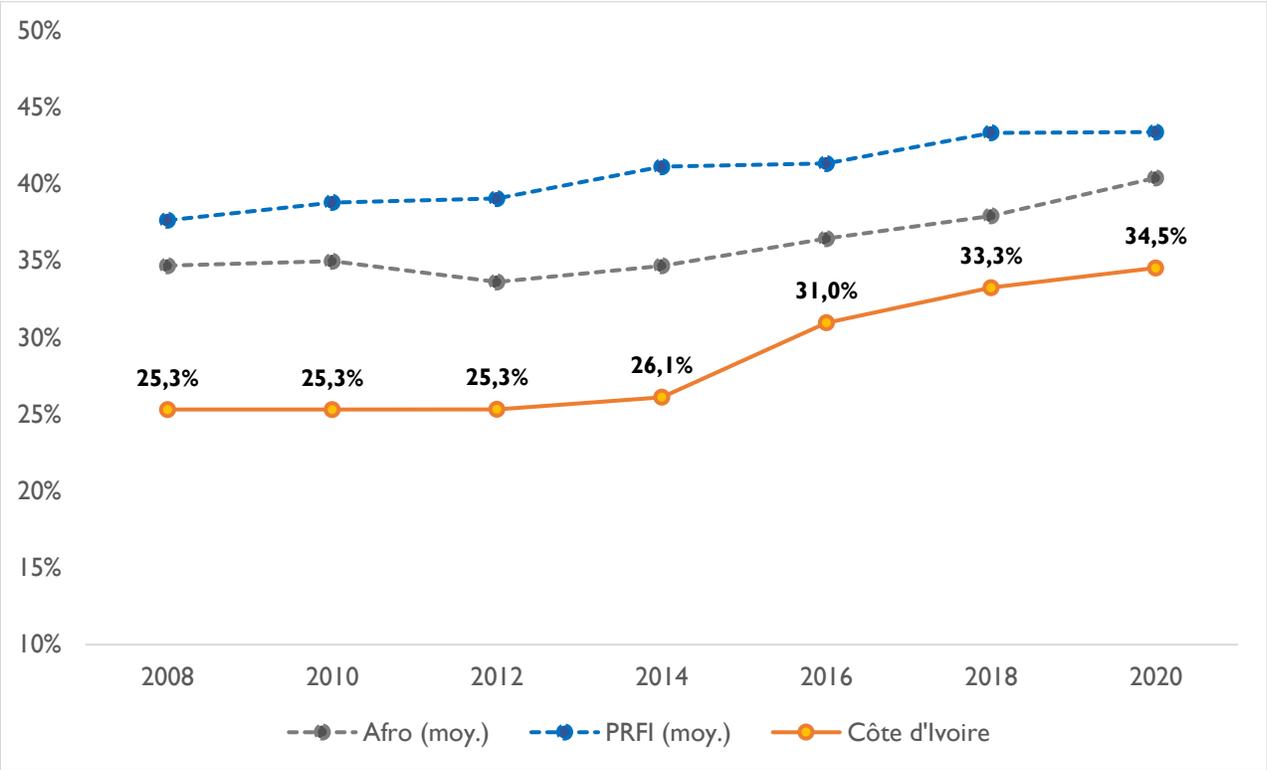
L'OMS recommande une part de taxe d'accise de 70%. La part totale des taxes comprend les droits d'importation et les prélèvements.



Source: WHO report on the global tobacco epidemic 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-TFI-2021.9.1>)

Figure 17. Part totale des taxes en Côte d'Ivoire (cigarettes)

Cet indicateur représente la meilleure mesure comparable de la proportion des taxes totales sur le tabac par rapport au prix d'un paquet de la marque de cigarettes la plus vendue dans le pays. Les taxes totales comprennent les droits d'accises, la TVA/les taxes de vente et, le cas échéant, les droits d'importation et/ou toute autre taxe indirecte appliquée dans un pays.



Source: WHO report on the global tobacco epidemic 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-TFI-2021.9.1>)

Annexe 2 : Grille d'extraction des données sur les principales caractéristiques des régimes/dispositifs de financement de la santé

Caractéristiques du dispositif ou RFS	Nom du dispositif/régime de financement de la santé
Année de première introduction <i>(Veuillez utiliser le menu déroulant pour sélectionner une date. S'il y a eu des restructurations ou changements au fil du temps, veuillez les décrire)</i>	Faites une brève description
CODE	Sélectionnez une option
A) Cible du dispositif/régime de financement de la santé (RFS) <i>A quel(s) type(s) de population le dispositif/RFS s'adresse-t-il ? Veuillez faire une brève description si besoin puis utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE A)" pour faire une sélection</i>	Faites une brève description
CODE A)	Sélectionnez une option
B) Population cible <i>Veuillez donner la meilleure estimation possible du nombre de personnes à qui s'adresse le dispositif/RFS (donner la valeur la plus proche et préciser l'année et la source, et apportez tout commentaire utile)</i>	Donnez un chiffre et précisez l'année et la source entre parenthèse
C) Population couverte <i>Veuillez donner la meilleure estimation possible du nombre de personnes effectivement couvertes par le dispositif/RFS par rapport à la population cible. NB : cela peut aller de 0% à 100%</i>	Donnez un chiffre et un pourcentage
D) Les conditions à remplir pour recevoir des prestations/être couvert <i>Veuillez commenter/expliciter si besoin et utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE D)" pour faire une sélection. Veuillez décrire si c'est mixte.</i>	Faites un commentaire / expliquez
CODE D)	Sélectionnez une option
E) Droits aux prestations ou panier de soins <i>Y a-t-il des services particuliers, des types ou listes de médicaments, etc. qui sont listés explicitement comme couverts par le dispositif/RFS (liste positive) ? Ou bien tous les services sont-ils couverts par le dispositif/RFS mais seulement certains services sont exclus (liste négative) ? Veuillez faire une description/expliciter puis utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE E)" pour faire une sélection</i>	Faites une description/explicitez
CODE E)	Liste positive
F) Tickets modérateurs / frais à la charge des usagers <i>Y a-t-il un ticket modérateur (TM) ou des frais restant à la charge des usagers (FCU) ? Si oui, à quels services et/ou sous-groupes de population ce TM/FCU s'applique-t-il ? Y a-t-il des mécanismes d'exemption sur la base de critères <u>individuels</u> (par exemple revenu, niveau socio-économique, âge, sexe, état de grossesse, maladie, etc.), <u>géographiques</u> (par exemple urbain versus rural), du <u>type de formation sanitaire</u> (ESPC versus HG versus CHR versus CHU/Instituts), etc. Veuillez préciser si le TM/FCU est : fixe (un forfait) ; fixe (un forfait) mais étagé selon des critères (veuillez préciser); un pourcentage du montant à payer, etc. Y a-t-il un plafond à ce TM/FCU ? Utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE F)" pour faire une sélection</i>	Non applicable
CODE F)	Sélectionnez une option
G) Autres conditions d'accès (en dehors du ticket modérateur ou des frais restant à la charge des usagers) <i>Il peut par exemple s'agir de l'obligation de respecter la pyramide sanitaire/l'être référé, ou bien le dispositif/RFS n'est limité qu'aux formations sanitaires publiques et pour en bénéficier ce n'est que là-bas qu'il faut s'y rendre, ou bien accepter d'utiliser des médicaments génériques, etc. Veuillez décrire puis utiliser le menu déroulant au niveau de "CODE G)" pour faire une sélection</i>	Faites une description/explicitez
CODE G)	Sélectionnez une option

Caractéristiques du dispositif ou RFS	Nom du dispositif/régime de financement de la santé
<p>H) Sources de revenu (D'où les ressources financières pour financer le dispositif/RFS proviennent-elles ? Veuillez faire une brève description si besoin puis utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE H)" pour faire une sélection)</p>	Faites une description
CODE H)	Sélectionnez une option
<p>I) Mise en commun des ressources ou "pooling" Les ressources financières sont-elles gérées uniquement au niveau central, ou bien sont-elles allouées à un niveau décentralisé pour être gérées à ce niveau ? Les ressources financières du dispositif/RFS sont-elles gérées à partir d'un pool/compte unique, ou bien à partir de pools/comptes multiples, chacun spécifique par exemple à des groupes de population ou des zones géographiques. Veuillez préciser notamment si le dispositif/RFS est géré par plusieurs ministères et les lignes budgétaires gérées par chaque ministère. Veuillez décrire puis utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE I)" pour faire une sélection</p>	Faites une description/expliquez
CODE I)	Pool national unique
<p>J) Mécanismes de gouvernance Veuillez décrire les dispositifs en place pour gérer le dispositif/RFS. Veuillez préciser le ou les ministères impliqués ainsi que leurs directions techniques impliquées. Des éléments décrits dans la section précédente "I) Mise en commun" peuvent revenir ici.</p>	Faites une description/expliquez
<p>K) Paiement des prestataires de soins/services de santé Veuillez préciser comment les prestataires de soins sont payés. Il peut s'agir de : <u>Ligne budgétaire</u> : L'argent est octroyé aux prestataires en précisant à l'avance les montants dédiés à l'achat à chaque service. Les prestataires ont très peu de flexibilité dans la gestion du budget (ils ne peuvent pas prendre une ligne dédiée à un service pour acheter un autre service). <u>Budget global</u> : une enveloppe budgétaire globale est octroyée aux prestataires et ces derniers peuvent la répartir comme ils le souhaitent pour acheter les services dont ils ont besoin. <u>Paiement forfaitaire/paiement par cas</u> : Les services sont achetés aux prestataires selon un montant fixe. Ces montants sont fixes pour un type de service donné ou un groupe de services donné, mais peuvent être étagés selon le type de service (par exemple un montant fixe pour le traitement de tout cas de maladie X, un autre montant fixe pour le traitement de tout maladie Y). <u>Paiement au service</u> : Contrairement au paiement forfaitaire, chaque service fourni par les prestataires est acheté à part. Par exemple la consultation est payée à part, les médicaments à part, les examens complémentaires à part, l'hospitalisation à part, etc. <u>Paiement basé sur la performance</u> : Les ressources financières sont accordées aux prestataires selon les résultats qu'ils ont atteints ou selon l'atteinte d'objectifs préalablement fixés. <u>Paiement en nature</u> : Au lieu d'accorder l'argent aux prestataires, des intrants sont accordés à la place (par exemple des médicaments, des tests, des réactifs de laboratoire, etc.) <u>Autre</u> : Toute autre modalité de paiement qui ne entre pas dans celles décrites ci-dessus (veuillez décrire) Veuillez décrire si besoin puis utilisez le menu déroulant au niveau de "CODE K)" pour faire une sélection</p>	Faites une description/expliquez
CODE K)	Sélectionnez une option
<p>L) Prestation de services et contractualisation Veuillez préciser quels types de formations sanitaires fournissent les soins (par exemple public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif) et quels types de services sont fournis sous ce dispositif/RFS (par exemple ambulatoire, hospitalisation ; soins primaires, soins secondaires, soins tertiaires). Veuillez décrire s'il y a un système d'accréditation et précisez si ceci est une condition pour fournir les services et recevoir un financement. Plus globalement, veuillez décrire si les formations sanitaires doivent remplir certains critères préalables pour pouvoir fournir les soins/services et recevoir un financement. Veuillez décrire si des contrats ou conventions sont utilisés et s'il y a des clauses par rapport à des performances à atteindre.</p>	Faites une description/expliquez

Annexe 3 : Attributs souhaitables du financement de la santé

Les politiques qui contribuent à la progression vers la CSU sont résumées en fonction de dix-neuf caractéristiques souhaitables de la politique de financement de la santé. Pour plus d'informations, voir : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240017405>

Tableau I : Attributs souhaitables des systèmes de financement de la santé ¹		
Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé	GV1	Les politiques de financement de la santé sont guidées par les objectifs relatifs à la CSU, adoptent une perspective systémique, déterminent l'ordre de priorité et de mise en œuvre des stratégies pour l'ensemble des services individuels et collectifs.
	GV2	Des comptes sont rendus de manière transparente, sur les plans financier et non financier, à l'égard des dépenses publiques de santé.
	GV3	Les données factuelles recueillies à l'échelle internationale ainsi que des informations et des évaluations provenant de l'ensemble du système sont activement utilisées pour orienter la mise en œuvre et l'ajustement des politiques.
Augmentation des ressources	RR1	Les dépenses de santé reposent principalement sur des sources de financement publiques ou obligatoires.
	RR2	Le niveau du financement public (et extérieur) peut être prévu sur plusieurs années.
	RR3	Le flux des fonds publics (et extérieurs) est stable et le taux d'exécution du budget est élevé.
	RR4	Des mesures fiscales ont été mises en place pour inciter les individus et les entreprises à adopter un comportement plus sain.
Mise en commun des ressources	PR1	La structure et les mécanismes de mise en commun dans l'ensemble du système de santé renforcent le potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles.
	PR2	Le système de santé et les fonctions de financement sont intégrés ou coordonnés sur l'ensemble des régimes et programmes.
Achat et paiement des prestataires	PS1	L'allocation des ressources aux prestataires prend en compte les besoins de santé de la population, la performance des prestataires, ou une combinaison des deux.
	PS2	Les modalités relatives à l'achat sont adaptées pour soutenir les objectifs de prestation de services.
	PS3	Les modalités d'achat comprennent des mécanismes visant à assurer le contrôle budgétaire.
Prestations et conditions d'accès	BR1	La population comprend clairement ses droits et obligations.
	BR2	Un ensemble de prestations de services de santé prioritaires dans un cadre unifié est mis en œuvre pour l'ensemble de la population.
	BR3	Avant leur adoption, les modifications apportées aux prestations de services sont soumises à des évaluations de leur coût-efficacité et de leur impact budgétaire.
	BR4	Les prestations convenues sont alignées sur les revenus disponibles, les services de santé et les mécanismes d'allocation des fonds aux prestataires.
	BR5	La conception des prestations définit des limites claires sur les frais à charge des usagers et protège l'accès pour les groupes vulnérables.
	PF1	La formulation et la structure du budget de la santé favorisent la souplesse des dépenses et sont alignées sur les priorités sectorielles.

¹ Note du traducteur : Les acronymes GV, RR, PR, PS, BR et PF correspondent à des codes utilisés pour identifier les attributs dans la base de données. Ils découlent des termes sous-jacents en anglais, respectivement : Government, Revenue Raising, Pooling Revenue, Purchasing, Benefits et Public Finance.

Tableau I : Attributs souhaitables des systèmes de financement de la santé¹

Gestion des finances	PF2	Les prestataires peuvent recevoir directement des revenus, les gérer de manière flexible et rendre des comptes sur les dépenses et les services produits.
Fonctions et programmes de santé publique	GVI	Les politiques de financement de la santé sont sous-tendues par les objectifs relatifs à la couverture sanitaire universelle, visent l'ensemble du système de santé et déterminent l'ordre de priorité et de mise en œuvre des stratégies.
	PR1	La structure et les mécanismes de mise en commun dans l'ensemble du système de santé renforcent le potentiel de redistribution des fonds prépayés disponibles.
	PR2	Le système de santé et les fonctions de financement sont intégrés ou coordonnés sur l'ensemble des régimes et programmes.
	PS2	Les modalités relatives à l'achat sont adaptées pour soutenir les objectifs de prestation de services.
	PF1	La formulation et la structure du budget de la santé favorisent la souplesse des dépenses et sont alignées sur les priorités sectorielles.

Annexe 4 : Question d'évaluation de la MPFS

Domaine d'évaluation	Code numérique de la question	Libellé de la question
1) Politique, processus et gouvernance en matière de financement de la santé	Q1.1	Existe-t-il un énoncé de politique sur le financement de la santé à jour, guidé par des objectifs et fondé sur des données factuelles ?
	Q1.2	Les organismes de financement de la santé sont-ils tenus de rendre des comptes au moyen de mécanismes et de processus de gouvernance appropriés ?
	Q1.3	Les informations relatives au financement de la santé sont-elles systématiquement utilisées pour suivre, évaluer et améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ?
2) Augmentation des ressources	Q2.1	La stratégie de votre pays en matière de mobilisation de ressources tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q2.2	Dans quelle mesure le financement public des dépenses liées à la santé est-il prévisible sur plusieurs années dans votre pays ?
	Q2.3	Quel est le degré de stabilité du flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé ?
	Q2.4	Dans quelle mesure les différentes sources de recettes sont-elles mobilisées de manière progressive ?
	Q2.5	Dans quelle mesure le gouvernement utilise-t-il les impôts et les subventions pour influencer sur les comportements en matière de santé ?
3) Mise en commun des ressources	Q3.1	La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des recettes tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.4	Les sources de revenu et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
4) Achat et paiement des prestataires	Q4.1	Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il motivé par des informations sur les besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent ?
	Q4.2	Les paiements des prestataires sont-ils harmonisés entre les organismes acheteurs et au sein de chacun d'entre eux afin de garantir des incitations cohérentes pour les prestataires ?
	Q4.3	Les modalités d'achat favorisent-elles la qualité des soins ?
	Q4.4	Les méthodes de paiement des prestataires et les mécanismes administratifs complémentaires permettent-ils de remédier aux éventuelles sur-prestations ou sous-prestations de services ?
	Q4.5	Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour éclairer les décisions d'achat ?

Domaine d'évaluation	Code numérique de la question	Libellé de la question
	Q4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des fournisseurs et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
5) Prestations et conditions d'accès	Q5.1	Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?
	Q5.2	Les décisions concernant les services qui doivent être financés par des fonds publics sont-elles prises de façon transparente et suivant des processus et des critères clairement définis ?
	Q5.3	Dans quelle mesure les droits aux prestations de la population et les conditions d'accès sont-ils définis de manière explicite et en des termes faciles à comprendre ?
	Q5.4	Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières sont claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?
	Q5.5	Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?
6) Gestion des finances publiques	Q6.1	Existe-t-il une évaluation à jour sur les principaux goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques en matière de santé ?
	Q6.2	La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation souple des ressources ?
	Q6.3	Des processus ont-ils été mis en place pour permettre aux autorités sanitaires de participer à la planification du budget général et à l'élaboration d'un budget pluriannuel ?
	Q6.4	Des mesures ont-elles été mises en place pour remédier aux problèmes liés aux sous-utilisations ou aux dépassements budgétaires dans le domaine de la santé ?
	Q6.5	Les rapports sur les dépenses de santé sont-ils complets, publiés en temps voulu et accessibles au public ?
7) Fonctions et programmes de santé publique	Q7.1	Les programmes de santé spécifiques sont-ils conformes aux stratégies et politiques générales en matière de financement de la santé ou sont-ils inclus dans celles-ci ?
	Q7.2	Les mécanismes de mise en commun favorisent-ils la coordination des programmes de santé entre eux et avec le système de santé en général et leur intégration entre eux et dans le système de santé ?
	Q7.3	Les mécanismes de financement favorisent-ils la mise en œuvre des capacités requises par le Règlement Sanitaire International pour se préparer aux situations d'urgence ?
	Q7.4	Des systèmes de gestion des finances publiques ont-ils été mis en place pour permettre une riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique ?

Annexe 5 : Questions reliées aux objectifs et aux buts

Chaque question représente un domaine de la politique de financement de la santé, sélectionné en raison de son influence sur les objectifs et les buts intermédiaires de la CSU, tels que définis ci-dessous.

Objectif/But	Code numérique de la question	Libellé de la question
Equité dans la répartition des ressources	Q3.1	La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des recettes tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.4	Les sources de revenu et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
	Q4.1	Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il motivé par des informations sur les besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent ?
	Q4.2	Les paiements des prestataires sont-ils harmonisés entre les organismes acheteurs et au sein de chacun d'entre eux afin de garantir des incitations cohérentes pour les prestataires ?
	Q4.5	Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour éclairer les décisions d'achat ?
	Q6.2	La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation souple des ressources ?
Efficience	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.4	Les sources de revenu et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
	Q4.2	Les paiements des prestataires sont-ils harmonisés entre les organismes acheteurs et au sein de chacun d'entre eux afin de garantir des incitations cohérentes pour les prestataires ?
	Q4.4	Les méthodes de paiement des prestataires et les mécanismes administratifs complémentaires permettent-ils de remédier aux éventuelles sur-prestations ou sous-prestations de services ?
	Q4.5	Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour éclairer les décisions d'achat ?

Objectif/But	Code numérique de la question	Libellé de la question
	Q4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des fournisseurs et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
	Q6.1	Existe-t-il une évaluation à jour sur les principaux goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques en matière de santé ?
	Q6.4	Des mesures ont-elles été mises en place pour remédier aux problèmes liés aux sous-utilisations ou aux dépassements budgétaires dans le domaine de la santé ?
	Q7.1	Les programmes de santé spécifiques sont-ils conformes aux stratégies et politiques générales en matière de financement de la santé ou sont-ils inclus dans celles-ci ?
	Q7.2	Les mécanismes de mise en commun favorisent-ils la coordination des programmes de santé entre eux et avec le système de santé en général et leur intégration entre eux et dans le système de santé ?
Transparence et responsabilisation	Q1.1	Existe-t-il un énoncé de politique sur le financement de la santé à jour, guidé par des objectifs et fondé sur des données factuelles ?
	Q1.2	Les organismes de financement de la santé sont-ils tenus de rendre des comptes au moyen de mécanismes et de processus de gouvernance appropriés ?
	Q1.3	Les informations relatives au financement de la santé sont-elles systématiquement utilisées pour suivre, évaluer et améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ?
	Q2.1	La stratégie de votre pays en matière de mobilisation de ressources tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q2.2	Dans quelle mesure le financement public des dépenses liées à la santé est-il prévisible sur plusieurs années dans votre pays ?
	Q4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des fournisseurs et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
	Q5.2	Les décisions concernant les services qui doivent être financés par des fonds publics sont-elles prises de façon transparente et suivant des processus et des critères clairement définis ?
	Q5.3	Dans quelle mesure les droits aux prestations de la population et les conditions d'accès sont-ils définis de manière explicite et en des termes faciles à comprendre ?
	Q5.5	Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?
	Q6.1	Existe-t-il une évaluation à jour sur les principaux goulots d'étranglement de la gestion des finances publiques en matière de santé ?
	Q6.3	Des processus ont-ils été mis en place pour permettre aux autorités sanitaires de participer à la planification du budget général et à l'élaboration d'un budget pluriannuel ?
	Q6.5	Les rapports sur les dépenses de santé sont-ils complets, publiés en temps voulu et accessibles au public ?
	Utilisation des services au regard des besoins	Q2.2
Q2.3		Quel est le degré de stabilité du flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé ?
Q3.1		La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des recettes tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?

Objectif/But	Code numérique de la question	Libellé de la question
	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.4	Les sources de revenu et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
	Q4.1	Dans quelle mesure le paiement des prestataires est-il motivé par des informations sur les besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent ?
	Q5.1	Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?
	Q5.3	Dans quelle mesure les droits aux prestations de la population et les conditions d'accès sont-ils définis de manière explicite et en des termes faciles à comprendre ?
	Q5.4	Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières sont claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?
	Q5.5	Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?
	Q6.2	La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation souple des ressources ?
Protection financière	Q2.1	La stratégie de votre pays en matière de mobilisation de ressources tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q2.3	Quel est le degré de stabilité du flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé ?
	Q2.4	Dans quelle mesure les différentes sources de recettes sont-elles mobilisées de manière progressive ?
	Q3.1	La stratégie de votre pays en matière de mise en commun des recettes tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.4	Les sources de revenu et les flux de financement multiples sont-ils organisés de manière complémentaire, à l'appui d'un ensemble de prestations communes ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
	Q5.1	Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?
	Q5.3	Dans quelle mesure les droits aux prestations de la population et les conditions d'accès sont-ils définis de manière explicite et en des termes faciles à comprendre ?
Q5.4	Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières sont claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?	

Objectif/But	Code numérique de la question	Libellé de la question
	Q5.5	Les prestations définies sont-elles en adéquation avec les recettes disponibles, les services de santé disponibles et les mécanismes d'achat ?
Équité dans le financement	Q2.1	La stratégie de votre pays en matière de mobilisation de ressources tient-elle compte de l'expérience acquise et des données recueillies à l'échelle internationale ?
	Q2.3	Quel est le degré de stabilité du flux de fonds publics vers les prestataires de soins de santé ?
	Q2.4	Dans quelle mesure les différentes sources de recettes sont-elles mobilisées de manière progressive ?
	Q3.3	Quelles mesures ont été mises en place pour résoudre les problèmes liés à l'existence de plusieurs pools de fonds fragmentés ?
	Q3.5	Quel est le rôle et le poids de l'assurance-maladie volontaire dans le financement des soins de santé ?
	Q5.1	Existe-t-il une série de prestations clairement définies pour l'ensemble de la population ?
	Q5.4	Les frais d'usager sont-ils conçus pour s'assurer que les obligations financières sont claires et s'accompagnent de mécanismes de protection pour les patients ?
Qualité	Q4.3	Les modalités d'achat favorisent-elles la qualité des soins ?
	Q4.5	Les informations sur les activités des prestataires saisies par les organismes acheteurs sont-elles suffisantes pour éclairer les décisions d'achat ?
	Q4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des fournisseurs et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
Sécurité sanitaire	Q3.2	À quel point la capacité du système de santé à redistribuer les fonds prépayés est-elle limitée ?
	Q4.6	Quel est le degré d'autonomie financière des fournisseurs et jusqu'à quel point sont-ils tenus de rendre des comptes ?
	Q6.2	La formulation et la mise en œuvre du budget de la santé tiennent-elles compte des priorités du secteur et favorisent-elles une utilisation souple des ressources ?
	Q7.3	Les mécanismes de financement favorisent-ils la mise en œuvre des capacités requises par le Règlement Sanitaire International pour se préparer aux situations d'urgence ?
	Q7.4	Des systèmes de gestion des finances publiques ont-ils été mis en place pour permettre une riposte rapide aux situations d'urgence de santé publique ?