

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple - Un But - Une Foi*

Ministère de la Santé et de  
l'Hygiène Publique

Ministère de la Solidarité et  
de l'Action Humanitaire

Ministère de la Promotion de  
la Femme, de la Famille et de  
l'Enfant

.....  
Secrétariats Généraux



# Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle

**Décembre 2017**

LISTE DES TABLEAUX .....	4
LISTE DE SIGLES ET ABREVIATIONS.....	5
RESUME .....	6
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION .....	9
1.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives.....	9
1.2. Evolution de la situation macroéconomique 2014-2016 .....	9
1.3. Perspectives économiques 2017 .....	9
1.4. Politique Nationale de Santé .....	10
1.5. Organisation du système de santé .....	12
1.6. Situation sociale .....	13
1.7. Justification de la stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle .....	13
II. ANALYSE DIAGNOSTIQUE .....	15
2.1. Analyse du système de financement de la Couverture Sanitaire Universelle .....	15
Architecture.....	15
2.2. Financement de la santé par l'Etat.....	17
2.2.1. Financement de l'ensemble des dépenses de santé :.....	17
2.2.2. Répartition des dépenses publiques en santé : .....	17
2.2.3. Effort public spécifique à la santé : .....	19
2.3. Analyse institutionnelle et organisationnelle des fonctions et défis principaux .....	19
2.3.1. Mobilisation des ressources .....	19
2.3.2. Mise en commun.....	20
2.3.3. Achat.....	20
2.4. Analyse de la performance du système de financement de la santé .....	20
2.4.1. Utilisation des services .....	20
2.4.2. Equité.....	21
2.4.3. Efficience .....	22
2.4.4. Conclusion sur la performance du système de financement de la santé .....	22
III. ESQUISSE DES PERSPECTIVES D'EVOLUTION.....	23
3.1. Mobilisation des ressources efficace, équitable, soutenable .....	23
3.2. Réduction des barrières financières.....	23
3.3. Utilisation judicieuse des ressources .....	24
IV. FORMULATION DES LA VISION ET DEFINITION DES OBJECTIFS ET DES AXES STRATEGIQUES.....	27
4.1. Vision .....	27
4.2. Objectifs .....	27
4.3. Principes fondamentaux :.....	27
V. APPROCHE GÉNÉRALE ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES .....	28

VI. ANALYSE SUR LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE	29
VII. MISE EN ŒUVRE .....	33
VIII. SCHEMA DE FINANCEMENT ET DE MOBILISATION DE RESSOURCE :.....	33
a. Engagement financier de l'Etat pour avancer vers la Couverture Sanitaire Universelle .....	33
b. Mobilisation des ressources .....	33
IX. MECANISME DE SUIVI-EVALUATION .....	34
a. Dispositif de suivi.....	34
b. Mécanismes d'évaluation.....	34
c. Indicateurs.....	35
ANNEXE 1 : ARCHITECTURE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE A TERME (2023) .....	37
ANNEXE 2 : Croissance de la couverture de la population par l'Assurance Maladie Universelle et subventions d'Etat .....	38

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau n°1 : implications de la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé</b>	<b>7</b>
<b>Tableau n°2 : croissance réelle du PIB Mali et UEMOA</b>	<b>10</b>
<b>Tableau n°3 : PIB, croissance et déflateur Mali</b>	<b>10</b>
<b>Tableau n°4 : évolution de la pression fiscale :</b>	<b>10</b>
<b>Tableau n°5 : répartition des dépenses de santé de l'Etat au secteur santé</b>	<b>18</b>
<b>Tableau n°6 : montants des subventions et % sur le total des subventions à la CRM</b>	<b>18</b>
<b>Tableau n°7 : évolution de la part de la fonction santé dans le budget global de l'Etat</b>	<b>19</b>
<b>Tableau n°8 : évolution de la part du secteur santé dans le total du budget (allocation)</b>	<b>19</b>
<b>Tableau n°9 : quelques indicateurs clé d'accès aux services :</b>	<b>21</b>
<b>Tableau n°10 : indicateurs clés de l'évolution induite par la stratégie :</b>	<b>24</b>
<b>Tableau n°11 : perspective d'évolution de la structure du financement de la santé :</b>	<b>25</b>
<b>Tableau n°12 : part des secteurs de l'axe 2 dans les dépenses récurrentes 2017-2020<sup>1</sup></b>	<b>29</b>
<b>Tableau n°13 : prévision d'évolution de la couverture maladie</b>	<b>30</b>
<b>Tableau n°14 : Indicateurs de la stratégie de financement de la santé et leurs objectifs</b>	<b>35</b>

---

<sup>1</sup> DPBEP (2018-2020), tableau 9, paragraphe 92, p32.

## **LISTE DE SIGLES ET ABREVIATIONS**

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Médicale
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BIT	Bureau International du Travail
CA	Conseil d'Administration
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CRCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSCom	Centre de Santé communautaire
CSRéf	Centre de Santé de référence
DGB	Direction Générale du Budget
DNTCP	Direction Nationale du Trésor et de la Comptabilité Publique
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPH	Etablissement Public Hospitalier
FMI	Fonds Monétaire International
IDH	Indice de Développement Humain
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P4H	Providing for Health
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public Privé
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaire Technique et Financier
RAMED	Régime d'Assistance Médicale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SSP	Soins de Santé primaires
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne

## RESUME

Les Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, celui de la Solidarité et de l'Action Humanitaire et celui de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ont élaboré un plan décennal de développement sanitaire et social. Les Ministères et leurs Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont convenu qu'un certain nombre de thèmes devaient y être approfondis, dont le financement de la Couverture Sanitaire Universelle, confié à un groupe thématique de travail.

Auparavant, un processus avait démarré entre le gouvernement et les PTF dans le cadre d'une démarche de la plateforme P4H<sup>2</sup>. Il s'agissait d'élaborer et de mettre en œuvre une feuille de route conjointe pour le développement de la couverture sanitaire universelle. Au cœur de celle-ci figurait l'élaboration d'une stratégie de financement de la Couverture Maladie Universelle sous la conduite du Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire.

Les deux démarches se sont rejointes pour la réalisation du document. Au-delà des termes (« financement de la santé » ou « financement de la couverture sanitaire universelle » ou encore « développement de la couverture sanitaire universelle »), les départements se sont retrouvés, en collaboration avec le Ministère de l'Economie et des Finances, pour l'élaboration du document de *stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle*. Celui-ci dessine la voie de l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population du Mali tout en la protégeant du risque financier lié à la maladie.

Avant de rédiger la stratégie nationale, un état des lieux du financement de la santé a été dressé dont les conclusions sont les suivantes :

- une offre de soins et un système de santé peu performants,
- un financement du secteur insuffisant,
- des inégalités fortes - à la fois inégalités sociales et inégalités géographiques,
- un environnement général « critique » pour la santé, qui dépasse la dichotomie « urgence » et « développement »,
- une organisation communautaire dynamique,
- une réponse fragmentée du « système » de financement : divers mécanismes de prise en charge coexistent, qui fonctionnent mal et qui empêchent une réponse systémique,
- un leadership sectoriel & intersectoriel à améliorer sur le système de financement

### **Focus sur les dépenses de l'Etat en Santé en 2016:**

L'Etat dépense environ 11% de son budget au secteur santé, ce qui est relativement peu au regard des défis sanitaires, mais honorable eu égard aux autres défis auxquels le Mali doit faire face. Le Ministère de la Santé dispose des ¾ de ce budget (77%). Ses besoins de financement sont très importants mais l'efficacité de ses dépenses peut également être améliorée. La couverture du risque maladie profite à toute la population malienne et à des cibles vulnérables grâce aux « gratuités » (exemptions de paiement). Par contre les dépenses de l'Etat en assurance maladie (11,1% du total), ne sont pas équitables. La grande majorité profite à la population du secteur public au travers l'AMO (la cotisation de l'Etat employeur représente 63% de ces dépenses). Les subventions au secteur informel sont minimales (11%) et celles aux démunis sont faibles (1/4 du total) et utilisées de façon sous-optimale. D'autres Ministères (Education, Armées) gèrent moins de 2% des dépenses du secteur. Il est néanmoins important que la Tutelle du secteur puisse suivre des dépenses pour en analyser la performance.

---

<sup>2</sup> P4H est une plateforme mondiale de collaboration en protection sociale santé qui en 2016 regroupe : OMS, Banque Mondiale, BIT, ADB, GFTAM, les coopérations française, allemande, suisse, espagnole, américaine. <https://p4h.world/en>

Pour transcender ces défis, la stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle, s’adossant sur le cadre de mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023, entend apporter des réponses autour de quatre piliers qui sont :

- 1- **Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture sanitaire universelle;** il s'agit d'augmenter le niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé en général pour atteindre 14% en 2023, afin de permettre notamment l’extension de l’assurance maladie universelle au secteur informel pauvre et non pauvre ;
- 2- **Garantir une meilleure allocation des ressources,** pour ce faire, il faudra mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficacité et d'équité, développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates, prendre systématiquement en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l’allocation des ressources, développer une stratégie avec le secteur privé dans le sens de l’intérêt des populations ;
- 3- **Mettre en place l’Assurance Maladie Universelle au moyen d’un dispositif adapté, cohérent et complet** qui passera par l’institutionnalisation de la gestion d’un régime fondé sur un panier de soins de base obligatoire pour tous, et l’intégration progressive de certaines gratuités existantes ;
- 4- **Améliorer la gouvernance financière,** qui requiert la mise en place d’un dispositif de gestion stratégique de l’information financière, l'amélioration de l’efficacité dans la gestion des financements, des mécanismes de redevabilité et le renforcement de l’environnement institutionnel pour un financement durable.

Les actions développées à travers la présente Stratégie contribueront à donner un coup d’accélérateur aux aspects de la couverture sanitaire universelle insuffisamment traités dans le PDDSS 2014-2023, dont le PRODESS III est la première phase quinquennale de mise en œuvre. Au terme de ce cadre de mise en œuvre, de nouveaux objectifs de progression seront définis pour le prochain PDDSS sur la base des résultats atteints en 2023.

**Tableau n°1 : implications de la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé**

INDICATEURS CLES	2016 ou indiqué	Objectifs 2023
<b>EFFORT DE L’ETAT</b>		
Budget du secteur santé en % des dépenses courantes	11%	14% <sup>3</sup>
Budget de l’Etat pour subventionner la couverture du risque maladie en % des dépenses courantes	0,5%	4%
<b>EFFET SUR LA POPULATION</b>		
Paiement direct des ménages dans le total des dépenses de santé (2014)	44,95%	35%
Couverture de la population en assurance maladie	11,92%	31%
Incidence des dépenses catastrophiques <sup>4</sup> (2011)	19%	10%

Les 14% du budget national que la stratégie consacre à la couverture sanitaire universelle pour 2023 représenteront un effort substantiel de l’Etat, mais il est déjà prévu d’atteindre 12% en 2020. En 2023 le système de santé aura ainsi bénéficié d’une meilleure gestion de ses ressources et de moyens supplémentaires.

<sup>3</sup> NB : la programmation budgétaire 2018-2020 prévoit déjà 11.95% en 2020 (cf. DPBEP 29, 92, 32)

<sup>4</sup> Sambo et al. International Archives of Medicine 2013, 6:10 ; <http://www.intarchmed.com/content/6/1/10>

Grâce à ces moyens et à la mise en œuvre de la présente stratégie, 31% de la population malienne sera couverte par l'assurance maladie universelle, dont 21% du secteur informel non pauvre et 100% des personnes les plus pauvres (« indigents »). Le financement de la couverture sanitaire universelle participera plus que jamais à améliorer l'état de santé de la population ainsi qu'au développement et à la cohésion nationale.



## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

### 1.1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>. Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Selon les résultats définitifs du 4<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. Cette population aurait atteint **18 343 000 habitants en 2016** selon les résultats des projections issus de la révision 2016 du RGPH 2009 de la Direction Nationale de la Population du Mali.

Dans sa très grande majorité, la population malienne est sédentaire; les nomades représentent 0,92% de la population. Elle vit essentiellement en milieu rural. Le milieu urbain compte 3.274.727 résidents (soit 22,5%) contre 11.253.935 (soit 77,5%) pour le milieu rural.

La densité du pays est d'environ 15 habitants au Km<sup>2</sup> en 2016. Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

Le Mali a connu une augmentation rapide de l'effectif de sa population entre 1976 et 2009. En effet, estimé à 1,7% en moyenne entre 1976 et 1987, le taux de croissance de la population a atteint 3,6 de 1998 à 2009. A ce rythme, la population malienne doublera presque tous les 20 ans avec les conséquences qui pourraient en résulter quant à l'amélioration du bien-être des individus.

La population du Mali se caractérise par son extrême jeunesse. Les moins de 15 ans représentent 46,6% de la population, la tranche d'âge de 15-64 ans représente 48,4% et la population âgée de 65 ans et plus est de 5%.

Le Mali comprend actuellement dix régions administratives (y compris le district de Bamako (la capitale), 66 cercles (y compris les 6 communes de Bamako qui ont également un statut de cercle), et 703 communes (y compris les 6 communes de Bamako). Ces dernières sont administrées par les collectivités territoriales.

### 1.2. Evolution de la situation macroéconomique 2014-2016<sup>5</sup>

L'économie malienne a connu une croissance exceptionnelle de 7,0 % en 2014. Cette performance est imputable à un rebond de la croissance dans les secteurs primaire et secondaire.

Malgré une légère décélération en 2015 due à la contraction de l'activité dans le secteur secondaire, la croissance de l'économie est restée robuste. Ainsi, la croissance du PIB réel est ressortie à 6 % en 2015 grâce au dynamisme du secteur tertiaire et à la bonne tenue du secteur primaire en lien avec l'agriculture vivrière. En 2016, le taux de croissance est quasi identique à son niveau de 2015 (environ 5,8%) soutenu essentiellement par le secteur tertiaire et primaire.

L'inflation est restée très modeste sur la période 2014-2016 en raison, principalement, de la bonne tenue des campagnes agricoles et du faible niveau du prix des produits pétroliers. Sur la période 2014-2016, la moyenne annuelle du taux d'inflation est estimée à 0,5 % contre la norme de 3 % pour la zone UEMOA.

### 1.3. Perspectives économiques 2017

Le taux de croissance économique ressortirait à 5,3 % en 2017 contre 5,8 % en 2016. L'inflation moyenne est prévue à 0,2% en 2017

---

<sup>5</sup> DPBEP (2018-2020)

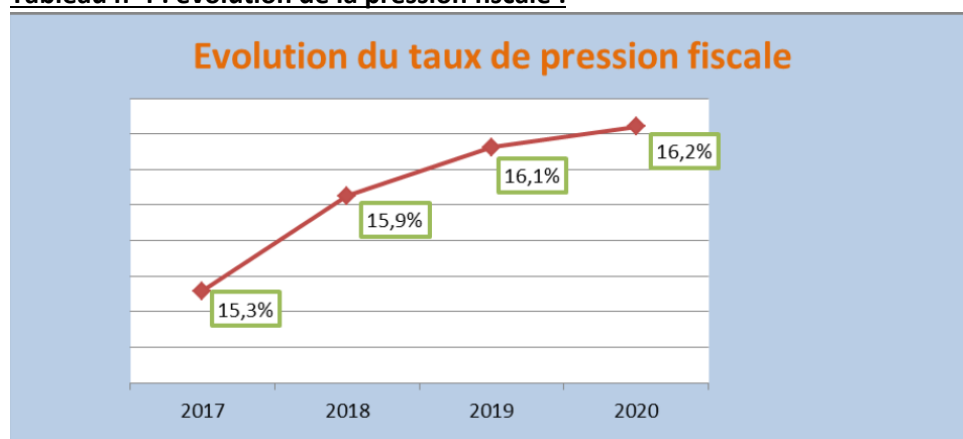
**Tableau n°2 : croissance réelle du PIB Mali et UEMOA**

	Croissance réelle du PIB (%)					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
UEMOA	0,6	5,8	6,5	6,3	6,3	6,3
Mali	2,7	-1,2	4,8	7,0	6,0	5,8 <sup>6</sup>

**Tableau n°3 : PIB, croissance et déflateur Mali**

	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2014-2016
PIB nominal en milliards de F CFA	6544	7114	7748	8285	7422,75
Taux de croissance réel du PIB	4,8%	7,0%	6,0%	5,8%	5,9%
Déflateur	0,7%	1,6%	2,8%	1,5%	1,7% <sup>7</sup>

Il est également très intéressant de noter l'amélioration sensible de la pression fiscale<sup>8</sup> :

**Tableau n°4 : évolution de la pression fiscale :**

#### 1.4. Politique Nationale de Santé

Le Mali a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire de la promotion de la Famille. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays ; ce qui a été reconfirmé par la Loi d'orientation sur la santé n° 02 – 049 du 22 Juillet 2002, qui précise ses grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé.

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle : le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) I sur la période 1998-2002 et le PRODESS II, sur la période 2005- 2009. Le PRODESS II a été par la suite prolongé à 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) 2007-2011 qui constitue le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

<sup>6</sup> MEF, FMI (7ème revue FEC, mai 2017), mai 2017, Rapport des services du FMI sur les Politiques communes des Etats membres de l'UEMOA, mars 2016.

<sup>7</sup> MEF, FMI staff estimates and projections.

<sup>8</sup> DPBEP (2018-2020), figure n°3, paragraphe 38, p17.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces politiques, le Mali a élaboré son quatrième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) pour la période 2014-2023.

Le PDDSS (2014-2023) devrait fournir l'opportunité de passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé, la solidarité et la promotion de la femme.

Le Programme de Développement Socio-sanitaire (PRODESS III) 2014-2018 (première tranche quinquennale du PDDSS) a été validé le 04 Juin 2014. Le PRODESS III a été bâti suivant une approche participative, ascendante et décentralisée. Il suit la vision et les orientations stratégiques du PDDSS 2014-2023.

Les objectifs stratégiques (OS) du PDDSS 2014-2023 dont le PRODESS III constitue la première tranche quinquennale sont au nombre de onze (11) :

- i. Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ;
- ii. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ;
- iii. Réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps liés aux maladies non transmissibles ;
- iv. Promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé ;
- v. Réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits, et minimiser leur impact social et économique ;
- vi. Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations ;
- vii. Assurer un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques y compris les réactifs de laboratoire, les vaccins et les produits sanguins ;
- viii. Assurer la disponibilité des ressources humaines (hommes et femmes) qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable ;
- ix. Développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé, une gestion transparente et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficaces ;
- x. Assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire ;
- xi. Assurer une gouvernance du système de santé permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes, une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le Gouvernement de la République du Mali a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle suivant le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002. Le Décret n°2012-082 P-RM du 08 février fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités territoriales en matière de développement social, de la protection sociale et d'économie solidaire a été pris dans ce cadre.

La politique nationale de santé est renforcée dans sa mise en œuvre par l'élaboration de la politique de solidarité et des personnes âgées (1993), la déclaration de politique de protection sociale (2002), la politique nationale de promotion de l'économie sociale et solidaire (2015) la politique nationale de protection sociale (2016), la politique nationale de promotion de la femme et de l'enfant (2002) et la Politique Nationale Genre (2010).

### 1.5.Organisation du système de santé

Le système de santé est composé de l'ensemble des structures et organismes publics (Etat et collectivités territoriales), privés, communautaires (associations et mutuelles, fondations) et confessionnels ainsi que les ordres professionnels de la santé dont l'action concourt à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Au niveau institutionnel, le système de santé est structuré en trois niveaux:

- le niveau opérationnel: le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre, il définit les critères d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

Les collectivités territoriales participent à l'administration de la santé dans les conditions définies par la loi n°95-034 du 12 avril 1995 portant code des collectivités territoriales. Ainsi le conseil communal, le conseil de cercle et le Conseil Régional délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaires et des hôpitaux régionaux. Ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations rurales.

Les Ordres professionnels du secteur de la santé participent à l'exécution de la Politique Nationale de Santé dans les conditions fixées par la loi.

Au niveau des structures de prestations de soins, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux. Le niveau district sanitaire avec 2 échelons ; le premier échelon qui est la base de la pyramide ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) au nombre de 1 294 en 2016. Il existe d'autres structures de santé: parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés, environ 1335 en 2015 qui complètent le premier échelon. Le deuxième échelon qui offre la première référence, est constitué par les 63 Centres de Santé de Référence (CSRéf).

**Le niveau intermédiaire** regroupe 7 Établissements Publics Hospitaliers (EPH) assurant la 2<sup>ème</sup> référence à vocation générale et situés dans les chefs-lieux des différentes régions. A ceux-ci s'ajoute l'Hôpital « Mère-enfant » le Luxembourg, un hôpital privé associé à la mission du service public hospitalier.

**Le niveau central** comprend 5 Etablissements Publics Hospitaliers qui prennent en charge la 3<sup>ème</sup> référence et constituent le sommet de la pyramide.

La loi d'orientation sur la Santé indique que l'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS. A cet effet, elle institue une carte sanitaire, adoptée par décret pris en Conseil de Ministres et révisée tous les cinq ans, qui repose sur le découpage du territoire national en districts sanitaires et en aires de santé complétées par la carte hospitalière.

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles. Les établissements du secteur privé sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Leur nombre a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies ; en 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les statistiques de la Direction Nationale de la Santé. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire. Quant aux services de santé de l'Armée, ils étaient au nombre de 19 en 2011 et se composent de postes médicaux,

d'infirmes, de maternités de garnison et d'infirmes-hôpitaux. Enfin on dénombrait 25 structures de prestation de services appartenant aux organisations religieuses en 2011.

A côté du système moderne de santé, il existe au Mali **une médecine traditionnelle riche et variée**, qui est présente dans tous les quartiers des villes et dans tous les villages et qui constitue le premier recours aux soins pour la majorité de la population.

### **1.6. Situation sociale**

La pauvreté a connu une diminution au cours de la première moitié de la précédente décennie, principalement liée à une réduction en milieu rural, suivie par une tendance à l'augmentation depuis 2009. En effet, le taux de pauvreté a diminué de 12 points de pourcentage passant de 55,6 % à 43,7 % entre 2001 et 2009. Cette diminution est surtout imputable à une diminution de la pauvreté dans le milieu rural (66,8 % à 51,2 %) et à une diminution de la pauvreté à Bamako (17,6 % à 9,6 %).

Durant la même période, le taux de pauvreté a suivi une évolution contraire dans les villes autres que Bamako passant de 28,6 % à 32 %.

A partir de 2009, le taux de pauvreté affiche une tendance à la hausse. Il est passé de 43,7 % à 47,2 % entre 2009 et 2015. Cette tendance à l'augmentation est surtout perceptible dans les villes autres que Bamako puisque dans ces milieux, le taux de pauvreté est passé de 32 % à 47,7 %.

Si la reprise économique en 2014 marquée par un rebond du taux de croissance à 7 % avait contribué à une réduction timide (-0,2 points de pourcentage) de la pauvreté entre 2013 et 2014, cette tendance à la baisse ne semble pas s'être poursuivie en 2015, puisque la pauvreté affiche une légère augmentation de 46,9 % en 2014 à 47,2 % en 2015. Cette augmentation est perceptible dans les différents milieux : urbain hors Bamako (+0,8%), rural (+0,3%), Bamako (+0,1%). La situation sécuritaire dans le pays depuis 2012 continue d'impacter de manière très significative sur la lutte contre la pauvreté<sup>9</sup>.

Avec un IDH de 0.442, le Mali se situe au 181<sup>ème</sup> rang sur 194<sup>10</sup>.

S'agissant de l'Inégalité, il ressort que sur la période 2001-2015 **l'indice de Gini** est passé de 0,39 à 0,32 entre 2001 et 2009, traduisant ainsi une réduction substantielle des disparités, alors qu'il est passé entre 2011 et 2015 de 0,42 à 0,34 marquant la très grande variabilité du phénomène d'une année à une autre.<sup>11</sup>

### **1.7. Justification de la stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle**

Le financement de la santé est un des blocs du système de santé, mais il est aussi une dimension transversale de ce système : l'argent est le nerf de son fonctionnement. En somme une stratégie nationale de financement de la santé est connexe à l'ensemble des blocs du système et prend en considération les conditions financières permettant la performance de chaque bloc et de l'ensemble.

Le financement de la santé est un aspect primordial de l'accès aux soins puisque la barrière financière est la plus importante pour les populations lorsqu'elles cherchent à se soigner. Par conséquent, le financement de la santé englobe les conditions de satisfaction d'une demande formulée et non formulée pour la couverture des besoins en soins de santé de la population.

Concevoir une stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle, c'est donner une direction générale et élaborer les grandes lignes stratégiques nationales pour mettre en place un système de financement performant, qui concourt à la fois à la réalisation d'un système de santé adéquat et à la réalisation

---

<sup>9</sup> DPBEP (2018-2020), paragraphe 61, 62, 63 & 64 p25

<sup>10</sup> <https://www.populationdata.net/palmares/idh/>

<sup>11</sup> DPBEP (2018-2020), paragraphe 65, p25

des besoins en soins de santé de la population. Plus généralement, il s'agit d'une trajectoire essentielle de la couverture sanitaire universelle.

Le financement de la couverture sanitaire universelle peut être analysé au travers des trois fonctions du financement de la santé, à savoir : la mobilisation des ressources, la mutualisation des ressources et l'achat de services. Ce cadre analytique est apparu adéquat pour saisir les limites systémiques du financement et proposer des améliorations.

Les engagements et l'expérience donnent des indications sur des normes de volumes financiers que le pays doit tenter de mobiliser pour aller vers la couverture sanitaire universelle et obtenir des résultats dans des délais raisonnables. Ces volumes concernent notamment la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé. Idéalement les paiements effectués par les usagers pour accéder aux services de santé ne devrait pas être excéder 20% des dépenses totales de santé; au Mali ils se situent à un niveau trop élevé d'environ 45%. Par ailleurs, le Mali à l'instar des pays Africains s'est engagé à consacrer au moins 15% de son budget aux dépenses de santé (engagement d'Abuja). En réalité, les allocations budgétaires au secteur santé sont de l'ordre de 11% en 2016. Les dépenses totales de santé par personne et par an sont d'environ 49\$ alors que le niveau requis par l'OMS est fixé idéalement à 112\$ en 2017<sup>12</sup>. Ces volumes sont donc liés au PNB, à l'assiette fiscale ou encore à l'aide extérieure. On appréciera par conséquent le développement de la couverture sanitaire universelle notamment du point de vue des moyens à mobiliser – source et montants - ainsi que de leur allocation.

De manière particulièrement éloquente, un empilement de dispositifs visant chacun à améliorer l'accès aux soins de qualité de la population peut s'avérer néfaste, d'autant plus si ces dispositifs ne sont pas coordonnés. Il s'agit ici du fractionnement (ou de la « fragmentation »), qui pénalise le développement de la couverture sanitaire universelle à plusieurs titres : éparpillement des ressources humaines, multiplication des dispositions administratives, absence de mutualisation des ressources financières, manque d'analyse critique transversale sur les cibles et sur les moyens mis à disposition, compétition sous-sectorielle contreproductive au lieu de priorisations, errance du dialogue sectoriel, incohérence de la réglementation et de la stratégie. Cet enjeu, qui est des plus cruciaux et des moins évidents, invite à une analyse critique et à un travail spécifique pour la mutualisation des ressources («pooling»).

En aval, les financements de la couverture sanitaire universelle sont les sources de l'achat de services qui doivent répondre aux besoins en soins de santé. Cette fonction d'achat permet d'envisager la pertinence des services donnés ou disponibles eu égard à leur coût, et de porter une analyse critique sur les échanges économiques qu'ils convoquent. L'efficacité des dépenses de soins, leur modalité ou encore la rationalité de ceux-ci, sont autant d'interrogations que pose la fonction d'achat.

Toutes ces problématiques soulevées dans les mécanismes actuels de financement à la fois de l'offre de santé et de la prise en charge du risque maladie, en appellent à une restructuration du dispositif pour asseoir un système plus cohérent, efficace et efficient. Ceci constitue la justification d'une nouvelle approche du financement pour la couverture sanitaire universelle.

---

<sup>12</sup> Stenberg, K., O. Hanssen, T. Edejer, M. Bertram, C. Brindley, et al. 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-income and Middle-income Countries." *The Lancet Global Health* doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30263-2).

## II. ANALYSE DIAGNOSTIQUE

### 2.1. Analyse du système de financement de la Couverture Sanitaire Universelle

#### Architecture

L'architecture du financement de la Couverture Sanitaire Universelle au Mali se caractérise par un grand fractionnement. Le schéma d'ensemble est d'autant plus complexe que le pays dispose d'un très grand nombre de dispositifs de prise en charge des soins de santé de la population.

Le financement de la Couverture Sanitaire Universelle est assuré par divers acteurs que sont l'Etat, le recouvrement auprès des ménages et des institutions de protection sociale, les collectivités territoriales, les PTF. Le budget d'Etat fournit la contribution de la puissance publique pour la production des services de santé. Les ressources dégagées sont largement utilisées pour établir l'offre de services de santé. Elles sont consommées dans la construction et l'équipement des centres de santé, la mise à disposition des ressources humaines en santé, la fourniture des services de prévention et de promotion de la santé, mais également au fonctionnement de l'administration sanitaire.

Une partie des ressources de l'Etat est également utilisée pour soutenir la demande par la mise en place de dispositifs visant à réduire le coût des services de santé pour la population, particulièrement pour les couches les plus vulnérables (enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, indigents, etc.). Il s'agit de la mise en place d'exemptions totale ou partielle pour lesquelles l'Etat se substitue aux usagers pour payer aux prestataires le coût des services qui leur sont donnés.

Pour ce qui concerne les collectivités aux différents niveaux (conseil régional, conseil de cercle, conseil communal), elles doivent mobiliser les ressources nécessaires à injecter pour le financement des plans locaux de développement sanitaire. Jusqu'à présent, l'essentiel du financement des collectivités va à la réalisation d'infrastructure presque exclusivement au niveau périphérique telle que la construction de CCom. Concrètement les sommes mobilisées par les collectivités territoriales dans la santé demeurent très faibles : selon les Comptes de la Santé 2014, les dépenses effectuées par les collectivités s'élèvent à 657 millions FCFA soit 0,16% des dépenses totales de santé (401 924 000 000 FCFA de dépenses courantes).

Les partenaires en coopération bi ou multilatérale passent des accords de financement octroyés suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel. Il va sans dire qu'en fonction du niveau d'intervention, certains flux échappent au contrôle des Ministères et donc aux comptes globaux du financement de la santé. Néanmoins à partir de 2008 à la suite à la Réunion interrégionale des équipes du secteur national de la santé tenue à Lusaka dans le cadre de l'International Health Partnership (IHP+) et suite à l'initiative Harmonization for Health in Africa (HHA), le Mali avait entamé un processus de dialogue actif avec les partenaires intervenant dans la santé qui a abouti en 2009 à un accord appelé « COMPACT<sup>13</sup> ».

Il existe donc en particulier un ensemble de mécanismes qui ont vocation à faciliter l'accès des usagers aux services de santé.

**L'assurance maladie** est gérée par des dispositifs différents, créés pour des cibles particulières, et sans véritable articulation : l'Agence Nationale d'Assistance Médicale ANAM gère le régime d'assistance médicale RAMED pour les indigents, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie CANAM gère l'assurance maladie obligatoire AMO pour le secteur formel, et les mutuelles de santé sont attendues pour couvrir le secteur informel non pauvre.

Bien qu'elle constitue une des plus grandes réformes introduites dans le secteur, l'Assurance Maladie Obligatoire a été confrontée à d'énormes difficultés au moment de son lancement. Les populations qui étaient censées bénéficier de ses services ont manifesté beaucoup de réticences à son introduction sans doute à cause

---

<sup>13</sup> Le « COMPACT » est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement du Mali et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD.

de la faible communication sur les avantages pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille, la méfiance vis-à-vis d'une part des capacités gestionnaires de la CANAM et d'autre part de la qualité des prestations servies dans les formations sanitaires. Pour faire face aux constatations nées de l'introduction de l'AMO, des décisions ont été prises qui ont porté un moment donné, un flou sur le caractère obligatoire de cette assurance maladie. Désormais ce sont 1 143 437 personnes qui ont été enregistrées à l'AMO (fin 2016), soit 6,4% de la population totale et environ un tiers de sa population cible.

Depuis son lancement en même temps que l'AMO, le RAMED est confronté à d'autres types de difficultés qui sont d'ordre organisationnel. L'ANAM qui est l'organisme gestionnaire, a été créée ex nihilo. Ses services ne sont pas disponibles au niveau où les bénéficiaires potentiels en ont le plus besoin à cause entre autres, du fait que les structures déconcentrées qui s'occupent de l'indigence, ne sont pas impliquées dans la gestion du régime. En 2016, 134 875 personnes seulement sont inscrites dans le répertoire du RAMED alors que le dispositif a été conçu pour financer les dépenses de santé d'environ 5% de la population totale soit environ 917.150 personnes. Avec ces résultats, le RAMED aurait donc couvert 15% de sa population cible.

Les mutuelles de santé sont aujourd'hui au nombre de 193 et couvrent moins de 4,95% de la population totale et 6,3% de leur cible. Une stratégie en cours vise à harmoniser leur paquet de soins et à subventionner la cotisation de leurs adhérents. La mutualisation de leurs fonds n'est pas abordée de manière systémique, mais une trentaine d'entre elles la réalise déjà au sein de l'Union Technique de la Mutualité UTM.

L'UTM est un organisme d'appui technique aux mutuelles créé de longue date par l'Etat qui tient aujourd'hui partiellement trois rôles distincts : celui d'organisme d'appui technique à un certain nombre de mutuelles, parfois jusqu'à la gestion du « régime » d'assurance maladie volontaire, celui de représentation de certaines mutuelles, mais aussi celui de mandataire du développement du secteur informel. Pourtant le développement de la protection sociale en santé doit être pleinement assumé comme une responsabilité de l'Etat.

Outre les mécanismes de prépaiements, les dispositifs de prise en charge comptent un nombre très important de systèmes de « gratuité », ou plus exactement **d'exemptions de paiement**<sup>14</sup>. S'il s'agit à chaque fois de lever la barrière financière pour le malade. Les mécanismes sont d'une très grande variété pour ce qui concerne leur cible, la source de leur financement (éventuel), ou encore leur gestion et le paiement éventuels aux prestataires.

Le système de financement de la santé est donc caractérisé par un fort fractionnement, dû au fait que ces dispositifs ne sont pas liés. Il est vrai que l'on trouve parmi les membres d'une même mutuelle de santé, un certain degré de partage du risque financier lié à la maladie, mais la taille de ces organismes reste extrêmement modeste. Cette situation implique une faible solidarité et une absence de redistribution des ressources entre les mécanismes et entre les couches sociales. Elle implique aussi une forte duplication des fonctions administratives et un besoin de coordination, avec comme conséquence des coûts de transaction et des frais administratifs élevés.

In fine, le « système » génère par lui-même beaucoup d'inefficiences dans l'utilisation des ressources et favorise l'iniquité à la fois dans le financement et dans l'accès aux soins de santé. Sur ce dernier point en effet, la contribution des ménages au financement de la santé, qui est réalisée sur la base de paiements directs et de cotisations peu mutualisées, ne se fait pas selon leur capacité à payer.

---

<sup>14</sup> Cf. étude dite « des passerelles », Ministère de l'Action Sociale, 2013.



## **2.2. Financement de la santé par l'Etat**

### **2.2.1. Financement de l'ensemble des dépenses de santé :**

D'après les Comptes de la Santé 2014, la dépense publique de santé représente 52% des dépenses totales de santé ; la différence est surtout constituée des dépenses directes des ménages (44,95% du total). Les cotisations du secteur privé aux mécanismes d'assurance maladie sont estimées à 12,241 milliards (soit environ 3,05% du total des dépenses totales de santé). Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que le Mali connaisse une incidence de dépenses catastrophiques parmi les plus élevées, à 19%<sup>15</sup>. Les dépenses de santé par an et par habitant, sont, au Mali, d'environ US\$ 49 en 2014 contre US\$ 42,7 en 2013. On note également que les dépenses publiques en santé sont largement soutenues par l'aide internationale puisque le financement des PTF représente environ la moitié de celles-ci en 2014.

### **2.2.2. Répartition des dépenses publiques en santé :**

Une question fondamentale concerne l'allocation des ressources domestiques au secteur de la santé. En effet la moitié des dépenses publiques de santé proviennent de l'aide internationale mais ceci n'est point pérenne et l'analyse doit se concentrer sur la part des dépenses récurrentes du budget consacrée à la santé ainsi que son allocation. Le budget de l'Etat consacre près de 100 milliards à la Santé<sup>16</sup>. Ceci représente 11% des dépenses récurrentes utilisé pour le secteur, de sorte que le Mali est encore loin de l'engagement d'Abuja. Mais en considération du contexte, on peut tout de même saluer cet effort, et l'on doit se réjouir des programmations à la hausse (cf. infra). Le second point concerne donc l'allocation de ces 11%. L'analyse relève que :

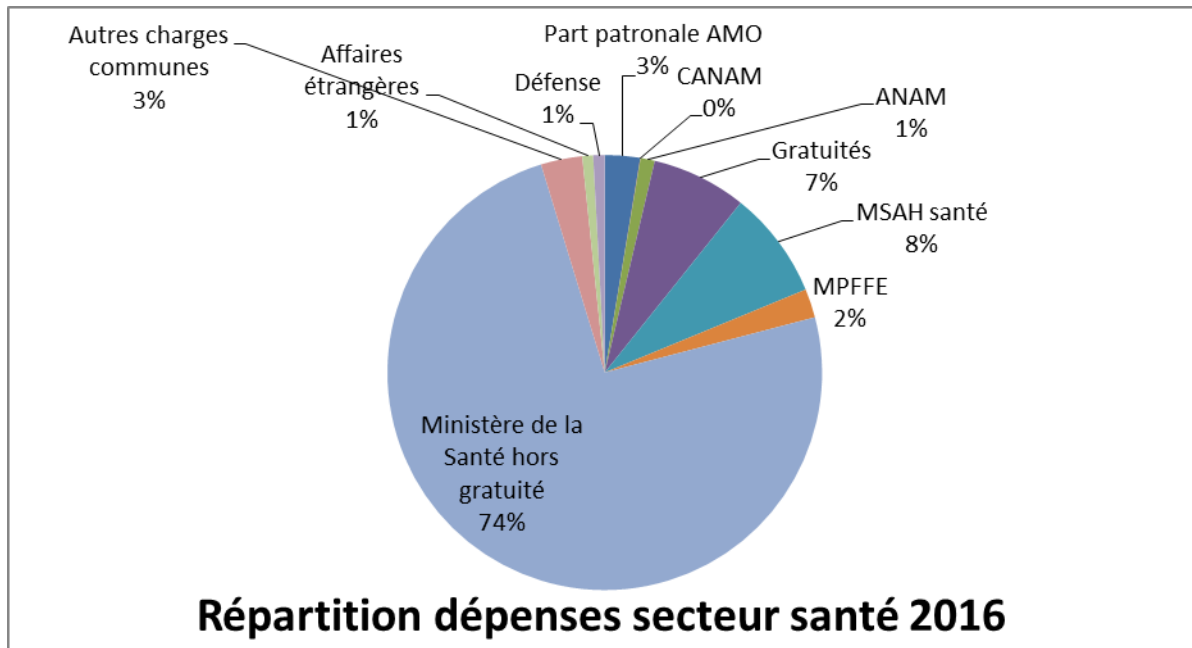
- Le Ministère de la Santé dispose des ¾ de ce budget (74%). D'un autre côté l'efficacité de ses dépenses actuelles peut également être améliorée ;\*
- La couverture du risque maladie profite à toute la population malienne, voire à des cibles vulnérables, grâce aux « gratuités » (exemptions de paiement). Il sera cependant important d'évaluer le fonctionnement de ces gratuités. Au niveau de l'assurance maladie les dépenses de l'Etat au contraire ne sont pas véritablement équitables. La grande majorité profite à la population du secteur public au travers l'AMO (63% de l'effort de l'Etat à l'assurance maladie concerne sa part d'employeur). Les subventions au secteur informel sont minimales (11% du totales de subventions de l'Etat à l'AM) et celles aux démunis sont d'une part relativement faible (1/4 du total) et d'autre part utilisées de manière sous-optimal (seul 19% de la subvention à l'ANAM ou 27,8% des dépenses de l'année 2016 a servi à payer des prestations maladies).
- D'autres Ministères (Education, Armées) gèrent moins de 2% des dépenses du secteur. Il est néanmoins important que la Tutelle du secteur puisse suivre des dépenses pour en analyser la performance.

---

<sup>15</sup> Sambo et al. International Archives of Medicine 2013, 6:10 ; <http://www.intarchmed.com/content/6/1/10>

<sup>16</sup> Chiffre DGB : 98.749.555.603 FCFA

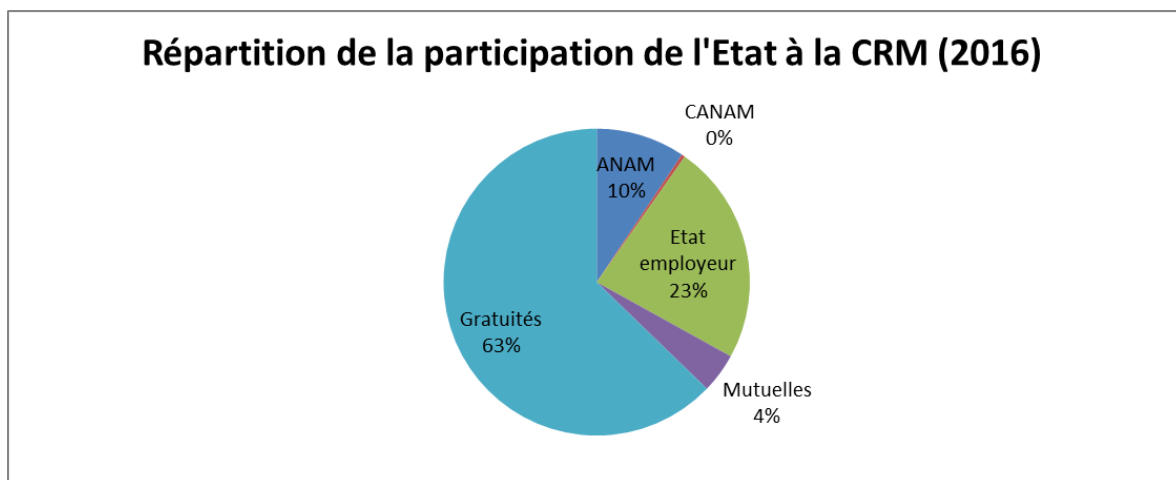
**Tableau n°5 : répartition des dépenses de l'Etat au secteur santé**



L'ensemble des dépenses de l'Etat à la couverture du risque maladie représente 11,1% du total<sup>17</sup>.

**Tableau n°6 : montants des subventions et % sur le total des subventions à la couverture du risque maladie :**

ANAM	CANAM	Etat employeur	Mutuelles	Gratuités
1 032 388 000	39 281 000	2 556 742 000	459 773 803	6 896 659 665
9%	0%	23%	4%	63%



<sup>17</sup> On ne comptabilise pas ici les dépenses de l'Etat afférentes aux départements (logique AMU) mais ceux de la CANAM qui sont pratiquement nulles à présent (40 millions).

### 2.2.3. Effort public spécifique à la santé :

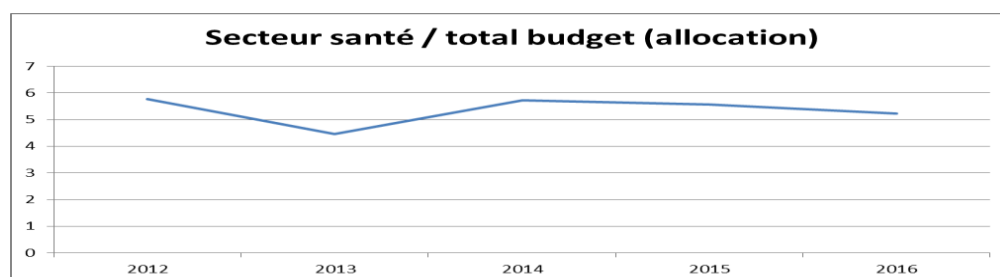
Avec près de 100 milliards de FCFA les dépenses publiques dans le secteur de la santé représentent environ 11% des dépenses courantes de l'Etat. Rapporté au budget total de l'Etat, la part évolue ainsi :

**Tableau n°7 : évolution de la part de la fonction santé dans le budget global de l'Etat**

ANNEES	BUDGET D'ETAT (BE)		FONCTION SANTE			
	PREVISION (BEP) (1)	EXECUTION (BEE) (2)	MONTANT PREVU (3)	% DU BEP (4) = (3)/(1)*100	MONTANT DEPENSE (5)	% DU BEE (6) = (5)/(2)*100
2012	988 605 521 000	872 643 342 000	57 100 851 000	5,78	54 608 283 817	6,26
2013	1 482 575 026 000	1 223 947 215 000	66 167 189 000	4,46	62 382 514 736	5,10
2014	1 823 048 232 000	1 229 440 830 000	104 224 109 000	5,72	84 515 608 038	6,87
2015	1 895 575 720 000	1 492 942 865 000	105 794 520 000	5,58	97 588 574 992	6,54
2016	2 056 580 190 000	1 718 148 154 000	107 618 688 000	5,23	98 749 555 603	5,75

Le graphique suivant montre l'évolution de l'allocation du secteur santé sur le budget exécuté (2012-2016), avec une tendance plutôt à la baisse.

**Tableau n°8 : évolution de la part du secteur santé dans le total du budget (allocation)**



## 2.3. Analyse institutionnelle et organisationnelle des fonctions et défis principaux

### 2.3.1. Mobilisation des ressources

Un point positif de la mobilisation des ressources concerne la capacité d'absorption. Les Taux d'exécution du budget récurrent du secteur santé, développement social et promotion de la famille en 2014, 2015 et 2016 sont respectivement de 99,03%, 97,91% et 99,42%.

Si le financement global a connu une baisse continue entre 2008 et 2011 due à la diminution de la contribution des PTF non compensée par l'accroissement des allocations du budget d'Etat, il est en augmentation depuis 2013. La dépendance de l'Etat pour le financement de la santé montre à l'évidence que la reprise des relations de coopération doit s'accompagner d'une réaffirmation du leadership du gouvernement pour la maîtrise des circuits de financement. L'Etat affirme une intention particulière à ce que les engagements pris pour l'alignement de l'aide soient respectés de toutes les parties, notamment de celles qui ont signé le document «COMPACT».

La mobilisation des cotisations dans le cadre de l'Assurance Maladie rencontre plusieurs problèmes institutionnels et organisationnels. Tout d'abord, le caractère obligatoire et donc universel n'est pas affirmé. Ensuite, l'assurance maladie se développe sur la base de divers mécanismes mis en place pour des cibles différentes, avec une vision stratégique selon laquelle différents régimes seront fixés et harmonisés. La mobilisation des ressources est donc actuellement sous-optimale et d'un coût administratif élevé. Enfin la mobilisation des cotisations pour le secteur informel souffre des limites de capacités contributives : les cotisations attendues des populations du secteur non pauvre semblent au-dessus des possibilités d'une

majorité d'entre elles, et encore les démunis ne seront couverts contre le risque maladie que si l'Etat couvre les prises en charge. L'organisation de la collecte est somme toute, à l'heure actuelle, un obstacle important à l'efficience et au développement de la couverture sanitaire universelle.

La mobilisation des ressources des ménages lorsque ceux-ci paient directement leurs soins de santé ne pose pas de problème organisationnel, mais elle est reconnue comme la façon la moins équitable de mobiliser des fonds pour la santé. Les ressources ainsi mobilisées ne permettent pas non plus une distribution juste et équitable des fonds. Les conséquences du paiement direct sont surtout énormes en termes d'accès aux soins et de paupérisation de la population.

### **2.3.2. Mise en commun**

Les régimes de protection sociale devraient jouer un grand rôle pour favoriser un accès plus équitable aux soins de santé. Malheureusement le « système » (assurance maladie, fonds d'aide, exemptions) est fractionné entre plusieurs agences (CANAM, ANAM, Mutuelles, Directions centrales des Ministères). Il s'agit plutôt d'une juxtaposition de mécanismes que d'un système. Du coup, il existe beaucoup d'incohérences introduites à la faveur de l'émergence de nouvelles institutions sans pour autant que les dispositifs antérieurs soient revus ou supprimés. Les nouveaux dispositifs cohabitent avec d'anciens et génèrent beaucoup de confusions.

Pour ce qui concerne la constitution d'un pool efficace d'assurance maladie, la stratégie est claire. Elle est construite autour de trois régimes d'assurance maladie à savoir l'AMO, le RAMED et l'Assurance Maladie mutualiste, et une vision de pool à terme. Mais jusqu'alors n'ont pas été envisagés (a) l'institutionnalisation du régime d'assurance maladie volontaire, (b) le phasage pour la constitution d'une gestion unique et/ou d'un pool unique à terme. En l'attente, chaque « régime » rencontre beaucoup de difficultés pour se constituer et se développer.

De nombreuses exemptions de paiement ont été introduites pour essayer de réduire les barrières financières d'accès aux services de santé, qui à ce jour limitent d'autant la mutualisation des fonds et la mise en œuvre d'une stratégie claire pour la prise en charge des bénéficiaires et des bénéficiaires.

L'harmonisation et la « dé-fragmentation » du système – en tant qu'il réunit les régimes d'assurance maladie et les exemptions - est un enjeu majeur de la présente stratégie de financement de la santé.

### **2.3.3. Achat**

La fonction d'achat souffre elle aussi du fractionnement du système de financement de la santé et du rôle limité du prépaiement. L'achat stratégique est pratiquement inexistant au Mali, où la fonction se résume largement à la relation entre le prestataire et le patient (paiement direct). On remarque encore que les allocations budgétaires se font largement sur des bases historiques plutôt que de besoins.

Du coup la tarification se fait largement à l'acte, facteur d'inflation des consommations, d'irrationalité dans les prescriptions et autres dérives bien connues.

## **2.4. Analyse de la performance du système de financement de la santé**

### **2.4.1. Utilisation des services**

L'utilisation des services reste faible et ne progresse que très lentement. En effet, de 2010 à 2016 elle a passé de 0,33 nc/hbt/an à 0,40. On remarque même qu'elle a légèrement augmenté entre 2013 (0,35) et 2015 (0,41) Ce sont les enfants de moins de 5 ans qui utilisent le plus les services avec 0,69 nouveau contact/habitant/an en 2016 et 0,76 nouveau contact/habitant/an en 2015.

Divers facteurs expliquent ce faible niveau de consommation des services de santé, notamment :

- la discontinuité et la mauvaise qualité des soins en lien avec l'insuffisance de personnel qualifié à tous les niveaux (toutes les catégories confondues excepté dans le district de Bamako),

- la faiblesse du niveau d'instruction des communautés rurales entraînant leur faible participation ou adhésion à la mise en œuvre de certains programmes de santé,
- au sous-équipement de certains établissements de santé notamment au niveau opérationnel,
- l'inaccessibilité des zones enclavées,
- l'obstacle financier bien entendu, établi comme principale cause de l'exclusion des soins.

**Tableau n°9 : quelques indicateurs clé d'accès aux services :**

INDICATEURS CLE	%	Remarque
5 indicateurs des soins préventifs		
Les besoins satisfaits en planification familiale	10,60%	Le SLIS fait ressortir le taux d'utilisation des services de PF et non la satisfaction des besoins
Le taux de couverture en CPN4	25,54%	
Le taux de couverture des enfants vaccinés contre la rougeole	90%	La non atteinte de l'objectif du taux de couverture en VAR définit dans le PRODESS III soit 93%, pourrait s'expliquer par les difficultés liées au respect de la politique d'utilisation des flacons du VAR qui consiste à ouvrir un flacon pour 10 enfants. D'autres parts la mise en œuvre des activités de vaccination en stratégie avancée et mobile dans les régions d'insécurité a été beaucoup affectée
Le taux d'accès à l'eau potable		Le SLIS donne la situation des points d'eau potable uniquement dans les formations sanitaires
Le taux d'accès à un assainissement satisfaisant		Le SLIS donne le niveau d'assainissement uniquement dans les formations sanitaires
4 indicateurs des soins de traitement		
Taux d'accouchement assisté	57%	
Proportion des PvVIH sous ARV	57,7%	Il s'agit de la proportion de ceux qui sont régulièrement suivi parmi l'ensemble qui est sous traitement ARV
Taux de détection de la TB	67%	
Taux de guérison des cas de TB	76%	

#### **2.4.2. Equité**

En une décennie, le Mali a réalisé des progrès importants en matière de disponibilité d'infrastructures de santé. En témoigne l'évolution de l'accessibilité géographique qui s'est régulièrement améliorée au fil des ans. En 2016, 81% des maliens avaient accès au paquet minimum d'activités dans un CCom à moins de 15Km de leur domicile ; 59% d'entre eux pourraient y accéder avec moins de 5Km à parcourir. Mais ces chiffres cachent des disparités. Les différences entre les zones rurales et la capitale sont criantes d'ailleurs dans les résultats, notamment en ce qui concerne la mortalité infanto juvénile (respectivement de 234‰ contre 108‰).

Il existe encore des iniquités en termes d'utilisation des services de santé : l'utilisation des services curatifs entre les deux régions où elle est la plus élevée (District de Bamako (0,58) et Tombouctou (0,53) et les deux régions dans lesquelles elle est la plus faible (Mopti (0,26) et Ségou (0,31)) est dans un rapport de simple au double.

Même les mesures d'exemption générale qui visent à abattre les barrières d'accès financier aux services de

santé ne profitent pas équitablement aux différentes franges de la population. « *L'exemption de paiement pour la césarienne semble profiter plus au groupe socioéconomique le plus riche. On estime que 24% des femmes ayant accouché par césarienne appartiennent au groupe de bas niveau socioéconomique. Cela semble plus remarquable à Kayes, Sikasso, Koulikoro et les régions du Nord* »<sup>18</sup>.

#### **2.4.3. Efficience**

La question de l'efficience est la plus difficile à traiter car le suivi-évaluation du système de financement ne s'y penche pas et le rapport coût-efficacité est difficile à mesurer. Cependant, beaucoup d'éléments amènent à penser que l'efficience est très insatisfaisante, notamment l'efficacité elle-même des mécanismes et surtout la pluralité de ces mécanismes. L'efficience, en matière de financement de la santé, est notamment un effet de pool et le résultat de l'achat stratégique, qui se valide sur la base d'une gestion stratégique de l'information ; il s'agit ici de trois éléments insuffisamment consistants dans le système de financement de la santé du Mali.

#### **2.4.4. Conclusion sur la performance du système de financement de la santé**

Une première évaluation de la performance du système de financement de la santé au Mali peut se faire sur la base de critères objectifs et de manière générale. Les informations évoquées ci-dessus quant à l'utilisation des services et l'équité mesurée montrent que de meilleurs résultats doivent être atteints : on mesure d'une part une importante exclusion des soins, et d'autre part une iniquité dans l'accès aux soins. De même, un certain nombre de données présentées plus haut montre les limites du système actuel dans l'absence de couverture du risque maladie : un faible de taux de couverture en assurance maladie, ou encore une incidence élevée pour ce qui est des dépenses catastrophiques.

Une autre approche de l'évaluation consiste à utiliser des indicateurs qui révèlent une faiblesse systémique. Cette évaluation n'est plus la mesure directe d'une faillite, mais la mesure d'un indicateur que l'expérience traduit en défis certains. En premier lieu, on retient que la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé est très élevée (près de 45%), et l'on sait par l'expérience internationale que le système de financement atteint d'autant moins ses objectifs que ce niveau est fort.

Par ailleurs, l'évaluation de la performance du système de financement de la santé au Mali tire des conclusions de l'analyse systémique en termes de fonctions et résumée plus haut. La fragmentation du système, en tant que telle, nous assure que le système est sous-optimal en termes à la fois d'efficience et d'équité.

Tout ceci se mesure aussi à l'aune de la qualité des soins, et malheureusement l'objectif de production et de fourniture de soins de santé de qualité n'est sans doute pas atteint dans le cadre du système de financement actuel.

---

<sup>18</sup> Extrait Synthèse des rapports d'activités du programme opérationnel 2010 et programmation 2012 du PRODESS

### III. ESQUISSE DES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

#### 3.1. Mobilisation des ressources efficace, équitable, soutenable

L'essentiel du financement de la santé doit être public, et interne. Ceci promet des ressources plus équitables et plus soutenables. Des objectifs ont été fixés quant à la part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé, qui sont clairs et réalisables (14% en 2023). Ils sont indispensables pour progresser vers la CSU en misant tout autant sur l'amélioration de l'offre de soins que sur la protection contre le risque financier.

Il est entendu que si les départements entendent recevoir davantage de financements publics pour assurer la qualité de l'administration du secteur et de l'offre de soins publique, ils en sont également redevables ; aussi l'objectif de mobilisation de ressources publiques supplémentaires et celui de bonne gouvernance financière sont-ils intimement liés.

Comme on le comprend, il n'est pas acquis que la couverture sanitaire universelle puisse être atteinte en atteignant ou en dépassant légèrement l'engagement d'Abuja (15%). En particulier la couverture du risque maladie requiert de très importantes subventions d'Etat, qui joue ici son rôle social et s'engage dans une partie qui dépasse de très loin les enjeux de la santé. Aussi la présente stratégie fait état des ressources publiques nécessaires au développement de l'assurance maladie universelle dans les conditions imposées par la mise en œuvre, un chemin qui doit être considéré comme une stratégie de développement, une stratégie nationale correspondant à une vision de société solidaire et de cohésion solide, et non pas comme une stratégie sanitaire uniquement. En ce sens, certains éléments fondamentaux de la présente stratégie prendront pleinement leur place dans les stratégies générales de *développement* du pays.

La hausse importante du financement public contribuera à la diminution de la part de paiement des ménages dans le total des dépenses en santé. Grâce à une mise en commun maximale des ressources « pooling » et des niveaux de contributions à l'assurance maladie adaptés aux catégories de revenu des populations, la mobilisation des ressources par les cotisations sera équitable. Comme elle sera automatique pour le secteur formel, inexistante pour les démunis, et très limitée en montant pour le secteur informel non démunis, elle sera efficace moyennant un dispositif de collecte et de gestion financière adapté.

Un effort particulier du dialogue politique notamment dans le sens du COMPACT permettra également d'améliorer le rôle de l'aide internationale dans la santé. Enjeu particulier du secteur, ce dialogue politique devra faire l'objet d'une véritable attention qui dépasse la présente stratégie mais la servira fondamentalement. Notamment, il s'agira d'assurer le *continuum* entre la reconstruction du pays dans laquelle les partenaires sont fortement impliqués et le développement de long terme de l'assurance maladie universelle AMU ici affirmé, qui est envisagé très largement sur la base des ressources nationales.

#### 3.2. Réduction des barrières financières

Le développement de l'assurance maladie au Mali, ainsi que de nombreuses initiatives d'exemption des soins, visent depuis très longtemps à alléger les ménages du poids financier des recours aux soins. Une grande partie de la présente stratégie prolonge ces efforts, en prenant acte de l'intérêt de créer un système à partir des différents mécanismes en place.

Sur la base d'un développement par étapes, la trajectoire pour la constitution d'une assurance maladie universelle au Mali trace les conditions pour systématiser la levée des barrières financières, en tenant compte des besoins spécifiques de populations et de soins particuliers, tout en mutualisant les fonctions et les ressources.

Ainsi la part du prépaiement dans la contribution des ménages à l'effort national sera importante.

### 3.3. Utilisation judicieuse des ressources

Les objectifs d'une meilleure allocation des ressources et d'une amélioration de la gouvernance financière sont pratiquement focalisés sur une utilisation judicieuse des ressources. La présente stratégie entend certes accroître les ressources, mais encore mettre un accent particulier sur l'efficacité de leur utilisation.

Les objectifs d'allocations adéquates, de tarification rationnelle et maîtrisée, ou encore ceux du renforcement de la résilience, s'appuient sur des leviers également inscrits, qui ont trait à la maîtrise du dialogue politique (dialogue intersectoriel, dialogue avec les PTF, renforcement de la collaboration entre les trois Ministères) et à la gestion stratégique de l'information. En amont des perspectives d'accréditation, concept clé et résultat attendu sur le plan de l'offre, un travail important devra être mené sur les conditions de l'offre de soins ; en aval ou dans le même temps, l'introduction et la généralisation de la tarification forfaitaire participera de la maîtrise des coûts dans le cadre de la nouvelle architecture du système de financement.

Ensemble, mais encore avec le développement de l'assurance maladie en tant qu'elle porte une exigence particulière à la qualité et au coût des soins fournis aux populations, les objectifs poursuivis permettront d'améliorer tout à la fois la justesse des choix d'affectation des dépenses et l'efficacité du financement de la santé.

**Tableau n°10 : indicateurs clés de l'évolution induite par la stratégie :**

INDICATEURS CLES	2016 ou indiqué	Objectifs 2023
<b>EFFORT DE L'ETAT</b>		
Budget du secteur santé en % des dépenses courantes	11%	14% <sup>19</sup>
Budget de l'Etat pour subventionner la couverture du risque maladie en % des dépenses courantes	0,5%	4%
<b>EFFET SUR LA POPULATION</b>		
Paiement direct des ménages dans le total des dépenses de santé (2014)	44,95%	35%
Couverture de la population en assurance maladie	11,92%	31%
Incidence des dépenses catastrophiques <sup>20</sup> (2011)	19%	10%

L'analyse du tableau relatif à l'évolution des indicateurs clés induite par la stratégie permet de relever ce qui suit :

⇒ Une augmentation de la part de l'Etat consacrée à la santé :

Le Mali doit consentir des efforts additionnels pour augmenter la part du budget national aux dépenses en santé. Pour y parvenir, au regard de l'état de pauvreté de la population, l'Etat doit rehausser le niveau de son investissement en santé. Ces investissements concernent à la fois l'extension de l'offre de soins et la couverture du risque maladie. Ainsi, il est demandé un effort budgétaire d'allocation de 14% au secteur santé à l'horizon 2023.

⇒ Une augmentation de la part du financement de la santé de l'Etat consacrée à la couverture du risque maladie :

L'augmentation des dépenses de santé doit prioritairement viser une amélioration de la protection financière des ménages. Il est envisagé de déployer un dispositif d'assurance maladie à vocation universelle qui cible spécifiquement les populations à faible revenu (secteur informel et rural). Sa mise en œuvre nécessite une augmentation des subventions pour atteindre 4% du budget récurrent de l'Etat.

⇒ Une diminution de la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses de santé :

Avec l'extension de la couverture maladie et l'augmentation des dépenses publiques en santé, il est attendu une diminution du niveau des dépenses directes. Il est attendu de baisser la part des paiements directs des

<sup>19</sup> NB : la programmation budgétaire 2018-2020 prévoit déjà 11,95% en 2020 (cf. DPBEP 29, 92, 32)

<sup>20</sup> Sambo et al. International Archives of Medicine 2013, 6:10 ; <http://www.intarchmed.com/content/6/1/10>

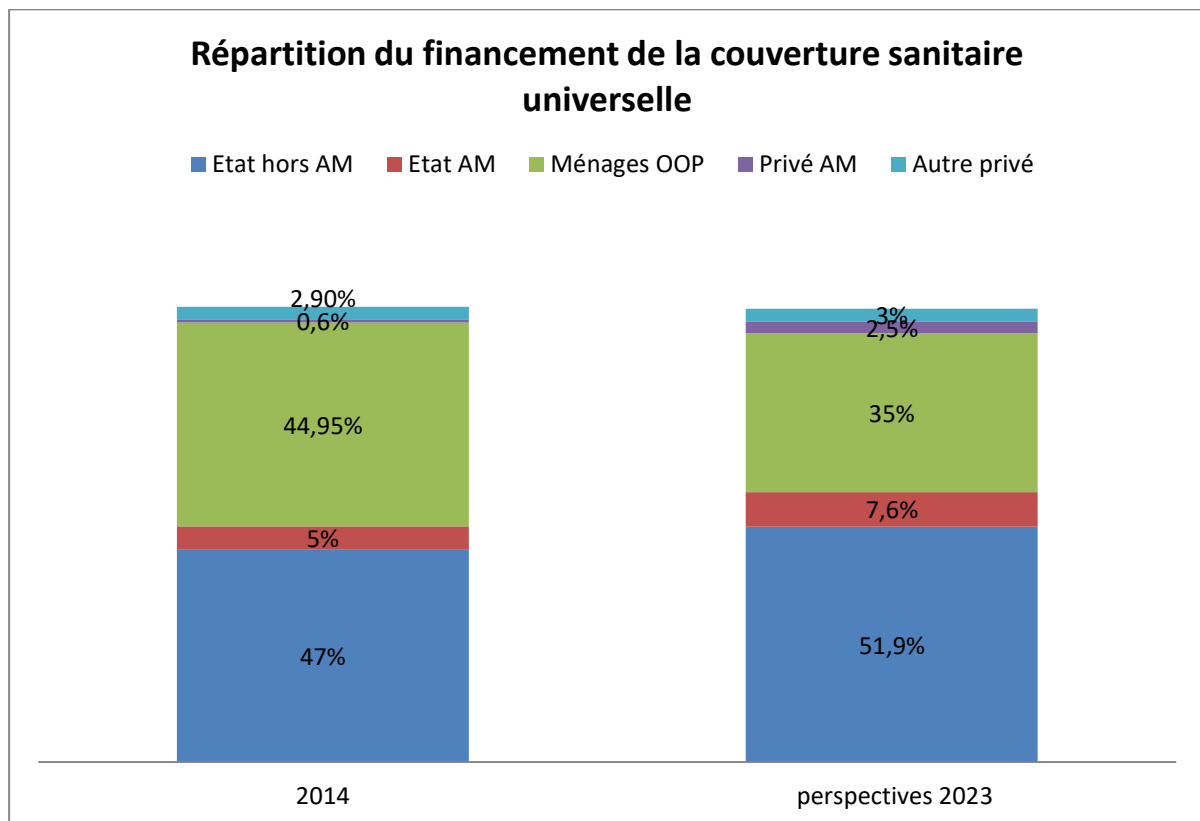


ménages de 45% en 2016 à 35% en 2023 ce qui reste encore au-dessus des indications de l’OMS (inférieur à 20%).

⇒ Une diminution des dépenses catastrophiques<sup>21</sup>

Avec l’émergence du dispositif assurantiel, la mise en œuvre de la présente stratégie devrait conduire à une réduction des dépenses catastrophiques (appauvrissantes). Bénéficiant d’une meilleure protection financière, le fardeau des dépenses dans les revenus des ménages devraient diminuer considérablement, passant de 19% en 2016 à 10% en 2023.

**Tableau n°11 : perspective d’évolution de la structure du financement de la couverture sanitaire universelle:**



L’analyse du graphique sur les perspectives d’évolution de la structure du financement de la couverture sanitaire universelle à travers la présente stratégie indique ce qui suit :

⇒ La part du financement de l’Etat en augmentation (bleu + rouge)

Ainsi la contribution de l’Etat dans le financement total de la couverture sanitaire universelle passerait de 52% en 2014 à environ 60% en 2023. Cette augmentation sera réalisée grâce à un relèvement des subventions à l’Assurance Maladie (de 5% à environ 8%) et une augmentation des allocations récurrentes pour la production des services de santé (47% à 52%).

⇒ La part du « paiement direct des ménages » en diminution (vert)

L’augmentation des dépenses publiques de 5% en 2023 (de 47% à 52%) et dans une moindre mesure des dépenses de tiers payant d’environ 3% va conduire à une diminution des dépenses directes des ménages d’environ 10%. Cette baisse de la part du paiement direct des dépenses par les ménages à 35% des dépenses totales est encore insuffisante comparée à la norme de l’OMS inférieure à 20%.

<sup>21</sup> Par lesquelles la population tombe dans la pauvreté.

⇒ La part mise en commun pour le tiers payant en augmentation (rouge + violet)

Les dépenses des organismes de tiers-payant (assurance maladie) devraient augmenter significativement. Leur niveau va presque doubler passant de 5,6% à 10,1% des dépenses totales de santé.

⇒ Le financement mixte de l'assurance maladie avec davantage d'impôts (rouge) que de cotisation (violet)

A terme, il est attendu que la part du tiers payant dans les dépenses totales augmente franchement pour faire baisser le niveau des dépenses directes des ménages. L'effort à réaliser sera plus important en terme de cotisations à recouvrer auprès des populations du secteur informel et du monde rural qui représentera seulement de 2,3% des dépenses totales en 2023.

## IV. FORMULATION DE LA VISION ET DEFINITION DES OBJECTIFS ET DES AXES STRATEGIQUES

### 4.1. Vision

La vision portée par le présent document est la suivante :

« Une société offrant un accès équitable aux services de santé de qualité à tous ses citoyens par la mobilisation de ressources suffisantes et pérennes, utilisées de façon optimale avec la pleine participation de tous les acteurs »

### 4.2. Objectifs

L'objectif général visé par la stratégie est le suivant :

« Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population malienne et au développement durable du Mali »

Pour atteindre cet objectif général, la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle vise les **objectifs spécifiques** suivants :

1. Réduire le paiement direct des ménages,
2. Augmenter la part de l'Etat et des collectivités territoriales dans le financement des dépenses de santé ;
3. Généraliser le système de tiers pays à travers l'assurance maladie universelle.

### 4.3. Principes fondamentaux :

Les principes fondamentaux sur la base desquels sont proposés les choix et devra se réaliser leur mise en œuvre sont les suivants :

- **Solidarité** : pour le maintien et le renforcement de la cohésion sociale, la communauté doit contribuer activement à l'entraide et à l'assistance aux personnes qui ne peuvent seules subvenir à leurs besoins sociaux.
- **Équité** : Il s'agit de veiller à ce que les droits des plus vulnérables ne soient pas oubliés à travers notamment la disponibilité des services de santé et abaissement des barrières d'accès financier aux services de santé de qualité.
- **Responsabilité** : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.
- **Transparence et redevabilité** : La transparence et la redevabilité impliquent un engagement réel des citoyens dans la gestion des affaires de santé publiques. A cet effet, ils doivent disposer des informations sanitaires fiables à travers des comptes rendus réguliers sur la question pour être à même d'agir en tant que premier acteur de développement du pays.
- **Efficacité et efficience** : Il apparaît que les modalités de paiement des services de santé constituent un aspect essentiel de l'efficacité des systèmes de santé. A ce titre, la mise en commun de fonds prépayés, à travers le régime d'assurance maladie, permet de réduire ou d'éliminer le risque financier associé à des dépenses de santé directes trop élevées et imprévues. De même, la réforme en matière de couverture sanitaire universelle, vise notamment à réduire la fragmentation des dispositifs de couverture du risque maladie pour à une utilisation efficiente des services de santé.
- **Pérennité** : La couverture sanitaire universelle permet notamment de s'attaquer aux insuffisances dans l'allocation des ressources dans le secteur de la santé. Le renforcement du financement public du secteur de la santé contribue à l'atteinte des objectifs du système de santé.

## V. APPROCHE GÉNÉRALE ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Pour atteindre ces objectifs, la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle est basée sur les orientations et résultats stratégiques qui sont résumés dans le tableau suivant :

Principaux défis	Stratégies	Quelques résultats attendus
Accélérer l'accroissement du financement de l'Etat dédié à la couverture sanitaire universelle	1. Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la CSU	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La part du budget de l'Etat consacré au secteur santé a atteint au moins 15%.</li> <li>○ Le niveau des subventions des collectivités territoriales au financement de la santé a augmenté.</li> <li>○ L'assurance maladie universelle est promue comme un projet national de développement et de solidarité.</li> <li>○ Une taxation spécifique dédiée au financement de l'AMU est instaurée pour rendre son développement pérenne.</li> </ul>
Renforcer l'allocation des ressources aux structures d'offres de soins	2. Garantir une meilleure allocation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le système d'allocation est règlementé sur la base des contrats de performances.</li> <li>○ L'équité et l'accessibilité aux soins de santé au profit du secteur informel et rural sont renforcés.</li> <li>○ Le lien entre l'allocation des ressources et les priorités du secteur est assuré.</li> <li>○ Les conditions de tarification sont améliorées.</li> </ul>
Etendre la couverture de l'assurance maladie à l'ensemble de la population	3. Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un pool unique est mis en place pour le régime de base de l'assurance maladie universelle.</li> <li>○ Un paquet de soins pour tous ou "paquet de base" est pris en charge financière par l'Etat à hauteur de 100% pour les démunis, à hauteur de 80% pour les populations du secteur informel.</li> <li>○ Le développement des régimes complémentaires est favorisé.</li> <li>○ Une stratégie d'achat des services de santé garantissant la maîtrise des coûts et la qualité des soins pour l'assuré est développée.</li> <li>○ Le pooling maximal des fonds dédiés à la prise en charge du secteur informel est favorisé progressivement.</li> <li>○ Les stratégies d'intégration des gratuités à l'assurance maladie sont mises en œuvre.</li> </ul>
Renforcer la redevabilité	4. Améliorer la gouvernance financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les Comptes Nationaux de la santé sont institutionnalisés.</li> <li>○ Les outils d'aide à la décision sont améliorés.</li> <li>○ La maîtrise des procédures de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers est améliorée.</li> <li>○ Un mécanisme permanent de redevabilité est instauré</li> </ul>

## VI. ANALYSE SUR LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES POUR LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

### 5.1 Orientation Stratégique 1 : Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la CSU

#### 5.1.1 Augmenter le niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé :

Il est entendu que d'autres Ministères que ceux du secteur, couvrent certaines activités santé, tels le Ministère de l'Education ou celui des Armées. Dans le cadre de la stratégie de financement pour la couverture sanitaire universelle, il s'agit de s'assurer que la part du budget de l'Etat consacrée au secteur santé, y compris les *subventions à la couverture du risque maladie*, sera en progression significative, suffisante **pour améliorer l'offre de soins et pour assurer une protection contre le risque financier** dans un contexte de croissance démographique élevée.

Ce montant acquis, de CFA 100 milliards environ en 2016 (environ 11% des dépenses récurrentes), est déjà promis à une croissance relative dans le budget - mais une croissance qui reste très minime :

**Tableau n°12 : part des secteurs de l'axe 2 dans les dépenses récurrentes 2017-2020<sup>22</sup>**

	2017	2018	2019	2020
Secteur santé / dépenses récurrentes	11,18%	11,61%	11,87%	11,95%

La programmation budgétaire (2018-2020) prévoit également que :

« *Les allocations budgétaires du secteur de la santé passeront de 139,52 milliards en 2017 à 158,38 en milliards en moyenne sur 2018-2020 ; ce qui représente une croissance moyenne de 6,7 % et une part moyenne de 6,1 % sur la période de cadrage<sup>23</sup>.* »

Ainsi la part du secteur de la Santé dans le budget total serait de 6,1% alors qu'elle a été en moyenne de 5,25% entre 2013 et 2016<sup>24</sup>.

Il y a lieu de louer ces efforts. Pourtant l'effort doit être redoublé pour progresser vers la CSU en améliorant l'offre de soins tout en protégeant la population contre le risque financier. Le cadrage du secteur (Secteur santé / dépenses récurrentes) doit être de **14% en 2023** si l'on veut atteindre progresser dans l'Assurance Maladie pour tous tout en maintenant un minimum d'effort sur l'offre de soins. L'effort (2017-2020) devra donc être littéralement redoublé sur la période (2020-2023) pour poursuivre l'effort nécessaire à l'amélioration des services de santé et l'accès à la protection financière des populations du secteur informel pauvre et non pauvre.

Pour cela le second axe stratégique est indispensable.

#### 5.1.2 Mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle :

Il s'agit de promouvoir l'assurance maladie universelle comme un projet national de développement et de solidarité. Il faudra pour ce faire instaurer une taxation spécifique dédiée au financement de l'AMU qui rende son développement pérenne. Une telle mesure prendra en compte la situation économique des populations maliennes : elle est envisagée dans le cadre du renouveau économique, et dans le sens d'une justice fiscale. L'atteinte d'une couverture de 31% de la population par un paquet de soins de base en 2023 requiert un appui de l'Etat progressif destiné à subventionner la prime d'assurance pour le secteur informel pauvre et non

<sup>22</sup> DPBEP (2018-2020), tableau 9, paragraphe 92, p32.

<sup>23</sup> DPBEP (2018-2020) Paragraphe 94 p 32

<sup>24</sup> DGB, Sous-Direction « préparation et suivi du budget

pauvre, estimé à FCFA 13,56 milliards en 2018, 24,82 milliards en 2020, 50,09 milliards en 2023 (3,61% des dépenses courantes du budget à cette date)<sup>25</sup>.

Ce montant servira à subventionner totalement le paquet de soins de base pour 5% de la population considérée comme démunie, et à 80% ce même paquet pour 21% de la population issue du secteur informel non pauvre.

La progression de la couverture du secteur formelle est établie selon la programmation 2018-2020, soit avec +200.000 individus par année<sup>26</sup>.

**Tableau n°13 : prévision d'évolution de la couverture maladie**

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Secteur formel	34%	36%	41%	45%	49%	53%	56%	59%
Secteur informel pauvre	14%	27%	39%	51%	63%	76%	88%	100%
Secteur informel non pauvre	4%	8%	11%	13%	15%	17%	19%	21%
% de la population malienne couverte par l'AMU	12%	14%	17%	20%	23%	26%	29%	31%
Subvention de l'Etat au secteur informel en milliards de FCFA	5,68	9,25	13,56	18,72	24,82	31,99	40,36	50,09
Dépenses courantes (programmation budgétaire 2018-2020 extrapolée)		1 150,80	1 209,60	1 224,30	1 262,99	1 302,90	1 344,07	1 386,54
Subvention de l'Etat à l'AMU pour le secteur informel en % des dépenses courantes du budget		0,8%	1,1%	1,5%	2,0%	2,5%	3,0%	3,61%

### 5.1.3 Augmenter le volume des financements extérieurs prévisibles et maîtrisables :

Le secteur est très largement financé par l'aide extérieure, une situation qui ne facilite pas le pilotage national. La crise politique récente, qui a amené la plupart des PTF à suspendre leur aide, a même démontré que ce déséquilibre pouvait considérablement fragiliser la continuité de la politique nationale. En tout état de cause, la présente stratégie veut affirmer la direction qu'il est nécessaire de prendre vers davantage de maîtrise et de prévisibilité des financements de l'aide extérieure.

Concrètement, il s'agira pour le secteur de développer un dialogue sectoriel de qualité et améliorer sa redevabilité pour que les financements des PTF s'orientent de manière cohérente et complémentaire dans le sens d'une direction souveraine. En complément de la présente stratégie, d'autres stratégies relatives au dialogue politique et à la gestion financière devront donc être mises en œuvre.

## 5.2 Orientation Stratégique 2 : Garantir une meilleure allocation des ressources

### 5.2.1 Mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficacité et d'équité :

Il est important d'élaborer des outils de planification stratégique comme le plan décennal, le programme quinquennal et le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) qui soient véritablement ascendants. Le système d'allocations sera règlementé sur la base des résultats et des besoins et en étendant la couverture aux zones insuffisamment pourvues. Enfin on pensera à assurer la disponibilité de ressources humaines notamment en favorisant leur déploiement dans des zones reculées à l'aide de mesures incitatives. Leurs compétences en gestion seront aussi améliorées.

### 5.2.2 Développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates :

Le rapport de l'offre à la demande sera amélioré par un effort particulier sur les conditions de l'offre et de la tarification. Pour ce faire, une intervention stratégique consistera à réviser les missions de l'ANEH pour prendre en compte l'accréditation de l'ensemble du système de santé. En général, on visera à l'amélioration de la gestion hospitalière et des prestataires de services de santé publics notamment au niveau du recouvrement, du système d'information, de la transparence, et de l'efficacité. L'effort devra se déployer jusqu'à l'amélioration des conditions de tarification des actes et médicaments, notamment celles assurant la

<sup>25</sup> Sur la base des projections du DPBEP 2018-2020, extrapolées jusqu'en 2023.

<sup>26</sup> DPBEP 2018-2020, tableau 40, paragraphe 128, p 35

transparence, l'harmonisation, la visibilité, et la redevabilité. Les tarifications au forfait seront largement promues, en lien avec la rationalisation des prescriptions. Autant que nécessaire, des formations en management devront être assurées pour le personnel de santé.

Ce travail se fera en accompagnement de l'ensemble des stratégies sanitaires dans le sens où l'offre est affaire de l'ensemble des piliers du système de santé. Il tiendra à l'ensemble des stratégies d'assurer la disponibilité et la qualité au niveau des infrastructures, du matériel, des ressources humaines, ou encore de la gestion et de l'approvisionnement des médicaments et intrants.

### **5.2.3 Prendre en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l'allocation des ressources :**

Outre la remise à niveau et la recherche de performance et d'équité, la stratégie d'allocation s'assurera de la prise en compte des priorités du secteur. En particulier, la stratégie de prévention fera l'objet d'une attention toute particulière, et la part des dépenses qui y est consacrée augmentera régulièrement. De même, il s'agira de développer les cadres de concertation intersectoriels requis par certaines priorités sanitaires nationales (eau et assainissement, lutte contre la malnutrition, éducation à la santé...) et encore de donner les moyens nécessaires au renforcement de la résilience. Ces cadres de concertations intersectorielles doivent être envisagés dans le contexte plus général des stratégies de développement, aussi les Ministères en charge du secteur de la santé devront être proactifs dans leur mise en place et la tenue adéquate de leur rôle.

### **5.2.4 Développer une stratégie avec le secteur privé dans le sens de l'intérêt des populations :**

Parent pauvre des stratégies sectorielles, le secteur privé fera l'objet d'un cadre de concertation avec la partie publique afin de trouver les voies et moyens de relations « gagnant-gagnant ». Outre l'amélioration de son rôle de régulation du secteur, les Ministères du secteur de la Santé chercheront à développer les partenariats public-privé PPP dans le sens de l'intérêt général.

## **5.3 Orientation Stratégique 3 : Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet**

### **5.3.1 Organiser l'institutionnalisation de l'Assurance Maladie Universelle :**

Afin de développer l'Assurance Maladie Universelle (AMU), un organisme de gestion du risque unique sera mis en place. Pratiquement, il s'agira de mandater en cela et à terme la CANAM et légiférer sur la mise en place d'un régime d'assurance maladie de base obligatoire pour tous. Au-delà du Ministère de Tutelle technique, l'AMU requerra la mise en place d'une instance de régulation interministérielle de l'assurance maladie. Une importance sera donnée aux composantes institutionnelles permettant d'assurer la bonne gouvernance et d'obtenir la confiance des populations dans le dispositif ; notamment, l'autonomie de la structure, ainsi que l'implication de la société civile dans sa gouvernance, feront l'objet d'une attention particulière.

### **5.3.2 Instaurer un paquet de base de couverture sanitaire universelle pour tous :**

Une orientation stratégique consistera à mettre en place un paquet de soins pour tous ou « paquet de base » et à en assurer la prise en charge financière par l'État à hauteur de 100% pour les démunis, à hauteur de 80% du paquet de soins pour les populations du secteur informel. La part de la population considérée comme démunie est établie à 5% dans un premier temps.

Le paquet de soins de base sera défini comptes tenus notamment du déterminant financier (ressources disponibles) et des priorités en termes de santé publique. Il sera l'élément majeur de la stratégie « bénéfiques / bénéficiaires » et prendra en compte les priorités de la politique de santé. Notamment, il participera de la politique de prévention et d'accès aux soins de santé de base.

Le déploiement de l'AMU sur la base d'un paquet de soins de base n'empêchera pas de favoriser le développement des régimes complémentaires, tout au contraire, à la fois pour les catégories du secteur formel (par le même organisme) et pour le secteur informel (via les mutuelles). L'organisme de gestion du risque unique permettra de développer une stratégie d'achat des services de santé garantissant la maîtrise des coûts

et la qualité des soins pour les assurés.

Le déploiement de l'assurance maladie pour le secteur formel dépendra notamment de la constitution du tissu des mutuelles sociales. Leur rôle est en effet envisagé dans les fonctions de proximité de l'AMU et vis-à-vis du secteur informel : information, collecte, suivi ou encore contrôle de l'effectivité des soins. Aussi cherchera-t-on à renforcer les capacités de l'organe administratif en charge de celles-ci dans le cadre de la réglementation UEMOA, à impliquer les collectivités territoriales dans cette direction, à appuyer les initiatives de création des mutuelles communales, unions des mutuelles de district, fédérations régionales et fédération nationale. Il s'agira d'assurer une proximité entre l'organisme de gestion et les populations au niveau local tout en favorisant la mise en commun maximale des fonds dédiés à la prise en charge du secteur informel. De fait, comme les cotisations de ce secteur seront complétées largement par les subventions publiques dans le cadre du paquet national uniformisé de base, les fonds seront d'autant plus naturellement mutualisés au niveau central. Un groupe d'acteurs important sera celui des organismes d'appui technique aux mutuelles, qu'il faudra appuyer financièrement afin de réussir à mettre en place un système de protection sociale santé sur la base de cette organisation de la société civile. Enfin la CANAM développera des contrats de gestion déléguée avec les structures faitières de mutuelles (UTM par exemple) pour le déploiement du système à destination du secteur informel.

Selon les perspectives établies, la couverture en 2029 atteindra 49% de la population, dont la totalité du secteur formel, plus de 1,4 million de démunis, et plus de 7,6 millions d'assurés du secteur informel non pauvre.

### **5.3.3 Intégrer progressivement les gratuités à l'Assurance Maladie**

Dans un premier temps, on procédera aux évaluations techniques nécessaires des initiatives de « gratuité » (césarienne, palu notamment). Puis, afin de mettre en place une véritable stratégie de couverture du risque maladie, on organisera des concertations sous pilotage interministériel et leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour la définition d'une stratégie claire de gratuité (bénéfices / bénéficiaires) avec mobilisation systématique de lignes de crédit. Les textes seront alors mis en conformité avec les choix effectués.

Une orientation stratégique consistera à renforcer les systèmes de prise en charge verticaux pour plus de maîtrise et d'efficacité tout en transférant le paiement aux prestataires à l'organisme d'assurance maladie pour les assurés. De même, les prises en charge des maladies chroniques choisies (« maladies sociales ») et financées par l'Etat seront à terme gérées par l'assurance maladie, mais avec gestion du risque séparé.

## **5.4 Orientation Stratégique 4 : Améliorer la gouvernance financière**

### **5.4.1 Mettre en place un dispositif de gestion stratégique de l'information financière :**

Un effort important est à réaliser pour la production et la diffusion de l'information relative à la gestion financière à tous les niveaux. On visera l'institutionnalisation des Comptes Nationaux de la Santé (CNS), mais surtout on développera leur analyse approfondie. En règle générale, une intervention stratégique sera l'amélioration des outils d'aide à la prise de la décision.

### **5.4.2 Améliorer l'efficacité dans la gestion des financements :**

Au niveau de l'administration sanitaire, on cherchera à améliorer la maîtrise des procédures de l'Etat et celles des Partenaires Techniques et Financiers. Qui plus est, on renforcera les capacités en gestion financière, en planification et en élaboration et exécution du budget à tous les niveaux du système de santé. Des règles de rapportage et de publications seront promues.

### **5.4.3 Améliorer la redevabilité :**

Afin d'être comptable et plus à même de négocier, on renforcera le suivi, le contrôle et les audits internes et externes de la gestion des ressources matérielles et financières ainsi que la lutte contre la corruption. En général, il s'agira d'instaurer un mécanisme permanent de redevabilité.



#### **5.4.4 Renforcer l'environnement institutionnel pour un financement durable**

La concertation, la coordination et le dialogue seront favorisés. Ainsi on impliquera davantage les collectivités territoriales dans le suivi et le contrôle des mesures prises par l'Etat; on favorisera l'implication de la société civile dans son rôle de contre-pouvoir pour la négociation de tarifs adéquats et la qualité des prestations des structures sanitaires, celle des groupes vulnérables dans le processus de prise de décision, ou encore une meilleure représentativité du genre dans les organes décisionnels. Au plan gouvernemental, un travail sera engagé pour améliorer le cadre de concertation et de coordination entre les Ministères du secteur et, notamment, le Ministère chargé des finances.

### **VII. MISE EN ŒUVRE**

La Stratégie de Financement de la Couverture sanitaire Universelle sera mise en œuvre à travers des programmes quinquennaux qui préciseront les objectifs quantifiés de couverture de la population, leur incidence sur l'utilisation des services de santé ainsi que les projections financières associées. En outre, chaque programme devra expliciter les activités nécessaires pour l'atteinte des résultats attendus.

Chaque année, les différents services chargés de la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la couverture sanitaire universelle identifieront les activités opérationnelles à exécuter en conformité avec le cadre programmatique et les inséreront dans le cadre du processus habituel de planification du secteur de la santé, du développement social et de la promotion de la famille.

### **VIII. SCHEMA DE FINANCEMENT ET DE MOBILISATION DE RESSOURCE :**

#### **a. Engagement financier de l'Etat pour avancer vers la Couverture Sanitaire Universelle**

La Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle propose des conditions ambitieuses et réalistes pour améliorer l'accès de TOUS à des soins de qualité. Parmi ces conditions se trouve une plus grande participation de l'Etat aux dépenses de santé de la population. La Stratégie Nationale de Financement de la Couverture Sanitaire Universelle est donc en particulier une stratégie où l'Etat s'engage à accroître le financement du secteur de la santé par :

- l'accroissement de la part du budget de l'Etat octroyée au secteur de la Santé,
- la participation financière consistante de l'Etat à un régime général d'assurance maladie (dit « AMU » pour « Assurance Maladie Universelle) progressivement étendu à l'ensemble de la population en tenant compte de la capacité financière variable de celle-ci.

Ainsi les objectifs et axes stratégiques de la stratégie font l'objet de Plans d'actions en vue d'accélérer la mobilisation des ressources pour le financement de l'offre des soins de santé de qualité et l'accès équitable de l'ensemble de la population.

#### **b. Mobilisation des ressources**

La mobilisation des ressources est une fonction du système de financement. Aussi cette question est-elle un OBJECTIF de la stratégie, l'objectif n°1 en vérité. Rappelons qu'il se décline dans :

- L'augmentation du cadrage budgétaire du secteur pour atteindre 14% en 2023, dont 4% sera nécessaire pour assurer la subvention de l'assurance maladie pour le secteur informel pauvre et non pauvre ;
- La recherche d'un mécanisme de financement spécifique pour l'AMU dans les années à venir.

Se référant au financement du secteur de la santé en 2016, environ 100 milliards de FCFA, soit 11% des dépenses récurrentes avec une progression de 11,18% en 2017 ; 11,61% en 2018 ; 11,87% en 2019 et 11,95% en 2020, les allocations budgétaires du secteur de la santé passeront de 139,52 milliards en 2017 à 158,38 en

milliards en moyenne sur 2018-2020 ; ce qui représente une croissance moyenne de 6,7 % et une part moyenne de 6,1 % sur la période de cadrage<sup>27</sup> alors qu'elle a été en moyenne de 5,25% entre 2013 et 2016<sup>28</sup>.

Cet effort doit être redoublé pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle en améliorant l'offre de soins tout en protégeant la population contre le risque financier. Le cadrage du secteur (Secteur santé / dépenses récurrentes) doit être de **14% en 2023** et progresser vers 15% (engagement d'Abuja) si l'on veut tendre vers l'Assurance Maladie pour tous. L'effort (2017-2020) devra donc être littéralement redoublé sur la période (2020-2023) pour poursuivre l'effort nécessaire à l'amélioration des services de santé et l'accès à la protection financière des populations du secteur informel pauvre et non pauvre.

## **IX. MECANISME DE SUIVI-EVALUATION**

### **a. Dispositif de suivi**

Un suivi systématique de la stratégie de financement de la couverture sanitaire universelle sera effectué pour garantir au fil du temps qu'elle est en train d'évoluer vers l'atteinte des résultats escomptés. La liste d'indicateurs retenus à cet effet permettra d'apprécier l'état de mise en œuvre de ladite stratégie. Pour ce faire, un niveau de base est renseigné pour servir de point de référence à partir duquel les projections sont faites pour les années à venir jusqu'en 2023.

Par ailleurs, un nombre restreint de ces indicateurs sera intégré au cadre commun de suivi des composantes du Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social.

Evidemment certaines questions requièrent un niveau de suivi supra-ministériel qui s'exercera entre autres sur les sujets suivants :

- la stratégie « bénéfiques / bénéficiaires »;
- le financement de la couverture maladie;
- le suivi-évaluation de la stratégie en général.

Chaque département ministériel du secteur de la santé suivra les éléments de la stratégie en lien avec les domaines particuliers de sa propre responsabilité. Les sujets d'intérêts transversaux seront traités de façon concertée et arbitrés lors des instances de suivi du PRODESS, notamment le Comité technique et le Comité de Suivi, sous conduite de la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) du secteur.

En somme, le suivi technique relève de la responsabilité des acteurs suivants :

- la CPS sur l'ensemble de la stratégie;
- les Directions sur leurs domaines de compétences ;
- le Comité technique et le Comité de Suivi du PRODESS.

### **b. Mécanismes d'évaluation**

L'évaluation interne portera sur le niveau des indicateurs lors de la tenue des instances de suivi évaluation du PRODESS pour permettre à l'ensemble des acteurs (publics, PTF et société civile) d'apprécier la trajectoire observée dans le cadre du financement de la couverture sanitaire universelle et de décider des actions correctrices en cas de besoin. Pour les analyses, les données collectées sur ces indicateurs identifiées pour la présente stratégie seront complétées par celles tirées des résultats d'enquêtes spécifiques : Comptes Nationaux, ELIM, MICS et EDS.

Une évaluation externe de la stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle sera effectuée tous les trois ans.

La stratégie pourra être révisée à mi-parcours (en 2020) si l'évaluation conclue en ce sens.

---

<sup>27</sup> DPBEP (2018-2020) Paragraphe 94 p 32

<sup>28</sup> DGB, Sous-Direction « préparation et suivi du budget

### **c. Indicateurs**

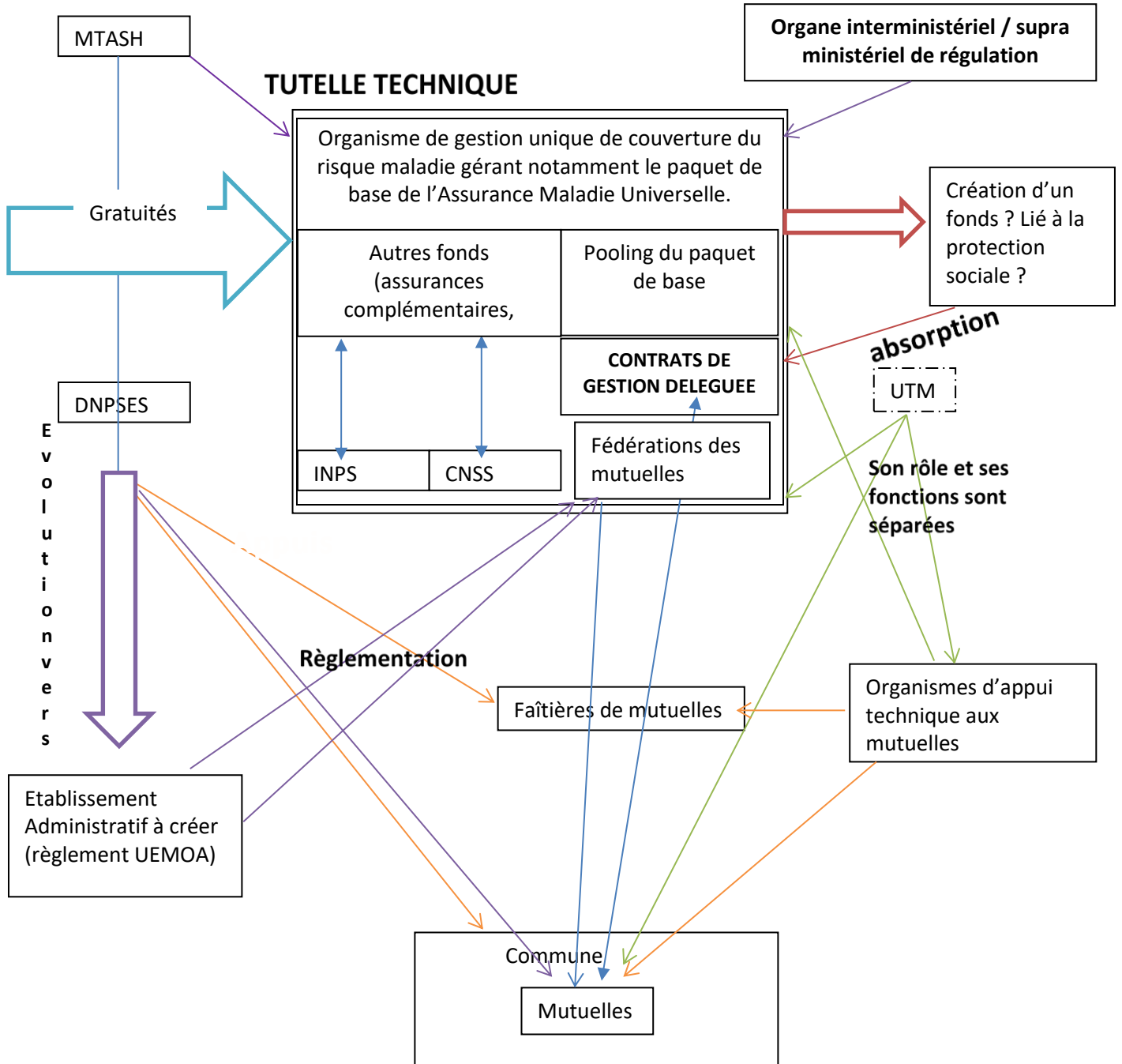
Le tableau suivant recense les indicateurs de la stratégie qui feront l'objet d'une évaluation périodique pour rendre compte de l'état de sa mise en œuvre.

**Tableau n°14 : Indicateurs de la stratégie de financement de la santé et leurs objectifs**

	2016 ou indiqué	2023 (objectif)	
	Dépenses totales de santé par habitant (2014)	49 \$	70\$
	Part du budget d'Etat consacré au secteur santé	11%	14%
<b>1.1</b>	Part du budget d'Etat consacré à la couverture du risque maladie	0,64%	4%
	% des dépenses directes des ménages sur les dépenses totales de santé	44,95%	35%
	Pourcentage de la population faisant face à une dépense catastrophique	19%	10%
<b>1.2</b>	Pourcentage de population couverte par l'AMU	11,92%	31%
	Pourcentage de la population bénéficiant de l'AMU gratuitement	0,74%	10%
	% de la population du secteur informel non pauvre bénéficiant de l'AMU	4,95%	21%
<b>1.3</b>	Pourcentage de l'aide extérieure sur les dépenses totales de santé (2014)	27,2%	27,2%
	Aide extérieure allouée à la couverture maladie pour les groupes vulnérables	0 \$	10 million \$ <sup>29</sup>
<b>2.1</b>	Proportion de ressources transférées aux régions et districts sur la base d'une formule d'allocation des ressources basées sur le niveau de la population, de pauvreté et le poids des maladies	0%	20%
	Allocation de ressources basées sur le niveau de population, de pauvreté et le poids des maladies	0%	20%
	% aires de santé disposant du paquet minimum d'activités par zone de pauvreté		
<b>2.2</b>	Disponibilité des tarifs actualisés pour le remboursement des services de santé aux prestataires de services qui reflète le coût de leur service	non	10%
	% prestataires publics, privés accrédités suivant les normes de qualité	0%	5%
	Nombre et proportion de prestataires pratiquant une tarification forfaitaire	0%	5%
<b>2.3</b>	Existence de cadre de concertation intersectorielle CSU et leurs décisions	non	oui
	Outils M&E / affectation des ressources aux priorités et amélioration résilience	non	Oui
	% de dépenses de santé consacrées à la prévention et à la promotion de la santé		
<b>2.4</b>	Existence d'un cadre de concertation Public Privé et ses productions	non	Oui
<b>3.1</b>	Existence des textes régissant l'AMU	non	Oui
	% du tiers payant dans le recouvrement des centres de santé conventionnés	0%	10%
	Proportion de communes dotées d'une mutuelle de santé		
	Nombre de réseaux de mutuelles (faitières et fédérations) conformes au plan de développement de la stratégie nationale d'extension de la CRM par les mutuelles		
<b>3.3</b>	Existence de textes législatifs intégrant les gratuités dans l'AMU	non	Oui
	Existence d'une stratégie de "bénéfices/bénéficiaires". Stratégie suivie / révisée.	oui	Oui
<b>4.1</b>	Existence d'un texte instituant les comptes nationaux de la santé CNS		Oui
	Existence d'outils de suivi de performance de la gestion financière	non	Oui
<b>4.2</b>	Taux d'absorption des budgets des trois Ministères		
<b>4.3</b>	Nombre de rapports d'audit financiers produits, publiés		
<b>4.4</b>	Proportion de concertations inter sectorielles tenues		

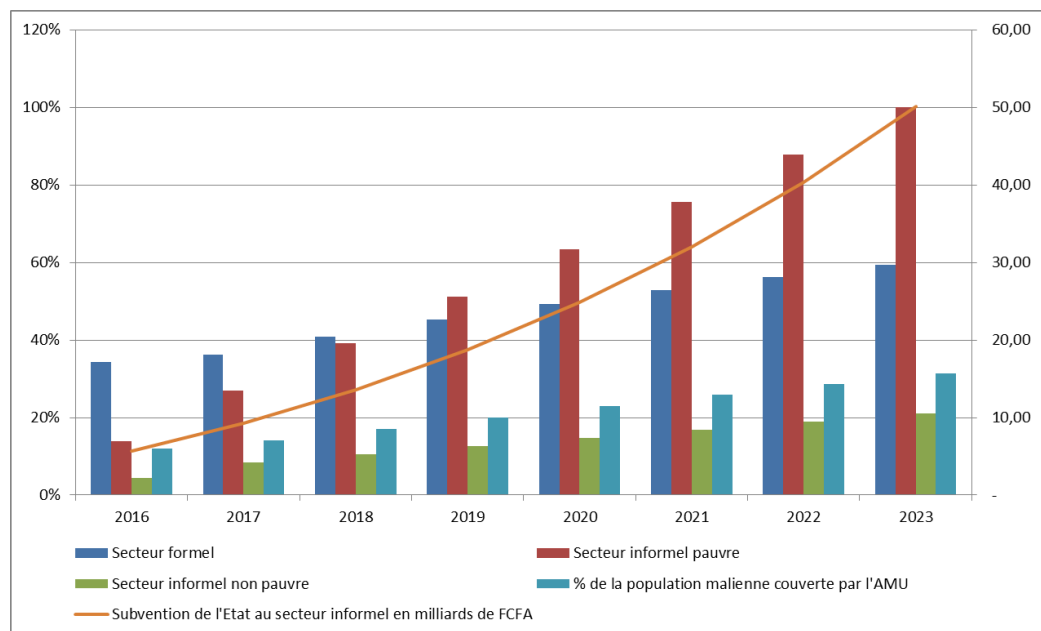
<sup>29</sup> Cet appui éventuel n'est pas pris en compte dans les simulations mais peut être un objectif.

**ANNEXE 1 : ARCHITECTURE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE A TERME (2023)**



## ANNEXE 2 : Croissance de la couverture de la population par l'Assurance Maladie Universelle et subventions d'Etat

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Secteur formel	34%	36%	41%	45%	49%	53%	56%	59%
Secteur informel pauvre	14%	27%	39%	51%	63%	76%	88%	100%
Secteur informel non pauvre	4%	8%	11%	13%	15%	17%	19%	21%
% de la population malienne couverte par l'AMU	12%	14%	17%	20%	23%	26%	29%	31%
<b>Subvention de l'Etat au secteur informel en milliards de FCFA</b>	5,68	9,25	13,56	18,72	24,82	31,99	40,36	50,09
Dépenses courantes (programmation budgétaire 2018-2020 extrapolée)		1 150,80	1 209,60	1 224,30	1 262,99	1 302,90	1 344,07	1 386,54
<b>Subvention de l'Etat à l'AMU pour le secteur informel en % des dépenses courantes du budget</b>		0,8%	1,1%	1,5%	2,0%	2,5%	3,0%	3,61%



### Hypothèses :

Croissance du PNB de 4,80% par an ; Croissance démographique de 3,6% par an ; paquet (universel) de base à FCFA 6.600 (2016) par habitant, avec un coût évoluant au rythme de +6% par an pour tenir compte de l'inflation et de la hausse spécifique du coût de la santé (soit 7.416 en 2018) ; 5% de la population totalement pris en charge ; la population du secteur formel (17%) paie exactement le prix du paquet de base ; la population du secteur informel non pauvre (78%) contribue à hauteur de 20% du coût du paquet de base (FCFA 1.483 théorique par habitant en 2018, ajusté tous les 3 ans) ; 59% du secteur formel est couvert en 2023, soit 2.368.801 personnes (en bleu) ; la totalité des démunis est couverte en 2020 (en rouge) soit 1.174.786 personnes ; la population du secteur informel non pauvre est couverte à hauteur de 21% en 2023, soit 3.848.598 personnes (en vert).

Au total 7.392.185 maliens bénéficient de l'assurance maladie universelle.

### Coût pour l'Etat:

- L'Etat paie sa part employeur mais ne subventionne pas l'Etablissement de gestion ;
- 50,09 milliards de subvention au secteur informel est payé en 2023, représentant 3,61% des dépenses courantes de l'Etat.