

REPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE

Honneur-Fraternité-Justice



MINISTERE DE LA SANTÉ

**PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2017-2020**

***Volume 3 : Le Cadre de Dépenses à Moyen
Terme (CDMT : 2017-2020)***

Mai 2017

Table des matières

Table des matières	2
Liste des acronymes et abréviations	3
Liste des tableaux	5
Liste des graphiques	5
Introduction	6
Chapitre 1 : Synthèse sur le Contexte National.....	7
1.1. Principaux enjeux du secteur.....	7
1.2. Financement du secteur	8
Chapitre 2 : Rappel des priorités stratégiques	13
2.1. Vision, but et principes	13
2.2. Architecture programmatique et principaux résultats	13
Chapitre 3 : Cadre de Dépenses à moyen terme 2017-2020	15
3.1. Méthode d'estimation des enveloppes budgétaires du CDMT	15
3.2. Analyse des enveloppes budgétaires du CDMT	17
3.2.1. Budget annuel du PNDS par axes stratégiques (en millions de MRO).....	17
3.2.2. Budget annuel du PNDS en fonction des catégories de dépense (en millions d'ouguyas).....	18
3.2.3. Budget du PNDS en fonction des axes stratégiques et des catégories de dépense	19
3.3. Plan de financement du PNDS	20
3.3.1. Projection des disponibilités financières	20
3.3.2. Répartition des disponibilités financières en fonction des axes	21
3.3.3. Couverture du budget en fonction des axes	22
Chapitre 4 : Synthèse du Cadre de Mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PNDS.....	23
4.1. Opérationnalisation du PNDS	23
4.2. Mesures et réformes nécessaires	23
4.3. But et objectifs du plan de suivi et d'évaluation	24
ANNEXES	26
Annexe 1 : Détail des enveloppes annuelles nécessaires par catégorie de dépense (en millions de MRO).....	26
Annexe 2 : Détail des budgets proposés pour les axes en fonction de la catégorie de dépense (en millions de MRO).....	26

Liste des acronymes et abréviations

AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ASC	Agent de santé communautaire
AVP	Accidents de la voie publique
BID	Banque Islamique de Développement
CAMEC	Centrale d'achat des médicaments essentiels et des consommables
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CONAP	Comité national de pilotage du PNDS
CPN	Consultation prénatale
CS	Centre de santé
DPCIS	Direction de la planification de la coopération et de l'information sanitaire
DPS	Dépense publique de santé
DRAS	Direction régionale de l'action sanitaire
DRH	Direction des ressources humaines
E.SMART	Enquête nutritionnelle "Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transition"
EDSM	Enquête démographique et de santé de Mauritanie
EPCV	Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages
FMI	Fonds monétaire international
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins
HR	Hôpital régional
HTA	Hypertension artérielle
IHP+	Partenariat international pour la santé
INRSP	Institut national de recherche en santé publique (ex-CNH)
IRA	Infections respiratoires aiguës
ISF	Indice synthétique de fécondité
IST	Infections sexuellement transmissibles
JICA	Agence de Coopération internationale du Japon
LNCQM	Laboratoire national de contrôle de qualité du Médicament
MEF	Ministère de l'enseignement fondamental
MI	Mortalité infantile
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MIJ	Mortalité infanto-juvénile
MILDA	Moustiquaire imprégnée de longue durée d'action
MM	Mortalité maternelle
MNN	Mortalité néonatale
MVE	Maladie du virus EBOLA
MS	Ministère de la santé
NV	Naissances vivantes
ODD	Objectifs de développement durable

OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONS	Office national des statistiques
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies de lutte contre le sida
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNS	Politique nationale de santé
PNTL	Programme national de lutte contre la tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PS	Poste de santé
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère enfant
RC	Relai communautaire
RDPS	Revue des dépenses publiques
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitat
RSS	Renforcement du système de santé
RSI	Règlement sanitaire international
SCAPP	Stratégie de croissance accélérée et de prospérité partagée
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOUB	Soins obstétricaux d'urgence de base
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SR	Santé de la reproduction
SRAJ	Santé reproductive des adolescents et des jeunes
SRC	Système de recouvrement des coûts
SRO	Solution de réhydratation orale
TB	Tuberculose
UE	Union Européenne
UM / MRO	Ouguiya
USB	Unité de Santé de Base
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Tableau 1: Evolution des principaux indicateurs de dépenses de santé de 2012-2015	8
Tableau 2: Evolution de la part du Budget de l'Etat allouée à la santé par rapport aux objectifs visés par le PNDS	11
Tableau 3: Tendances d'évolution du taux de mortalité maternelle	13
Tableau 4: Tendances d'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale	13
Tableau 5: Hypothèses de répartition des disponibilités financières par PTF et par axe	16
Tableau 6: Composantes budgétaires annuelles du CDMT 2017-2020	17
Tableau 7: Budget annuel du CDMT 2017-2020 par catégorie de dépense (en millions de MRO)	18
Tableau 8: Composantes budgétaires du CDMT 2017-2020 en fonction de la catégorie de dépense et l'axe stratégique (en millions de MRO)	19
Tableau 9: Disponibilités financières annuelles (en millions MRO) par source potentielle de financement	20
Tableau 10: Disponibilités financières (en millions MRO) par source potentielle de financement et par axe stratégique (voir détails par PTF en annexe)	21
Tableau 11: Disponibilités financières annuelles (en millions de MRO) par axe stratégique	22
Tableau 12: Différences budgétaires (ou gap de financement) entre disponibilités financières annuelles et enveloppes du CDMT (en millions de MRO) par axe stratégique	22

Liste des graphiques

Figure 1: DTS per capita de certains pays de la sous-région comparés à la Mauritanie en 2014	8
Figure 2: Evolution de la DTS par type de dépense	9
Figure 3: Structure de la DTS (moyenne 2012-2015)	9
Figure 4: Evolution de la DTS par source de financement (en parts relatives puis en montant total)	10
Figure 5 : Parts respectives des budgets des axes dans le CDMT 2017-2020	17
Figure 6: Parts respectives des catégories de dépenses dans le CDMT 2017-2020	19

Introduction

La première phase du PNDS 2012-2020 a pris fin en 2015 et, comme initialement prévu, une revue à mi-parcours a été conduite avec un léger retard (au cours de l'année 2016) ; cette revue a permis de dégager un ensemble de constats et de recommandations qui ont fait l'objet de validation en octobre 2016.

Les différentes conclusions de cette revue ont d'abord servi à élaborer la nouvelle Politique Nationale de Santé à l'horizon 2030 – en totale harmonie avec la SCAPP – qui servira d'orientation de base à l'action sectorielle ; puis elles ont servi à réviser les choix stratégiques pour la deuxième phase du PNDS couvrant la période 2017-2020.

En effet, il avait été prévu que cette deuxième phase du PNDS soit révisée à la lumière de ces conclusions. S'ajoute à cela l'adoption, au niveau mondial, de nouveaux objectifs de développement durable (ODD) dont le 3e vise à offrir aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges. Enfin, l'élaboration de la nouvelle stratégie gouvernementale nationale (SCAPP 2016-2030) et le démarrage futur de plusieurs projets d'envergure pour la santé en Mauritanie ont nécessité l'adoption d'une solide stratégie sectorielle, en cohérence avec les engagements nationaux et internationaux, et pouvant servir d'orientation de base pour les projets et programmes engagés dans le département de la santé.

L'adoption d'une nouvelle Politique de santé, mettant en avant le besoin d'un renforcement du leadership et de la gouvernance du secteur, a poussé à réviser tous les choix stratégiques initialement prévus dans le PNDS 2012-2020 en mettant l'accent sur les problèmes prioritaires de santé, mais en proposant de nouvelles solutions consensuelles tenant compte des leçons apprises de la mise en œuvre de la première phase du PNDS.

Dans le souci de faciliter son exploitation, la 2e phase du PNDS fut adoptée sous forme de quatre volumes :

- Volume 1 : Analyse de la situation du secteur en référence à la revue à mi-parcours du PNDS 1 (2012-2015) réalisée en 2016.
- Volume 2 : Le PNDS II (2017-2020) dans ses parties (i) Rappel sur le contexte sanitaire national, (ii) Priorités stratégiques, (iii) cadre logique d'intervention et (iv) Cadre de financement, de mise en œuvre et de suivi et évaluation du PNDS.
- Volume 3 : Le présent document qui est le Cadre de dépenses à moyen terme définissant les besoins financiers de la stratégie et les compare aux disponibilités financières.
- Volume 4 : Le Plan de suivi et évaluation.

Chapitre 1 : Synthèse sur le Contexte National

1.1. Principaux enjeux du secteur

L'enjeu du secteur de la santé est d'assurer une bonne santé à l'ensemble des citoyens du Pays grâce à une utilisation adéquate de services de santé promotionnels, préventifs et curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité.

Pour cela d'importants défis devront être levés par la mise en œuvre de stratégies sectorielles efficaces. Ces défis sont d'ordre épidémiologique, comportemental, normatif, organisationnel, ou liés à une disponibilité suffisante de ressources humaines, matérielles ou financières, à un leadership, à une gouvernance ou à une coordination efficaces à tous les niveaux du système de santé. Ainsi, il s'agira :

- De s'adapter aux nouvelles priorités mondiales exprimées à travers les ODD et qui impliquent une vision et une action plus globale, multisectorielle et davantage décentralisée ; la place centrale occupée par la CSU met en exergue l'importance d'une offre de services de santé de qualité, un financement plus adéquat résolument tourné vers l'accès de tous aux soins essentiels et un système de suivi et d'évaluation performant s'appliquant par niveau.
- De s'attaquer à la fois aux maladies transmissibles et aux problèmes de santé liés au niveau socio-économique bas et à l'accès insuffisant à la santé, mais aussi à l'émergence de maladies, transmissibles ou non transmissibles secondaires à la sédentarité, aux comportements à risques, aux changements dans les habitudes culinaires et/ou à un environnement non favorable à la santé. Dans ce cadre, les niveaux inquiétants de mortalité maternelle devront faire l'objet d'attention particulière.
- D'amener les populations – dont une bonne partie est pauvre, analphabète et vivant de manière dispersée – à adopter des comportements qui protègent leur santé ou qui les poussent à une utilisation efficace des services de santé mis à leur disposition. Dans ce cadre, le premier défi sera d'harmoniser, de renforcer et d'encadrer les programmes de communication afin de les rendre plus ciblés et plus adaptés aux besoins prioritaires en matière de changement de comportement. Le 2^e défi sera de toucher tous les groupes, en particulier les plus vulnérables, par des messages précis, clairs et convaincants dans cet environnement de pauvreté. Le 3^e sera l'implication effective des communautés bénéficiaires dans cet effort de communication.
- D'assurer un développement adéquat et une répartition efficace des ressources humaines de la santé, de garantir un accès équitable et une utilisation rationnelle des médicaments et consommables essentiels et de rendre fonctionnelles toutes les structures publiques de santé – en particulier au niveau périphérique (CS et PS) – qui ont connu ces dernières années une importante augmentation sans toujours les rendre fonctionnelles.
- De réactualiser de manière harmonisée les documents stratégiques (politiques, cadres et plans) en garantissant une complémentarité effective des politiques et stratégies du secteur au niveau national et international, et de les diffuser en vue d'amener les intervenants du secteur à les respecter dans leurs planifications, dans leurs appuis et dans leurs interventions.

- De corriger le contraste important entre l'importance quantitative de ces documents stratégiques et la quasi-absence des documents normatifs définissant les normes, les procédures et les protocoles dans la mise en œuvre des politiques et stratégies sectorielles.
- D'amener tous les intervenants – du gouvernement, de la société civile, du privé et des Partenaires internationaux – à respecter ces références nationales (stratégies, normes et procédures) dans un secteur où le leadership, la coordination et la gouvernance sont encore à améliorer et où la notion d'Etat nécessite d'être renforcée.

1.2. Financement du secteur

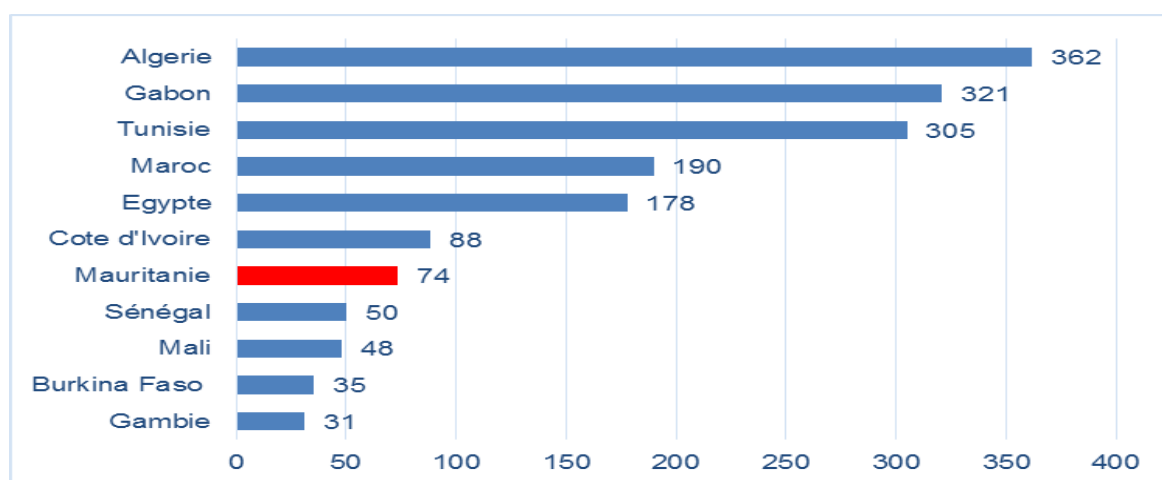
Tableau 1: Evolution des principaux indicateurs de dépenses de santé de 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Dépenses Totales de santé (MRO)	53 522 818 620	64 010 815 724	80 820 616 642	83 185 520 684
DTS per capita MRO	15 843	18 096	22 221	22 361
DTS per capita \$	54	60	74	69
DTS/PIB	3%	4%	5%	5%
DS AP/DTAP	4%	5%	6%	6%

Source : Rapports des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

La dépense totale de santé a connu une augmentation durant les quatre dernières années passant de 53,5 milliards d'ouguiyas en 2012 à plus de 83 milliards en 2015, ce qui représente, par tête d'habitant un passage de 54USD en 2012 à 74USD en 2014. Ce qui place la Mauritanie largement derrière les Pays du Maghreb et devant la plupart des pays de la sous-région ouest Africaine.

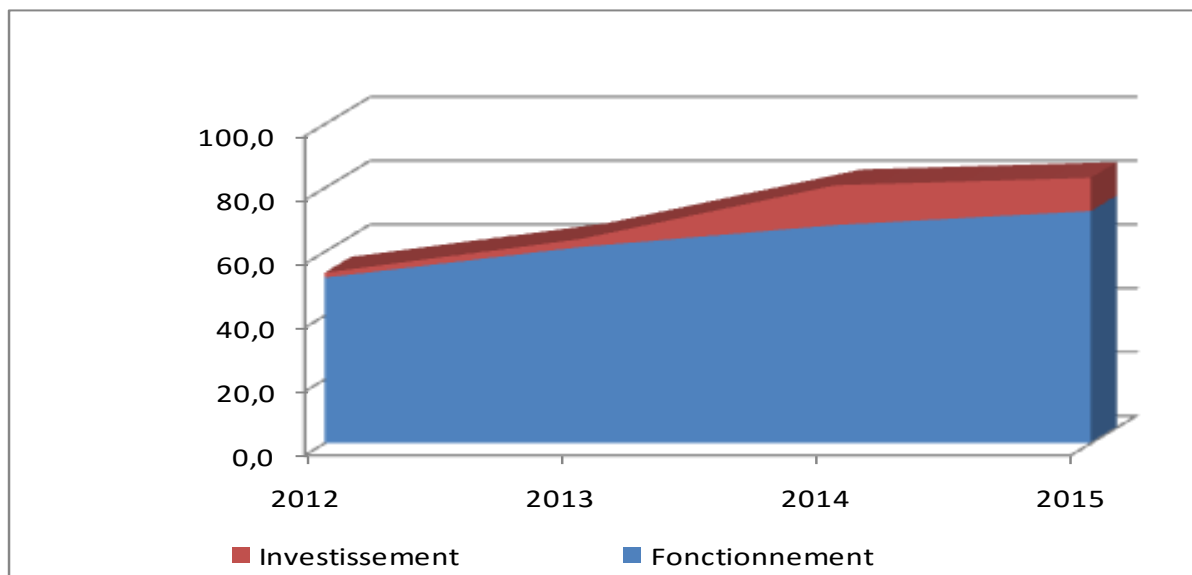
Figure 1: DTS per capita de certains pays de la sous-région comparés à la Mauritanie en 2014



Source : Rapports des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

La comparaison par type de dépense montre une large prédominance des dépenses de fonctionnement au détriment des investissements qui ont cependant évolué de 3,5% en 2012 à 12,5% en 2015.

Figure 2: Evolution de la DTS par type de dépense

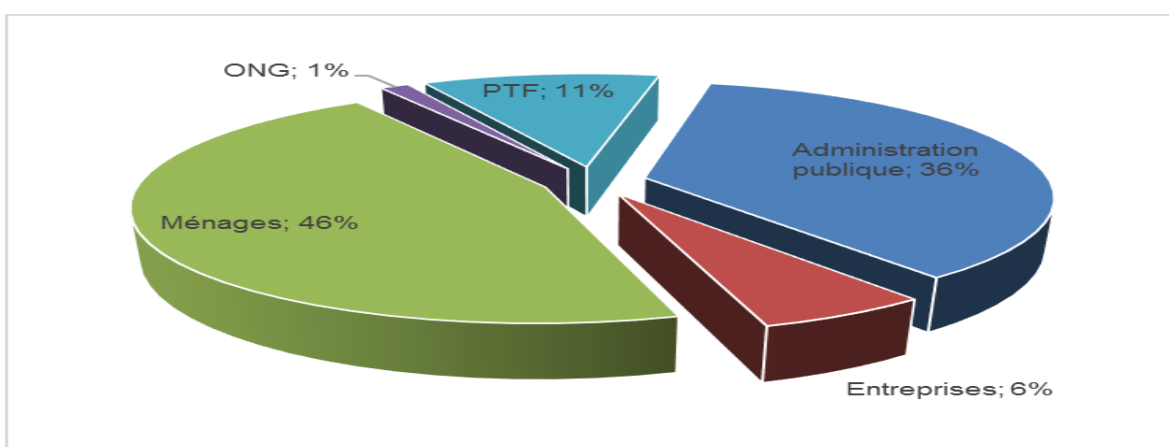


Source : Rapports des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

L'augmentation importante des investissements (6 fois plus entre 2013 et 2014) serait essentiellement due aux constructions et équipements des FOSA, en particulier certains Centres Hospitaliers nationaux et régionaux.

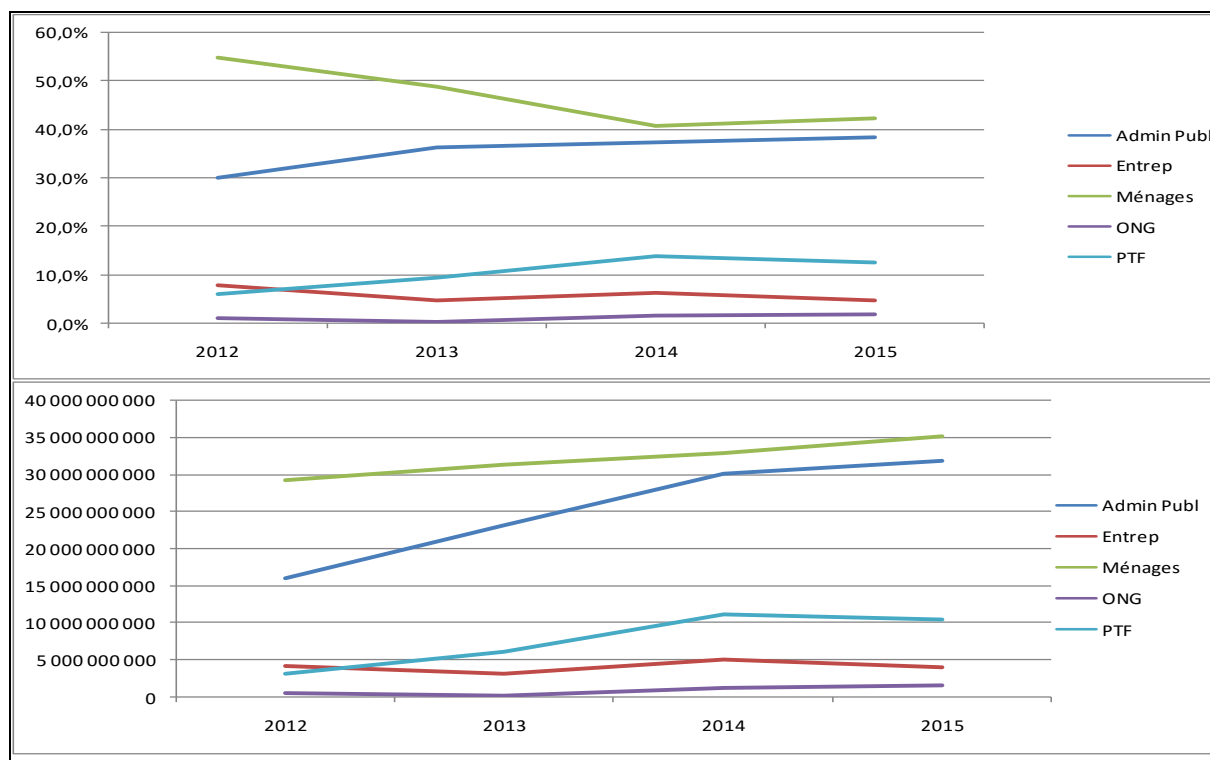
Au moment où la couverture sociale est encore très faible, les ménages continuent à supporter une forte proportion (plus de 46%) des dépenses totales de la santé. D'où le besoin pressant d'une couverture sanitaire universelle permettant à tous les citoyens d'accéder aux services essentiels de santé.

Figure 3: Structure de la DTS (moyenne 2012-2015)



Source : Rapports des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

Figure 4: Evolution de la DTS par source de financement (en parts relatives puis en montant total)



Source : Rapports des Comptes de Santé, période 2012-2015, DPCIS/MS

On note une augmentation quasi-régulière de ces dépenses en dépit des efforts menés en vue d'un meilleur accès financier des populations aux services de santé. Parmi ces efforts, il faut noter l'augmentation substantielle du Budget de l'Etat qui a quasiment doublé en trois ans (2012 à 2014).

Pour l'Aide publique au développement, elle a connu un important accroissement en accompagnement de cet effort gouvernemental avec un triplement des fonds extérieurs entre 2012 et 2014.

Globalement, l'année 2015 a connu un ralentissement de ces efforts d'augmentation des ressources financières tant du côté de l'Etat que du côté des PTF par rapport à l'année 2014.

Concernant la dépense publique de santé, on peut retenir l'augmentation progressive du volume de financement et la diversification des sources de financement. En effet, le budget alloué au ministère de la santé est passé de 12,8 milliards d'ouguiyas en 2011 à 24,2 milliards d'ouguiyas en 2015. L'assurance maladie obligatoire, mise en place à partir de 2007 au profit des fonctionnaires et retraités de l'Etat (civils et militaires) fut progressivement élargie avec une l'extension à d'autres catégories socioprofessionnelles couvrant ainsi 15% de la population générale.

Par ailleurs, une stratégie de financement basée sur le résultat a été adoptée dans le but d'introduire cette nouvelle démarche au Système de santé.

Cependant, les ménages restent la principale source de financement de la santé avec une contribution de 42% en 2015. Cependant, le financement de la santé reste globalement insuffisant et **tributaire de l'aide extérieure**, avec l'absence d'une stratégie nationale de financement de la santé. La part du budget santé dans le budget global de l'Etat est passée de 3,9% en 2012 à 4,6 % en 2015. Ce niveau d'augmentation du budget du Ministère de la santé est resté très en deçà des objectifs prévus par le PNDS (8,5%) et par la Déclaration d'Abuja (15%).

Tableau 2: Evolution de la part du Budget de l'Etat allouée à la santé par rapport aux objectifs visés par le PNDS

	2012	2013	2014	2015
Budget global de l'Etat	346 281 814 020	394 894 710 000	428 806 451 000	439 392 200 000
Budget MS	13 359 798 737	17 329 296 688	19 929 090 466	20 210 936 500
% Budget MS dans Budget global	3,9%	4,4%	4,6%	4,6%
Objectif prévu par PNDS	7%	7,50%	7,48%	8,15%

Le secteur n'a pas de contrôle sur l'allocation budgétaire, pour la destiner aux priorités visées par sa planification stratégique. Les ressources destinées aux constructions des structures sanitaires sont gérées par d'autres départements.

Par ailleurs, l'allocation budgétaire n'est pas faite de manière participative et transparente et il n'existe pas de suivi réel de l'exécution technique de la dépense au moment où la plupart des organes de gestion des formations sanitaires de base ne sont pas fonctionnels.

Enfin, l'effort visant à mettre en commun certains financements extérieurs avec gestion nationale ne s'est pas accompagné de mécanismes et d'instruments formels de suivi de l'ensemble des financements permettant au Ministère et aux PTF de suivre régulièrement l'exécution et d'éviter toute tentative d'utilisation double de financements pour la même action. Face à la diversification des sources de financement, on note l'absence d'harmonisation des mécanismes et procédures de gestion des différents partenaires.

En matière de financement, le premier défi sera de mettre en place un financement adéquat du secteur répondant aux nombreux défis matériels sans renchérissement des services qui risquerait de limiter son utilisation et d'appauvrir les plus démunis. Le 2^e défi sera de mettre en place une couverture maladie universelle dans un Pays où le secteur informel domine la plupart des domaines d'activités et où la culture de mutualisation communautaire est faible. Le 3^e défi sera de continuer et de renforcer la mobilisation des ressources extérieures tout en les drainant dans un cadre harmonisé, privilégiant la voie de la gestion nationale dans l'exécution de la dépense, ce qui renforcerait la fiscalité du Pays et limiterait les circuits parallèles et les duplications des dépenses difficiles à maîtriser actuellement. Enfin, le 4^e défi serait de maîtriser les recettes propres au sein des formations sanitaires publiques en

harmonisant la tarification des prestations, en normalisant toutes les procédures et en assurant un suivi rapproché de la gestion de ces ressources. Le renforcement de l'efficacité et du caractère inclusif des conseils d'administration et la redynamisation des comités de santé aux niveaux périphériques constituent des défis à relever dans le cadre d'un renforcement effectif de la participation communautaire, y compris au niveau tertiaire.

Chapitre 2 : Rappel des priorités stratégiques

2.1. Vision, but et principes

« La vision est celle d'un Pays où tous ses citoyens (i) prennent conscience des principaux dangers auxquels ils sont exposés, des opportunités pour y faire face et sont solidaires pour les affronter, (ii) ont accès sans distinction de race, de religion ou de niveau socio-économiques aux services essentiels de santé de qualité, (iii) participent de manière appropriée à la gestion de leur santé dans un environnement de décentralisation, de bonne gouvernance et de démocratie, un environnement où la gestion efficace, équitable et efficiente est la règle à tous les niveaux ».

Le but du PNDS 2017-2020 est d'améliorer durablement l'état de santé des populations par l'accès équitable à des services promotionnels, préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation de qualité auxquels participent de manière responsable tous les acteurs en particulier les usagers et les communautés.. Pour cela, l'action du secteur aura pour fondements (i) l'offre équitable de soins de qualité à tous les âges, (ii) le financement des services publics ou privés de santé, (iii) la bonne gestion des dépenses publiques et privées de santé, (iv) la mise progressive à échelle de la couverture santé universelle, (v) la régulation et la coordination de l'ensemble du secteur dans le cadre d'une gouvernance efficace et efficiente du système de santé et (vi) sa réactivité aux besoins émergents et aux situations d'urgence.

2.2. Architecture programmatique et principaux résultats

La Politique nationale de santé à l'horizon 2030 a fixé quatre orientations essentielles :

- *Une accélération de la réduction de la mortalité maternelle à moins de 320 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2020 afin d'atteindre 70 en 2030.*

Tableau 3: Tendence d'évolution du taux de mortalité maternelle

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité maternelle (p 100.000 nv)	PNDS 2017-2020	582,0	496,2	424,5	365,5	317,0
	Tendance actuelle	582,0	581,4	579,5	577,6	575,6

- *Une réduction de la mortalité infanto-juvénile à moins de 35 décès p 1000 afin d'atteindre 20 décès p 1000 en 2030, avec un accent particulier sur la mortalité néonatale qui sera réduite à moins de 16 décès p 1000 en 2020 et 12 décès pour 1000 en 2030.*

Tableau 4: Tendence d'évolution du taux de mortalité infanto-juvénile et néonatale

Taux de mortalité	Scénario	2016	2017	2018	2019	2020
Taux de mortalité infanto-juvénile (p 1000)	PNDS 2017-2020	54,0	47,3	41,2	36,6	32,6
	Tendance actuelle	54,0	53,1	52,4	51,8	51,3
Taux de mortalité néo-natale (p 1000)	PNDS 2017-2020	29,0	24,5	20,7	18,0	15,7
	Tendance actuelle	29,0	28,5	28,1	27,6	27,1

- *Une prévention et un contrôle des maladies transmissibles en particulier les principales endémo-épidémies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida et l'hépatite B avec leur élimination d'ici à 2030.*
- *Une réduction des facteurs de risque et une prise en charge adéquate permettant une réduction de la prévalence de l'HTA et du diabète type II (respectivement à moins de 5% et 2% en 2030) avec une élimination de leurs principales complications.*

Pour assurer l'efficacité nécessaire et atteindre les résultats d'impact attendus, quatre axes stratégiques ont été retenus :

- ❖ Renforcement du leadership et de la gouvernance sanitaire par une gestion efficace et efficiente des ressources, effectivement axée sur les résultats à tous les niveaux, et par le renforcement du financement et de la participation des acteurs du système de santé en particulier les communautés et le secteur privé.
- ❖ Accélération de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale, infanto juvénile, de l'adolescent et du jeune à travers (i) des composantes dédiées au couple mère et enfant, à l'immunisation, à la nutrition, à la santé reproductive des jeunes et des adolescents, et à (ii) des composantes transversales de communication pour le développement, d'intégration et de décentralisation des services, d'équité en mettant l'accent sur les couches sociales et les zones géographiques les plus vulnérables, de renforcement de l'approche genre avec la pleine participation des communautés;
- ❖ Contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles par la surveillance, la recherche, la prévention, la prise en charge des cas et par une gestion multisectorielle efficace des événements de santé publique, des épidémies et des catastrophes, ainsi que la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
- ❖ Renforcement du système de santé à travers ses piliers traditionnels en dehors de la gouvernance, en particulier le financement de la santé en vue d'une couverture santé universelle.

Chapitre 3 : Cadre de Dépenses à moyen terme 2017-2020

Le financement pour la mise en œuvre de la deuxième phase révisée du PNDS 2012-2020, et qui couvre la période 2017-2020, provient essentiellement de l'Etat et de ses partenaires techniques et financiers. Les recettes propres à travers les paiements directs n'ont pas pu être prises en compte par l'absence de système de suivi et de prévision de cet important financement du secteur ; seuls les paiements à travers la CNAM ont pu être intégrés. Le secteur privé dont les flux de financement ne sont pas encore maîtrisés n'est pas aussi pris en compte.

3.1. Méthode d'estimation des enveloppes budgétaires du CDMT

La collecte des données techniques (de santé) et financières (dépenses, coûts unitaires) a permis de renseigner une application de l'outil One Health. Dans cette application, des simulations d'évolution des couvertures des prestations essentielles considérées comme à haut impact ont été intégrées sur la base des documents stratégiques existants (lutte contre le paludisme, la tuberculose, santé de la reproduction, nutrition, ...) et des rencontres organisées dans le cadre du processus avec les différentes directions et programmes et leurs PTF. Ce qui a permis à l'outil de nous proposer des tendances d'évolution des indicateurs d'impact (mortalité, morbidité) et des besoins en ressources y compris des budgets annuels sur la période 2017-2020.

Plusieurs scénarii ont été développés afin de dégager le plus réaliste d'entre eux (en termes de mobilisation des ressources) et dont l'évolution des impacts se rapprochent le plus des tendances proposées dans la SCAPP (voir analyse dans le volume 2 du PNDS).

Parallèlement, la DPCIS a mené une collecte d'informations relatives aux disponibilités financières futures auprès du Ministère de l'Economie et des Finances et auprès des PTF. Le volume des ressources nationales disponibles est

estimé sur la base d'une progression attendue du budget de l'Etat à partir de son niveau actuel et de l'espace budgétaire dégagé à partir des projections macro-économiques. Pour les PTF,

Encadré 1 : Outil de simulation, le « One Health Tool »

L'outil "One Health" a été mis au point par un groupe d'agences des Nations Unies (L'OMS, l'UNICEF, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA et la Banque mondiale) en réponse à une demande des Pays destinée à améliorer l'analyse des systèmes de santé, le calcul des coûts et les scénarios de financement au niveau des pays. Il sert principalement à évaluer les investissements nécessaires en santé publique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il s'agit d'un outil facilitant l'élaboration des plans, le calcul des coûts, l'analyse de l'impact, la budgétisation et le financement des interventions de lutte contre les principales maladies et de renforcement des principales composantes du système de santé.

De manière résumée, en fixant des normes de base et des cibles de couverture, OHT vous permet d'estimer l'impact attendu, mais aussi d'évaluer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires.

Références bibliographiques :

-Raison et développement de OHT, FI
-http://www.internationalhealthpartnership.net/en/working_groups/working_group_on_costing

les projections de disponibilité reposent, pour certains, sur des documents de projets¹ et pour d'autres, sur une reconduction des niveaux actuels² après échanges avec les responsables concernés.

Par la suite, une hypothèse de répartition de ces disponibilités financières en fonction des axes (voir tableau ci-dessous) s'est basée sur l'historique des financements et sur les domaines d'intérêt et les avantages comparatifs des différents PTF.

Tableau 5: Hypothèses de répartition des disponibilités financières par PTF et par axe

	<i>Axe 1 Gouvernance</i>	<i>Axe 2 SMNI-SAD</i>	<i>Axe 3 LCM</i>	<i>Axe 4 RSS</i>
Gouvernement	15%	7%	13%	65%
CNAM	0%	20%	50%	30%
OMS	5%	30%	60%	5%
UNICEF	5%	80%	10%	5%
UNFPA	5%	85%	5%	5%
UE	20%	2%	3%	75%
PNUD	30%	70%		
BM	5%	40%	35%	20%
JICA				100%
BID			100%	
AFD		100%		
GAVI		90%		10%
Fonds Mondial			80%	20%
Coopération espagnole	30%			70%
Fonds Saoudien				100%
Qatar				100%
Chine			100%	

Tenant compte de ces disponibilités financières pour la période 2017-2020 et de cette hypothèse de répartition par axe stratégique, la modélisation a permis de dégager les disponibilités par axe stratégique, ce qui a permis de dégager les gaps ou les surplus de financement par axe stratégique.

¹ C'est le cas des financements de l'UE, de l'AFD, de la Coopération Espagnole et de la BM

² C'est le cas des financements des agences du SNU (OMS, UNICEF, UNFPA et PNUD)

3.2. Analyse des enveloppes budgétaires du CDMT

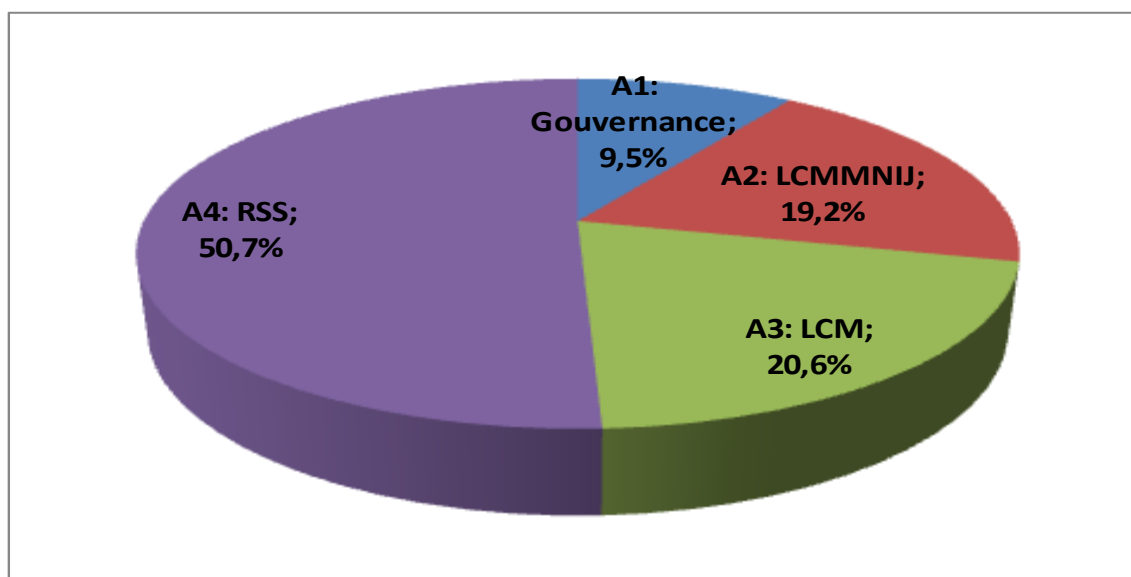
3.2.1. Budget annuel du PNDS par axes stratégiques (en millions de MRO)

Tableau 6: Composantes budgétaires annuelles du CDMT 2017-2020

AXE STRATEGIQUE	2017	2018	2019	2020	BUDGET TOTAL PAR AXE
Budget Axe 1 : Gouvernance et Leadership (en millions de MRO)	4 123	4 733	5 217	5 670	19 743
Budget Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes (en millions de MRO)	8 288	9 514	10 487	11 397	39 687
Budget Axe 3 : Lutte contre la maladie (en millions de MRO)	8 894	10 210	11 254	12 231	42 589
Budget Axe 4 : Renforcement du système (en millions de MRO)	21 942	25 188	27 763	30 172	105 064
Budget Annuel total (en millions de MRO)	43 248	49 645	54 721	59 469	207 082
Budget annuel par habitant (en USD)	29,6	33,3	35,9	38,3	

Globalement, la mise en œuvre du PNDS nécessitera, sur les 4 années, la mobilisation de plus de 207 milliards d'ouguiyas, avec une évolution annuelle de 43 milliards environ en 2017 à plus de 59 milliards en 2020, ce qui constitue une augmentation raisonnable de 15% en 2018, de 10% en 2019 et de près de 9% en 2020.

Figure 5 : Parts respectives des budgets des axes dans le CDMT 2017-2020



Le RSS est le soubassement de l'action de santé en supportant les coûts d'infrastructures adéquatement équipées, dotées de ressources humaines qualifiées et de produits pharmaceutiques suffisants en quantité et en qualité. Cet axe transversal qui supporte les trois autres « consommera » la moitié (50,7%) du budget total alors que les deux axes d'actions en faveur de la santé des populations bénéficieront de près de 40%. Les 9,5% restants serviront à mettre en œuvre les principales réformes du secteur et à supporter les coûts des outils et actions de pilotage, de coordination, de régulation, de suivi et d'évaluation de l'action sectorielle à tous les niveaux.

En évoluant de près de 30 dollars par tête d'habitant en 2017 à plus de 38 dollars en 2020, la dépense publique de santé reste en deçà des prévisions du PNDS 2012-2020 qui prévoyait une évolution de « moins de 15 dollars par habitant et par an en 2010 à 32 en 2015 et à 55 en 2020 ».

3.2.2. Budget annuel du PNDS en fonction des catégories de dépense (en millions d'ouguyas)

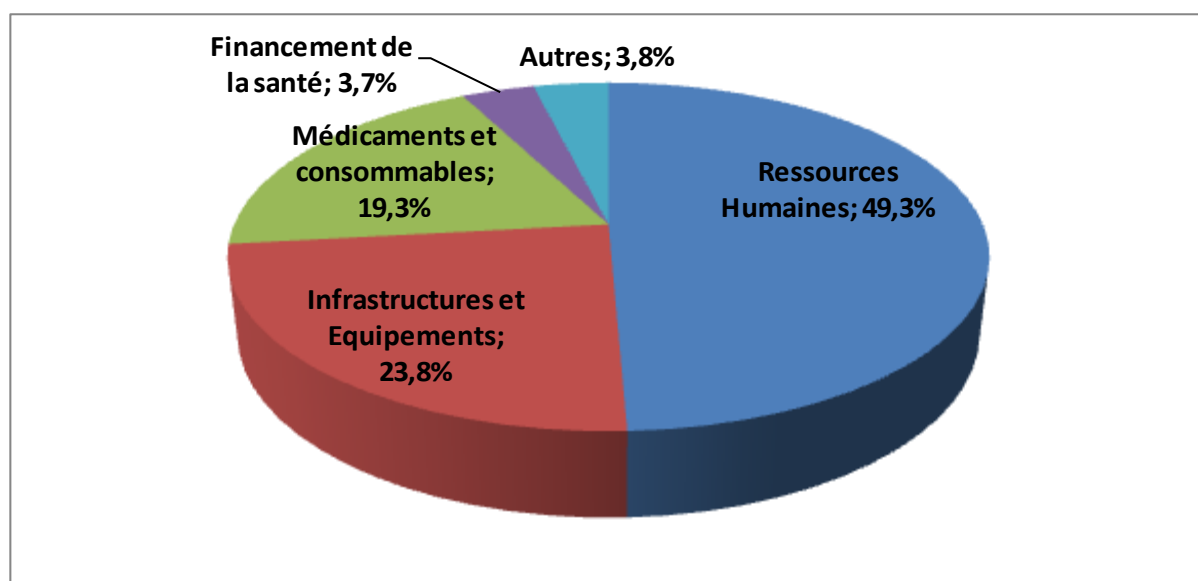
Tableau 7: Budget annuel du CDMT 2017-2020 par catégorie de dépense (en millions de MRO)

Catégories de dépense	Année d'exécution				Total
	2017	2018	2019	2020	
Ressources Humaines	21 062,90	23 448,55	26 830,21	30 852,35	102 194,02
Infrastructures et équipements	12 350,39	13 391,57	12 688,43	10 918,80	49 349,19
Médicaments et consommables	6 677,02	8 948,51	11 073,79	13 304,13	40 003,45
Financement de la santé	1 366,70	1 844,80	2 122,90	2 301,00	7 635,40
Autres catégories (ci-dessous)	1 790,51	2 011,67	2 005,50	2 092,41	7 900,09
<i>Logistique</i>	<i>600,60</i>	<i>607,53</i>	<i>644,91</i>	<i>676,58</i>	<i>2 529,62</i>
<i>Système d'information</i>	<i>127,66</i>	<i>166,26</i>	<i>151,08</i>	<i>164,68</i>	<i>609,68</i>
<i>Gouvernance</i>	<i>414,50</i>	<i>488,00</i>	<i>560,50</i>	<i>638,50</i>	<i>2 101,50</i>
<i>Coûts des programmes</i>	<i>647,75</i>	<i>749,88</i>	<i>649,02</i>	<i>612,65</i>	<i>2 659,30</i>
Budget Annuel	43 247,52	49 645,10	54 720,84	59 468,69	207 082,15

Sur les 207 milliards de MRO nécessaires, plus de la moitié (102 milliards de MRO) seront nécessaires pour couvrir les besoins de masse salariale, de formation de base³, de formation continue et d'incitations financières aux personnels du système de santé. Il faut noter que l'accent sera mis sur la couverture des 20% restants de la population en ASC dont les différents coûts (de formation et de motivation) sont prévus dans cette rubrique.

³ Seule la formation de base dans les 5 écoles de santé est prise en compte ; la faculté dépendant du Ministère de l'éducation

Figure 6: Parts respectives des catégories de dépenses dans le CDMT 2017-2020



Plus de 42% des ressources serviront à la consolidation de la situation des infrastructures, à leur équipement et à l'acquisition des médicaments et consommables. En effet, cette période ne connaîtra qu'une extension limitée de la couverture sanitaire (qui est estimée à 79%), mais servira plutôt à renforcer l'existant en équipement et en organisation de service, et à doter toutes les structures en médicaments et consommables essentiels de qualité.

3.2.3. Budget du PNDS en fonction des axes stratégiques et des catégories de dépense

Tableau 8: Composantes budgétaires du CDMT 2017-2020 en fonction de la catégorie de dépense et l'axe stratégique (en millions de MRO)

Catégorie de dépense	Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Total
	Gouvernance	SMNI-AJ	LCM	RSS	2017-2020
Ressources Humaines	9 134,30	21 975,84	19 325,70	51 758,17	102 194,02
Infrastructures	4 099,97	5 593,00	5 593,00	34 063,21	49 349,19
Logistique	252,96	281,44	281,44	1 713,77	2 529,62
Médicaments et consommables	2 000,17	10 000,86	16 001,38	12 001,03	40 003,45
Financement de la santé	1 527,08	381,77	381,77	5 344,78	7 635,40
Système d'information	304,84	60,97	60,97	182,90	609,68
Gouvernance	1 891,35	63,05	147,11	-	2 101,50
Coûts des programmes	531,86	1 329,65	797,79	-	2 659,30
Budget total	19 637,46	39 686,58	42 589,16	105 168,94	207 082,15

La dépense en matière de développement des ressources humaines, d'infrastructures et de logistique servira essentiellement dans la mise en œuvre de l'axe RSS. Au niveau des autres axes, il s'agit essentiellement des coûts de formation continue et des coûts relatifs à la mise à échelle de l'approche communautaire. Par contre, la dépense sur les médicaments permettra le RSS, mais aussi l'acquisition des médicaments et autres consommables promotionnels spécifiques à la SMNIJ-AJ (ex : produits SR) et à la LCM (ex : MILDA, ARV).

Les efforts de financement de la santé permettront essentiellement l'accès et l'utilisation des services de santé de qualité, ce qui se retrouve essentiellement dans le RSS mais aussi aidera l'amélioration de la gouvernance du secteur.

Enfin, les actions de renforcement du système d'information sanitaire se feront essentiellement dans le cadre du renforcement de la gouvernance ou du système de santé.

3.3. Plan de financement du PNDS

Les dépenses publiques de santé seront couvertes, en quasi-totalité, par le budget de l'Etat et par les apports financiers des PTF du secteur. Les différents PTF ont été approchés par le Ministère de la santé en vue d'estimer les ressources mobilisables en faveur du présent PNDS sous forme de disponibilités financières pour le moyen terme.

3.3.1. Projection des disponibilités financières

Tableau 9: Disponibilités financières annuelles (en millions MRO) par source potentielle de financement⁴

Source de financement	2017	2018	2019	2020	Total 2017-2020	%
Gouvernement	24 654	25 005	26 163	27 521	103 344	51,0%
CNAM	6 600	7 128	7 770	8 546	30 044	14,8%
PTF	14 640	19 150	17 790	17 790	69 372	34,2%
Total	45 895	51 283	51 723	53 858	202 759	
UE	4 400	4 400	4 400	4 400	17 600	
GAVI	500	500	500	500	2 000	
Fonds Mondial	400	4 400	4 400	4 400	13 600	
UNICEF	3 282	3 282	3 282	3 282	13 129	
BM	340	1 360	1 700	1 700	5 100	
Chine	500	500	500	500	2 000	
Fonds Saoudien	1 700	1 700	-	-	3 400	
AFD	750	750	750	750	3 000	
OMS	563	563	563	563	2 251	
BID	510				510	
JICA	500	500	500	500	2 000	
Qatar	500	500	500	500	2 000	
Coopération espagnole	342	342	342	342	1 370	
UNFPA	243	243	243	243	972	
PNUD	110	110	110	110	440	

Ce plan de financement sera d'abord assuré par les ressources nationales à hauteur de 65,8% provenant de l'Etat (51%) et de la CNAM (14,8%). L'apport de la CNAM provient de la régularisation des prises en charge des populations couvertes par l'assurance maladie.

⁴ Pour le BE : l'estimation a été établie sur la base des projections provisoires des enveloppes globales du BE 2018-2020 communiquées par la Direction de programmation/MF avec le maintien d'un taux de 5,10% comme part destinée au secteur de la santé.

Les 34,2% restants proviendraient des différents PTF, bilatéraux et multilatéraux (voir tableau ci-dessus). Une partie de ces fonds constitue des engagements formels à travers des documents de projets et autres accords de financement, alors que la grande part représente des intentions de financements qui méritent d’être formalisées à travers les instruments appropriés (table ronde, signature d’accord, ...).

Il faut rappeler que les retards habituels dans le décaissement des fonds extérieurs et des fonds nationaux destinés aux investissements devront être pris en compte pour une mise en œuvre optimale du CDMT.

3.3.2. Répartition des disponibilités financières en fonction des axes

Tenant compte des documents disponibles, mais aussi des lignes budgétaires et des créneaux habituels de financement, une hypothèse de répartition de ces disponibilités financières a été retenue (voir annexe) afin d’apprécier la couverture des dépenses prévues par axe stratégique.

Tableau 10 : Disponibilités financières (en millions MRO) par source potentielle de financement et par axe stratégique (voir détails par PTF en annexe)

Tableau 10: Disponibilités financières (en millions MRO) par source potentielle de financement et par axe stratégique (voir détails par PTF en annexe)

SOURCE DE FINANCEMENT	AXE 1	AXE 2	AXE 3	AXE 4	TOTAL	%
Gouvernement	15 502	7 234	13 435	67 173	103 344	51,0%
CNAM	30	6 009	15 022	9 013	30 074	14,8%
PTF	5 135	19 505	18 415	26 316	69 372	34,2%
Total par Axe	20 667	32 748	46 872	102 503	202 789	

Selon l’hypothèse d’orientation des disponibilités financières, il apparaît clairement que les ressources nationales couvriront en priorité les besoins d’amélioration de la gouvernance et de RSS (axe 4) en prenant en charge la masse salariale, certains gros investissements en matière de construction et d’équipement, ainsi que les coûts opérationnels de fonctionnement comprenant les intrants médicaux de base.

Par contre, les financements extérieurs, tout en appuyant certains investissements dans le cadre du RSS, se focaliseront davantage sur les programmes de santé et sur l’amélioration de la gouvernance du secteur.

3.3.3. Couverture du budget en fonction des axes

Cette hypothèse de répartition des disponibilités financières par axe a permis de dégager la disponibilité des ressources financières en fonction des axes.

Tableau 11: Disponibilités financières annuelles (en millions de MRO) par axe stratégique

Axe stratégique	2017	2018	2019	2020	Total axe
Axe 1 : Gouvernance et Leadership	4 942	5 046	5 237	5 442	20 667
Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes	7 548	8 086	8 431	8 682	32 748
Axe 3 : Lutte contre la maladie	8 764	12 121	12 711	13 276	46 872
Axe 4 : Renforcement du système	24 647	26 038	25 351	26 467	102 503
Total Annuel	45 901	51 290	51 731	53 867	202 789

L'estimation des enveloppes budgétaires annuelles et la prévision des disponibilités financières annuelles permettent de dégager les gaps de financement du PNDS par année et par axe.

Tableau 12: Différences budgétaires (ou gap de financement) entre disponibilités financières annuelles et enveloppes du CDMT (en millions de MRO) par axe stratégique

Axe stratégique	2017	2018	2019	2020
Axe 1 : Gouvernance et Leadership	841	338	48	-198
Axe 2 : Santé maternelle, néonatale, infantile et santé adolescents et jeunes	-740	-1 428	-2 056	-2 715
Axe 3 : Lutte contre la maladie	-130	1 911	1 457	1 046
Axe 4 : Renforcement du système	2 684	825	-2 440	-3 735
Total Annuel	2 654	1 645	-2 990	-5 602

Globalement, les disponibilités financières actuelles (202 789 millions de MRO) restent légèrement en deçà des besoins du CDMT (207 082 millions de MRO) avec un gap d'environ 5,6 milliards de MRO sur les quatre années.

Ramenée par an, cette comparaison montre un surplus d'environ 2,6 milliards en 2017, diminuant en 2018 à 1,65 pour redevenir négatif en 2019 (-2,99 milliards de MRO) et en 2020 (-5,6 milliards de MRO). Cette simulation constitue une certaine garantie de disponibilité en cas de retard de mise en place de certains financements prévus en 2017.

Chapitre 4 : Synthèse du Cadre de Mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PNDS

4.1. Opérationnalisation du PNDS

Les orientations stratégiques définies dans le PNDS seront déclinées dans des plans régionaux de développement sanitaires et des projets d'établissement. Les documents stratégiques satellites du PNDS seront élaborés ou révisés afin de définir avec plus de précision les options stratégiques relatives à la carte sanitaire, au développement des ressources humaines, à la disponibilité et l'accessibilité du Médicament, à l'approche communautaire, à la santé maternelle, néonatale, infanto-juvénile, à la lutte contre la maladie, etc...

La coordination de ces activités de planification sera assurée aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (central, régional et périphérique) par, respectivement, la Direction en charge de la planification et de l'information sanitaire qui conduira techniquement le processus national sous l'autorité du CONAP, la DRAS sous l'autorité du conseil de développement socio-sanitaire de la Wilaya et par l'Equipe cadre sous l'autorité du comité de développement socio-sanitaire de la Moughataa.

4.2. Mesures et réformes nécessaires

Certaines mesures et réformes ont été retenues comme nécessaires pour une mise en œuvre efficace du PNDS. Certaines de ces réformes relèvent du Ministère de la santé alors que d'autres nécessitent des décisions gouvernementales ou des conventions internationales. Ces mesures et réformes concernent les prestations de services, le développement des ressources humaines, l'accès aux médicaments et consommables, le financement de la santé, l'information et la recherche, ainsi que le leadership et la gouvernance.

Dans ce cadre, l'augmentation et l'efficacité du financement du secteur seront assurées grâce à la mise en œuvre des mesures et réformes suivantes :

- Adoption du CDMT 2017-2020 par le Conseil des Ministres avec maintien de la part de la santé dans le budget Etat supérieure à 5% durant toute la période et tendre vers 10% ;
- Révision et signature du Compact national, respect des engagements financiers et adoption d'une charte de bonne conduite entre Partenaires du Compact ;
- Elaboration, adoption et mise en œuvre de Directives annuelles de planification en totale cohérence avec les enveloppes du CDMT, y compris les procédures d'élaboration et d'exécution du budget ;
- Mise en place d'un Fonds commun pour une gestion des ressources prévues dans le Compact national avec normes et procédures adoptées ;
- Intégration de l'information financière (allocation/programmation, exécution physique, exécution financière, écart, ...) dans le système de suivi évaluation ;

- Renforcement des capacités en passation des marchés et adoption d'un bordereau national de prix pour la santé.

4.3. But et objectifs du plan de suivi et d'évaluation

Le plan de suivi et d'évaluation a pour but de faciliter une mise en œuvre efficace du PNDS 2017-2020 à travers un suivi des résultats par niveau. Ainsi, il permettra :

- de préciser le cadre institutionnel en terme d'organisation, le fonctionnement, les acteurs ainsi que leurs rôles et responsabilités ;
- de définir les mécanismes de suivi et d'évaluation du PNDS ;
- de définir les indicateurs pour le suivi et l'évaluation du PNDS ;
- de préciser le circuit de production et de diffusion de l'information pour la prise de décisions ;
- d'identifier responsabilités à tous les niveaux et les moyens nécessaires.

Le suivi évaluation de l'état d'avancement des actions inscrites au PNDS et des résultats obtenus reposera donc sur un système d'information performant qui soit à même de fournir en temps réel l'ensemble des informations stratégiques nécessaires. Pour ce faire, la redynamisation du SNIS, de la supervision intégrée et de la recherche pour la santé y compris la conduite d'enquêtes (CS, SARA, SMART, EDS...) permettront de disposer à temps et au niveau voulu des informations nécessaires au pilotage du PNDS. L'évaluation finale comprendra deux évaluations – interne et externe – ainsi que des enquêtes spécifiques (EDSM, enquête de satisfaction des bénéficiaires, ...). Les objectifs de ces évaluations seront définis en concertation avec les différents acteurs concernés.

Sur le plan organisationnel, des revues du PNDS seront envisagées selon une périodicité semestrielle pour les régions et les entités centrales, et annuelle pour tout le secteur. Elles se feront avec la pleine participation des PTF et de tous les acteurs du secteur, au moment où d'autres revues plus ciblées pourraient être au besoin envisagées.

Au niveau national, chaque revue annuelle sera précédée de missions centrales participant aux revues régionales et « ramenant » des rapports régionaux de suivi et évaluation du PNDS au niveau régional.

A mi-parcours du PNDS (fin 2018), une évaluation nationale sera menée avec assistance technique internationale ayant les compétences et l'expérience requises. Il est prévu une évaluation finale du PNDS (en 2020) pour apprécier le niveau d'atteinte des résultats et tirer les leçons pour la planification de la période post 2020.

Conclusion

A la suite d'un processus participatif qui a abouti à l'atelier national de validation, le PNDS 2 (2017-2021) – dans ses quatre volumes – cible les principales faiblesses qui se dégagent de la revue à mi-parcours et des différentes analyses sectorielles menées ces trois dernières années.

Au regard du présent cadrage financier, il apparaît clair que le financement du PNDS 2 est réaliste avec moins de 40 dollars US largement inférieure aux 50 dollars US initialement prévus en 2020 par le PNDS 2012-2015.

Le financement est par ailleurs réalisable si l'Etat accepte d'augmenter la part du secteur dans le budget et si les différents Partenaires tiennent leurs promesses.

ANNEXES

Annexe 1 : Détail des enveloppes annuelles nécessaires par catégorie de dépense (en millions de MRO)

Catégorie de Dépense		2017	2018	2019	2020	Total	%
Ressources Humaines		21 062,90	23 448,55	26 830,21	30 852,35	102 194,02	49,3%
	<i>Salaires et motivations (ASC)</i>	17 492,92	19 550,32	22 457,73	25 922,65	85 423,62	41,3%
	<i>Formation</i>	3 569,98	3 898,23	4 372,48	4 929,70	16 770,40	8,1%
	<i>Formation continue</i>	3 429,98	3 758,23	4 232,48	4 789,70	16 210,40	7,8%
	<i>Formation de base</i>	140,00	140,00	140,00	140,00	560,00	0,3%
Infrastructures et Equipements		12 350,39	13 391,57	12 688,43	10 918,80	49 349,19	23,8%
	<i>Constructions</i>	1 025,00	4 525,00	3 420,00	2 621,00	11 591,00	5,6%
	<i>Réhabilitations</i>	11,00	275,00	160,50	25,00	471,50	0,2%
	<i>Equipements, mobiliers, véhicules</i>	7 303,24	4 380,37	4 616,18	3 705,73	20 005,52	9,7%
	<i>Coûts opérat et Maintenance</i>	4 011,15	4 211,20	4 491,76	4 567,06	17 281,17	8,3%
Logistique		600,60	607,53	644,91	676,58	2 529,62	1,2%
	<i>Dépôts</i>	245,00	245,00	245,00	245,00	980,00	0,5%
	<i>Véhicules</i>	290,68	289,33	318,07	338,22	1 236,30	0,6%
	<i>Employés logistique</i>	64,92	73,20	81,84	93,36	313,32	0,2%
Médicaments et consommables		6 677,02	8 948,51	11 073,79	13 304,13	40 003,45	19,3%
Financement de la santé		1 366,70	1 844,80	2 122,90	2 301,00	7 635,40	3,7%
Système d'information		127,66	166,26	151,08	164,68	609,68	0,3%
Gouvernance		414,50	488,00	560,50	638,50	2 101,50	1,0%
Coûts des programmes		647,75	749,88	649,02	612,65	2 659,30	1,3%
Budget total		43 247,52	49 645,10	54 720,84	59 468,69	207 082,15	
% par axe		20,9%	24,0%	26,4%	28,7%		

Annexe 2 : Détail des budgets proposés pour les axes en fonction de la catégorie de dépense (en millions de MRO)

Catégorie de dépense		Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Total
	<i>Rubrique</i>	<i>Gouvernance</i>	<i>SMNI-AJ</i>	<i>LCM</i>	<i>RSS</i>	2017-2020
Ressources Humaines		9 134,30	21 975,84	19 325,70	51 758,17	102 194,02
	<i>Salaires et motivations</i>	4 271,18	17 084,72	12 813,54	51 254,17	85 423,62

Catégorie de dépense		Axe 1	Axe 2	Axe 3	Axe 4	Total
	<i>Rubrique</i>	<i>Gouvernance</i>	<i>SMNI-AJ</i>	<i>LCM</i>	<i>RSS</i>	2017-2020
	(ASC)					
	<i>Formation</i>	4 863,12	4 891,12	6 512,16	504,00	16 770,40
Infrastructures		4 099,97	5 593,00	5 593,00	34 063,21	49 349,19
	<i>Constructions</i>	347,73	-	-	11 243,27	11 591,00
	<i>Réhabilitations</i>	23,58	-	-	447,93	471,50
	<i>Equipements, mobiliers, véhicules</i>	2 000,55	3 000,83	3 000,83	12 003,31	20 005,52
	<i>Maintenance</i>	1 728,12	2 592,18	2 592,18	10 368,70	17 281,17
Logistique		252,96	281,44	281,44	1 713,77	2 529,62
	<i>Dépôts</i>	98,00	49,00	49,00	784,00	980,00
	<i>Véhicules</i>	123,63	185,44	185,44	741,78	1 236,30
	<i>Employés logistique</i>	31,33	47,00	47,00	187,99	313,32
Médicaments et consommables		2 000,17	10 000,86	16 001,38	12 001,03	40 003,45
Financement de la santé		1 527,08	381,77	381,77	5 344,78	7 635,40
Système d'information		304,84	60,97	60,97	182,90	609,68
Gouvernance		1 786,28	63,05	147,11	105,08	2 101,50
Coûts des programmes		531,86	1 329,65	797,79	-	2 659,30
Budget total		19 637,46	39 686,58	42 589,16	105 168,94	207 082,15
% par axe		9,5%	19,2%	20,6%	50,8%	