



Etat des lieux du système de financement de la santé au Mali

Septembre 2013

I.	Contexte	4
1.	Origine du document et ancrage politique	4
2.	Définitions et cadre analytique	4
II.	Description des éléments du système	7
1.	Mobilisation des ressources	7
2.	Allocation.....	10
3.	Mutualisation des ressources.....	11
1er.	Ministère de la Santé et associés	11
2e.	Assurance Maladie	13
4.	Achat de services.....	14
1er.	L'économie des prestataires	14
2e.	Les « gratuités ».....	15
3e.	L'achat en direct	16
4e.	L'achat en tiers-payant.....	16
III.	Dynamique spécifique de certains éléments du système	18
1.	Evolution de la situation des volumes de financement	18
2.	Enseignement de la crise en matière de financement de la santé	18
3.	Développement de l'assurance maladie	19
4.	Décentralisation et prestataires de services	19
IV.	Performance du système	21
1.	Utilisation des services	21
2.	Equité.....	22
3.	Effcience	24
V.	Analyse du système	25
1.	Mobilisation des ressources	25
2.	Mutualisation des ressources.....	26
3.	Achat stratégique	27
4.	Politique bénéfiques / bénéficiaires	27
VI.	Conclusion	30
1.	Limites « classiques »	30
2.	Limites particulières au contexte	30
3.	Axes stratégiques forts.....	30
4.	Axes stratégiques à préciser.....	30
VII.	Annexe 1 : liste des personnes interrogées	32

Table des illustrations

Tableau 1 : Evolution des dépenses de santé par rapport au budget général d'Etat (2003-2009) (en millions CFA).....	7
Tableau 2 : Evolution des dépenses (en millions de F CFA) effectuées par le Ministère de la Santé par niveau.....	12
Tableau 3 : Evolution des dépenses effectuées par le Ministère de la Santé en part relative par niveau.....	12
Tableau 4 : Evolution des dépenses (en millions de F CFA) effectuées par le Ministère du Développement Social par niveau.....	12
Tableau 5 : Evolution des dépenses effectuées par le Ministère du Développement Social en part relative par niveau.....	13
Tableau 6 : Valeur en francs CFA des kits et intrants distribués dans le cadre des dispositifs de gratuité des Ministères de la Santé et celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées.....	15
Tableau 7 : Couvertures vaccinales chez les enfants de 0 à 11 mois par an au Mali (2004- 2011)	22
Figure 1 : Palmarès des dépenses publiques de santé par pays	7
Figure 2 : Dépenses totales de santé (en \$) par habitant en 2009	8
Figure 3 : Exécution des dépenses selon les sources de financement (en millions de F CFA)	10
Figure 4 : Evolution des soins curatifs (nouveaux contacts/habitant/an)	21
Figure 5 : Accessibilité en pourcentage à moins de 5 km aux CSCOM par cercle au 31 décembre 2011	23
Figure 6 : Schéma conceptuel actuel de la politique des bénéficiaires et bénéfices au Mali.....	28

I. Contexte

1. Origine du document et ancrage politique

Les Ministères de la Santé, celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées et celui de la Femme, de la Promotion de l'Enfant et de la Famille ont élaboré un nouveau plan décennal de développement sanitaire et social. Bien que ce nouveau plan se veuille le plus exhaustif possible, les Ministères et leurs Partenaires Techniques et Financiers ont convenu qu'il y a un certain nombre de thèmes considérés comme des enjeux critiques au bon fonctionnement du système, qui méritent d'être plus approfondis afin de mieux appuyer la phase de mise en œuvre. Le financement de la santé fait partie des thèmes prioritaires retenus. C'est ainsi que le groupe thématique de travail en charge de cette question a envisagé d'élaborer un document de politique qui dessine l'architecture le dispositif global du financement de la santé pour les prochaines années et présente les objectifs fixés.

L'état des lieux du système de financement de la santé est donc réalisé à la demande du Ministère de la Santé, pour servir de point de démarrage au processus d'élaboration du document de financement de la couverture universelle.

2. Définitions et cadre analytique

Système de Financement

Le système de financement n'est pas uniquement le financement du système. En effet, il ne s'agit pas seulement des financements, ou encore des flux financiers, mais aussi et surtout de l'ensemble des dispositifs en place dans la gestion des flux financiers. On parle de système parce que l'on souhaite que ces dispositifs aient une cohérence d'ensemble traduite au niveau de la performance.

Politique / stratégie de financement

La politique se distingue de la stratégie de façon assez théorique : la politique s'emploie davantage à donner une vision et de grandes orientations stratégiques, alors que la stratégie verse déjà dans l'opérationnel en essayant d'explicitier la façon dont les moyens seront organisés, pour atteindre des objectifs ; le curseur est légèrement plus « bas » dans le cadre d'une stratégie nationale. Politique et stratégie de financement se concrétisent par un document. Comme il s'agit de permettre d'atteindre la couverture universelle (santé), on parlera tout aussi bien de « stratégie de financement de la couverture universelle », ou même d'une « stratégie de développement de la couverture universelle ».

Principes du financement de la santé

Le but ultime du financement de la santé est de permettre à tous les citoyens d'accéder aux services de santé de qualité à un coût supportable par rapport à leur revenu. Le système de financement de la santé se fonde sur des principes de performance.

Protection financière

Le premier principe est la protection contre le risque financier. Elle induit que les usagers des services de santé ne soient pas confrontés à des coûts excessifs quand ils cherchent à accéder aux services de santé. Autrement dit, le manque d'argent ou la modicité des ressources ne devrait pas empêcher les usagers d'accéder aux services de santé ni les inciter à recourir à des services de moindre qualité ni même les pousser à choisir parmi les services dont ils ont besoin pour se maintenir en bonne santé.

Équité dans l'allocation des ressources

Le système de financement de la santé doit être fondé sur l'équité qui implique que les individus contribuent au fonctionnement du système de santé en fonction de leur capacité individuelle de payer. En tant que tel, les pauvres ne devraient pas payer plus que les plus aisés, soit en montant

d'argent dépensé soit en proportion de leurs revenus. La notion de partage du risque par lequel les plus aisés compensent les coûts de santé des pauvres, les bien portants aident les malades dans la prise en charge des coûts des soins de santé fait partie intégrante du financement équitable.

Tous les citoyens devraient être en mesure d'obtenir des services de santé en fonction de leur besoin et indépendamment de leur capacité contributive. C'est ce qu'on appelle l'équité dans l'utilisation. Parce que les plus pauvres ont tendance à avoir une santé inférieure à celle des classes plus aisées, il est important d'allouer plus de ressources aux plus défavorisés afin de garantir l'égalité des chances d'obtenir les meilleurs soins de santé disponibles. C'est en cela que des interventions spéciales peuvent être conçues et mises en œuvre pour stimuler l'utilisation des services par les groupes cibles spécifiques et/ou des conditions spécifiques.

Efficacité

La mise à disposition des services de qualité doit être une quête perpétuelle du système de santé. Or un des moyens pour produire de la qualité est la mise en place des incitations financières. Il se trouve que la recherche de la qualité et la mise en place des incitations visent toutes les deux l'efficacité. Cependant une distinction peut être faite entre l'efficacité d'allocation et technique. La première implique que l'argent est dirigé vers les services de santé rentables qui répondent efficacement au plus grand fardeau de la maladie au sein d'une communauté. L'efficacité technique se rapporte à fournir le maximum de services de santé avec les ressources disponibles sans nuire à la qualité de ces services.

Le système de financement de la santé doit fonctionner en tenant compte de l'efficacité administrative, ce qui implique que ses fonctions soient exécutées sans duplication et que ses processus soient les moins coûteux et les moins encombrants possible. Le ou les systèmes de l'administration de financement de la santé devraient être transparents et les mécanismes de redevabilité doivent être clairement explicités. Ces aspects permettent d'améliorer la confiance de la population et, par conséquent, sa volonté de contribuer au financement du système.

Fonctions du financement de la santé

Quatre fonctions sont associées aux systèmes de financement de la santé : la mobilisation des ressources ; le pooling ou mutualisation des risques et de l'argent ; l'achat de services qui couvre l'ensemble des avantages, services et la manière dont les prestataires de santé sont payés pour la prestation de services ; l'orchestration ou direction générale du financement.

L'élément le plus important de la mobilisation de ressources revient à pouvoir compter sur des ressources pour la santé qui soient suffisantes et pérennes. Il s'agit notamment de comprendre comment les ressources sont mobilisées par les différents mécanismes de financement : combien est mobilisé, de quelles manières, et quels mécanismes reçoivent ses ressources, y compris selon quelle part relative des différentes sources, l'efficacité et l'efficience des mécanismes de la mobilisation des ressources et les performances des agences responsables.

La mise en commun des fonds est la question centrale du financement de la couverture universelle pour assurer l'équité dans le financement, l'accès et l'utilisation des services. Elle renvoie aux dispositifs par lesquels les fonds prépayés sont accumulés au nom d'une partie ou de toute la population. Il est donc important de comprendre la distribution des dispositifs relatifs à la mise en commun des fonds entre les administrations centrales et locales, l'assurance maladie, et les flux d'autres programmes verticaux.

Une bonne santé n'est pas seulement la conséquence d'une forte dépense en santé. L'efficience dans l'allocation des ressources et leur utilisation détermine la manière dont le pays bénéficie des dépenses de santé. Ceci est la question centrale des mécanismes d'achat par lesquels les ressources

sont transférées aux prestataires pour les services de santé qu'ils fournissent. L'achat de service prend en compte : l'allocation des ressources, les mécanismes de paiement des prestataires et la satisfaction des utilisateurs.

Le compositeur en train d'« orchestrer » distribue consciemment sa musique aux instruments d'après le rendu qu'il souhaite obtenir. De même, une stratégie de financement de la santé doit permettre au gouvernement de se donner les moyens de diriger son système dans le sens d'un résultat attendu. Ceci-ci passe par une vision à laquelle on se réfère, par la régulation qui définit les règles, par une coordination des différents départements et autres acteurs qui interviennent dans le financement (notamment PTF), et par une gestion de l'information qui alimente la réflexion en continue pour une prise de décision rationnelle.

II. Description des éléments du système

1. Mobilisation des ressources

Au Mali, le montant des dépenses publiques de santé a plus que doublé au cours des dix dernières années ; les dépenses totales par habitant ont connu la même tendance.

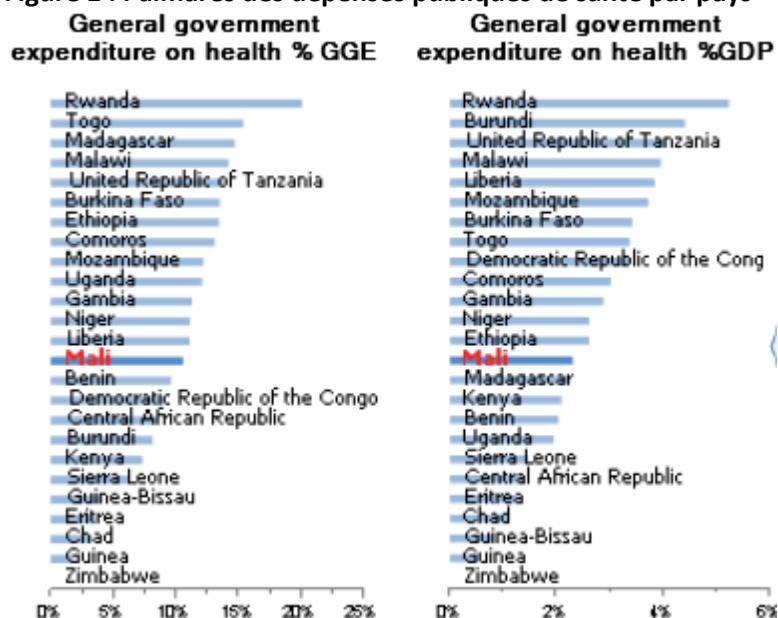
Tableau 1 : Evolution des dépenses de santé par rapport au budget général d'Etat (2003-2009) (en millions CFA)

Rubriques	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIB	2 453 600	2 632 100	2 893 900	3 201 500	3 424 500	3 912 800	4 181 000
Budget Générale de l'Etat							
Dépenses liquidées/Total	610 680	657 991	782 197	852 510	882 147	883 187	1 021 180
Dépenses liquidées/Santé	34 533	41 785	48 424	65 067	62 668	72 649	83 354
Ratios							
% santé/PIB	1,41%	1,59%	1,67%	2,03%	1,83%	1,86%	1,99%
% Santé/BGE	5,65%	6,35%	6,19%	7,63%	7,10%	8,23%	8,16%
Dépenses par tête d'habitant	3 113	3 663	4 142	5 428	5 095	5 755	6 432

Source : Evaluation du plan de développement sanitaire et social, p 42

Néanmoins le niveau des dépenses de santé reste faible. Dans tous les cas, les allocations du budget d'Etat n'atteignent ni le niveau prévu dans les cadres de dépenses à moyen terme ni celui des engagements d'Abuja (15% du budget d'Etat alloué à la santé). D'après l'atlas des dépenses globales de santé publié par l'OMS, la part des dépenses de santé dans le budget d'Etat seraient de l'ordre de 11% en 2010. Et la part des dépenses de santé ne représenterait guère plus de 2% du produit intérieur brut PIB.

Figure 1 : Palmarès des dépenses publiques de santé par pays

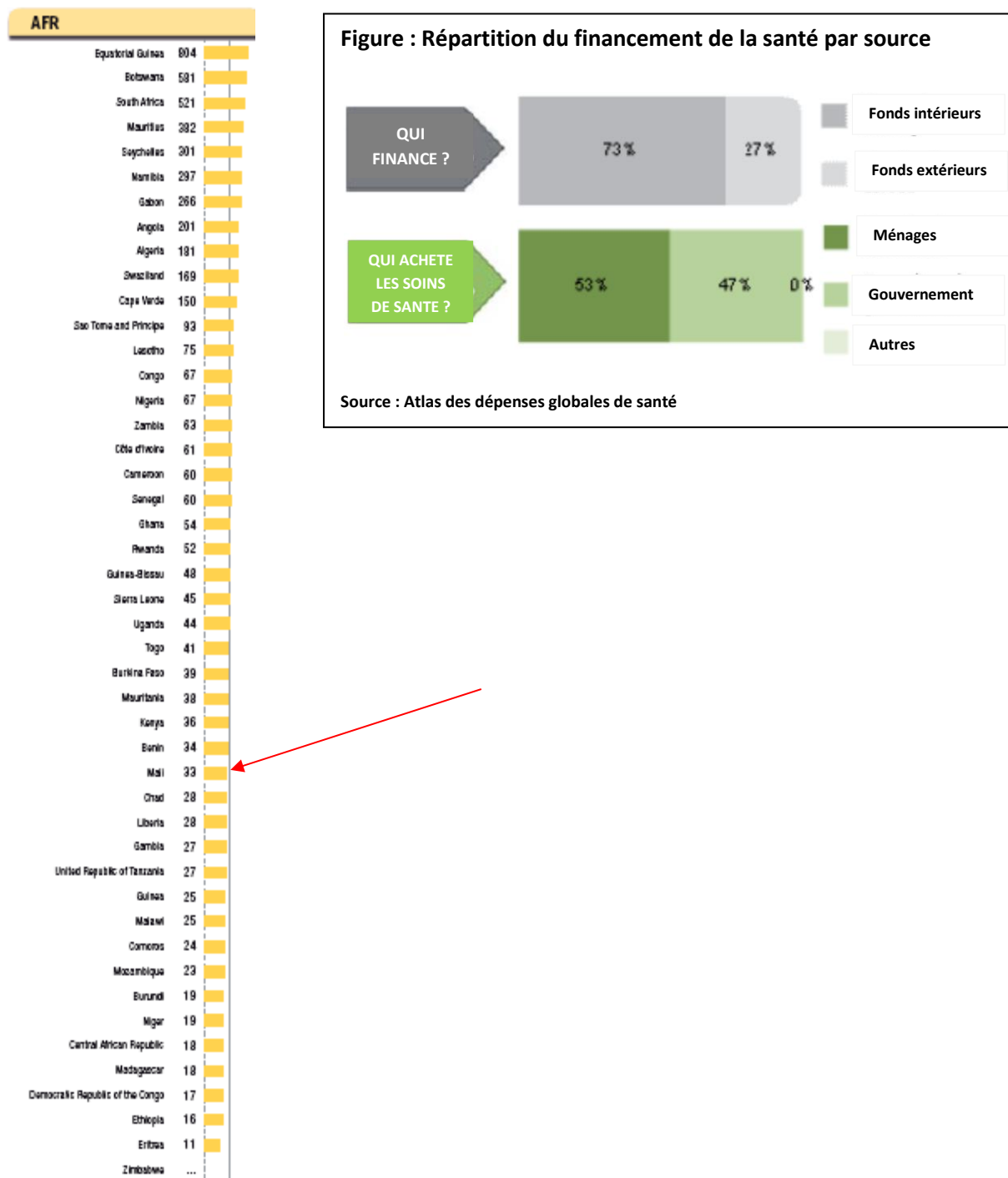


Source : Atlas des dépenses globales de santé

Toujours d'après l'atlas des dépenses globales de santé, les dépenses totales de santé au Mali sont évalués à seulement 32\$ par habitant en 2009 (pour un montant de référence de 44\$) ; ce qui place le Mali plutôt dans la moyenne des pays africains au Sud du Sahara. Pour la production des services

de santé, on remarque que 73% du financement est d'origine intérieure alors que 27% de ce financement provient de l'extérieur.

Figure 2 : Dépenses totales de santé (en \$) par habitant en 2009¹



Source : Atlas des dépenses globales de santé

Le financement de la santé 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. C'est le budget d'Etat qui fournit la contribution de la puissance publique pour la production des services de

¹ La ligne grise indique le minimum suggéré de 44\$ par habitant. La valeur numérique indique le montant des dépenses totales de santé en 2009.

santé. Les procédures de mobilisation et d'exécution du budget d'Etat sont en général bien maîtrisées par les agents publics. Le véritable goulot d'étranglement dans le financement des activités semble être le retard de mobilisation. En fait, pour des raisons de régulation de l'exécution budgétaire, la Direction Générale du Budget procède à des ouvertures trimestrielles de crédits. C'est seulement après ces ouvertures que les services peuvent accéder aux ressources financières qui leur sont affectées pour mener leurs activités. Mais il n'est pas rare de constater que le trésor public prend beaucoup de temps pour honorer les mandats admis au paiement. La raison invoquée est le manque de trésorerie dans les caisses de l'Etat. En définitive, les premiers fonds de l'année seulement ne sont libérés qu'à partir du deuxième voire troisième trimestre. Et avec les différents décalages dans la mise à disposition des ressources financières, les services d'exécution se retrouvent en fin d'année avec beaucoup de liquidité à consommer dans des délais très limités pour être en mesure de respecter le principe de l'annualité des dotations budgétaires. Toute chose induit une utilisation inefficace des ressources mobilisées.

Les collectivités territoriales contribuent au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation, processus par lequel l'Etat central leur a transféré certaines compétences notamment dans le domaine de la santé dans le souci de rapprocher les prestations publiques le plus près possible des populations bénéficiaires. C'est ainsi que les collectivités aux différents niveaux (commune, cercle) ont également mandat de 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 CSCom. En réalité, les sommes mobilisées par les collectivités territoriales dans la santé demeurent très faibles (moins de 3% en 2011).

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 ». Ainsi le Ministère des Finances et le Ministère de la Santé représentant le gouvernement malien se sont entendus avec nombre de coopérations au développement pour mettre en commun tous les efforts afin d'obtenir plus d'efficacité dans la mise en œuvre du programme PRODESS II à travers un accord d'engagement éthique et moral à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD. Au terme de cet accord, les PTF l'ayant signé², se sont engagés à aligner au maximum leurs contributions sur les procédures du Mali. Cependant, il reste un certain nombre de PTF non signataires qui continuent à mener leurs financements du secteur en parallèle.

Les comptes nationaux de la santé publiés en 2006 pour la période 1999-2004 faisaient déjà ressortir la part prépondérante des ménages dans les dépenses de santé. Ils étaient de loin les premiers contributeurs avec 57% des dépenses de santé³. Cette charge des ménages est très élevée compte tenu du niveau de pauvreté des populations ; elle est même au dessus de la moyenne des pays de l'Afrique Occidentale qui s'établit à environ 50% selon les chiffres de l'atlas 2010 des dépenses globales par l'OMS. A défaut des données plus récentes, on peut estimer que les montants recouverts directement sur les usagers ne sont pas suffisamment pris en compte et ressortis dans les comptes

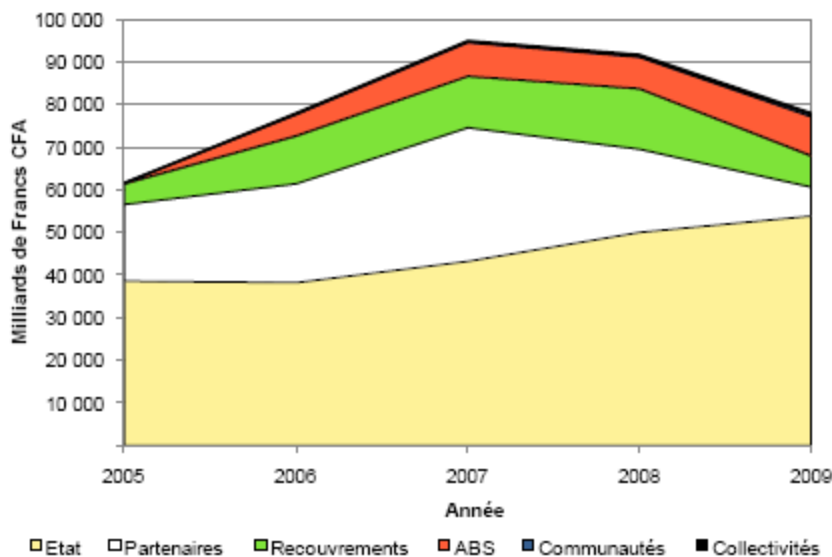
² Il s'agissait à l'époque de la Coopération Néerlandaise, Canadienne, Française, Belge, Suédoise, Espagnole, Luxembourgeoise, Suisse, de l'UNICEF, la Banque Mondiale, l'OMS, la DCE, la BAD, l'UNFPA, la Fondation Bill & Melinda Gates, le PAM, l'Alliance GAVI, l'ONUSIDA, le Fonds Mondial, la BID.

³ Les comptes nationaux de la santé du Mali 1999-2004, Octobre 2006, p 33

rendus financiers. Dans tous les cas, le manque de prépaiement fait que les dépenses des ménages sont directes, ce qui est nuisible au financement de la santé car dans une telle situation, il n'existe pas de mutualisation des ressources. Il se pose des problèmes d'équité dans la mesure où chacun doit faire face à ses dépenses de santé individuellement quelque soit ses conditions de ressources.

La figure suivante montre le niveau du financement global du PRODESS de 2005 à 2009 réparti entre les différents contributeurs.

Figure 3 : Exécution des dépenses selon les sources de financement (en millions de F CFA)



Source : Rapport d'évaluation du Plan de développement sanitaire et social

2. Allocation

Une part importante des ressources pour la santé est dépensée pour produire et rendre disponible les services pour les populations où qu'elles se trouvent sur le territoire. D'où la nécessité de faire des investissements en réalisation d'infrastructures, en équipements mais aussi en dépenses de personnel. Les dépenses d'investissement sont généralement financées sur le budget spécial d'investissement (BSI) de l'Etat en tout cas, pour ce qui concerne les formations sanitaires publiques et communautaires. Une enveloppe annuelle est allouée par la Direction de la Planification du Développement / Ministère de l'Economie et des Finances suivant son cadrage macroéconomique aux différents Ministères dont ceux du secteur santé et qui, à leur tour, en fonction de leur propre priorisation, soumettent les projets à financer. Les critères d'allocation ne sont pas toujours très lisibles. L'approbation de financement du BSI paraît plutôt liée à la capacité de négociation individuelle des administrateurs de crédit c'est à dire les directeurs des structures qui sollicitent les investissements.

Le personnel est recruté et payé par la fonction publique d'Etat ou des collectivités territoriales pour être déployé dans les centres de santé publics. Il arrive également que l'Etat ou les collectivités territoriales mettent du personnel à la disposition des centres de santé communautaires CSCOM ; bien entendu ce personnel est payé sur le budget de l'employeur (exemple avec les ressources financières supplémentaires que l'Etat a dégagées dans le cadre de l'initiative PPTTE).

La construction des infrastructures sanitaires et leur équipement participent de l'accessibilité géographique et de la disponibilité des services de santé. Actuellement les délais d'exécution des marchés d'infrastructures semblent longs. « Le rythme actuel ne permet pas la réalisation dans le délai imparti du reste des investissements prévus par le PRODESS II » **Extrait Rapport financier 2010 et**

PO financier 2012, DFM/Santé – Comité de Suivi du PRODESS II Décembre 2011. Les raisons évoquées touchent aux procédures de décaissement des fonds publics que les entreprises détentrices de marché ont du mal à maîtriser. Ces situations conduisent très souvent aux arrêts récurrents de chantier ; rallongent les délais de réalisation qui débordent sur les exercices ultérieurs et contraignent les DFM à demander de plus en plus à la Direction Générale des Marchés Publics, une autorisation d’inscription budgétaire pluriannuelle des crédits d’investissement à cause du principe d’annualité des allocations budgétaires qui considère tous les crédits non mobilisés d’un exercice comme perdus à la fin de l’année.

Les dépenses de personnel sont généralement exécutées telles que prévues ; les recrutements sont effectués par la fonction publique en fonction des disponibilités budgétaires et les salaires sont régulièrement payés sans problème majeur. Actuellement la priorité du secteur de la santé est de trouver un terrain d’entente avec le Ministère des Finances pour l’octroi de primes suffisamment motivantes en fonction des risques ou des conditions difficiles d’exercice sur le terrain pour certaines catégories de personnel (principalement les sages femmes) qui seraient déployées dans les zones périphériques afin de corriger les disparités de disponibilité de personnel qualifié en surabondance dans la capitale alors qu’il y a pénurie dans les milieux plus éloignés.

Le Ministère de la Santé a commencé à inscrire dans le budget d’Etat, des délégations de crédit au profit des collectivités depuis 2011. Cependant beaucoup d’entre elles ont du mal à capter ces financements à cause du manque d’information des élus sur les ressources affectées, du manque de maîtrise des procédures de mobilisation et d’exécution du budget d’Etat, des tensions de trésorerie pour honorer les crédits alloués aux collectivités, de l’instabilité du personnel politique (renouvellement des conseils communaux et de cercle) nécessitant un effort récurrent de capacitation des élus.

3. Mutualisation des ressources

1er. Ministère de la Santé et associés

Le pooling ou mutualisation des fonds est la question centrale du financement de la couverture universelle. Il s’agit de mettre en commun les ressources disponibles pour mieux les allouer dans une logique de recherche d’efficacité et d’équité. Naturellement les Directions des Finances et du Matériel constituent les premiers centres de mutualisation des ressources. Il leur incombe de mobiliser toutes les ressources inscrites pour le compte des différents ministères du secteur santé ; que ce soient les ressources du budget d’Etat ou celles provenant des PTF quel que soit leur mode de contribution (appui budgétaire sectoriel, appui budgétaire général ou programme). Les DFM exécutent certaines dépenses directement au niveau central ; le reste des crédits est transféré ou délégué aux administrateurs secondaires (Directions Régionales et districts sanitaires), aux établissements publics autonomes (hôpitaux et diverses administrations), aux collectivités territoriales.

Les tableaux ci-dessous donnent le montant et la répartition des dépenses effectuées de 2005 à 2009 par niveau.

Tableau 2 : Evolution des dépenses (en millions de F CFA) effectuées par le Ministère de la Santé par niveau

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses totales	61 844	78 293	95 255	91 962	78 303
Niveau central	42 734	57 624	72 584	69 615	47 060
Niveau régional	19 110	20 669	22 671	22 347	31 243
Zone 1	35 251	35 780	59 153	49 200	44 319
Zone 2	19 914	33 666	25 338	29 152	24 665
Zone 3	6 679	8 847	10 764	13 610	9 318

Tableau 3 : Evolution des dépenses effectuées par le Ministère de la Santé en part relative par niveau

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Niveau central	69,1%	73,6%	76,2%	75,7%	60,1%	71,4%
Niveau régional	30,9%	26,4%	23,8%	24,3%	39,9%	28,6%
Zone 1	57,0%	45,7%	62,1%	53,5%	56,6%	55,2%
Zone 2	32,2%	43,0%	26,6%	31,7%	31,5%	32,7%
Zone 3	10,8%	11,3%	11,3%	14,8%	11,9%	12,0%

Source : Rapport d'évaluation du plan de développement sanitaire et social, p 49

On remarque avec ce tableau que l'essentiel du financement (71%) a bénéficié au niveau central. Cette tendance serait imputable d'une part à la réalisation de nouvelles constructions au niveau central et d'autre part aux dépenses d'investissements exécutées au niveau central pour le compte niveau opérationnel (achats groupés de médicaments, vaccins, équipements, etc.). Le niveau déconcentré, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'a obtenu que 29% du financement, soit à peu près la moitié du montant prévu selon le scénario moyen du cadre des dépenses à moyen terme (CDMT)⁴. Pourtant la cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration préconisait que 40% des ressources devraient être affectés au niveau central et 60% au niveau déconcentré (région et district) et que 20% de la part du niveau déconcentré devraient être alloués aux régions et 80% aux niveaux districts et communes ; les districts conserveraient 40% de cette tranche contre 60% affectés au niveau commune.⁵

Tableau 4 : Evolution des dépenses (en millions de F CFA) effectuées par le Ministère du Développement Social par niveau

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses totales	67 615	30 800	87 744	64 165	86 976
Niveau central	29 210	8 686	36 765	39 333	47 402
Projet			12 109	11 614	11 307
Niveau régional	38 405	22 114	38 958	13 218	28 354
Zone 1	0	0	17 900	29 067	39 139
Zone 2	0	0	14 039	27 912	38 530
Zone 3	0	0	55 805	7 186	9 306

⁴ Evaluation du plan de développement sanitaire et social, Août 2011, p 49

⁵ Rapport d'évaluation financière des ressources budgétaires liées aux compétences et ressources de l'Etat transférées aux collectivités territoriales niveaux Cercle et commune, Koulouba – Novembre 2009, Page 6 et 7.

Tableau 5 : Evolution des dépenses effectuées par le Ministère du Développement Social en part relative par niveau

Niveau	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Niveau central	43,2%	28,2%	41,9%	61,3%	54,5%	47,8%
Projets/ABS	0,0%	0,0%	13,8%	18,1%	13,0%	10,4%
Niveau régional	56,8%	71,8%	44,4%	20,6%	32,6%	41,8%
Zone 1	0,0%	0,0%	20,4%	45,3%	45,0%	18,9%
Zone 2	0,0%	0,0%	16,0%	43,5%	44,3%	17,4%
Zone 3	0,0%	0,0%	63,6%	11,2%	10,7%	20,8%

Source : Rapport d'évaluation du plan de développement sanitaire et social, p 54

Pour ce qui concerne les activités de soutien à la santé, le niveau régional a pu mobiliser une part relativement importante des ressources si on considère les projets et les institutions de sécurité sociale exécutent les activités aussi bien au niveau central que régional.

Il convient de noter que la totalité des dépenses effectuées du côté du Ministère de l'Action Humanitaire ne sont pas destinées exclusivement à la santé.

2e. Assurance Maladie

Un autre centre de mutualisation des ressources pour la santé est constitué par les assurances maladies dont la contribution au financement de la santé est faible aujourd'hui. Les principaux acteurs sont la caisse nationale d'assurance maladie CANAM, l'Agence nationale d'assistance médicale ANAM et les mutuelles de santé.

La CANAM est l'agence chargée de la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire AMO dont les services ont démarré en 2010. A ce titre, elle effectue le pooling des cotisations collectées auprès des assurés et de leurs employeurs par les organismes de gestion déléguée que sont l'Institut National de Prévoyance Sociale INPS, de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale CMSS. L'INPS s'occupe de la collecte des cotisations pour les travailleurs du secteur privé, les conventionnaires de l'Etat, les retraités et les parlementaires tandis que la CMSS collecte les cotisations versées par le bureau central des soldes pour le compte des fonctionnaires, elle prélève également la part AMO sur les pensions versées. Le montant des cotisations perçues en 2011 et 2012 était respectivement de 15,6 milliards CFA et 15,1 milliards CFA.

Le régime d'assistance médicale RAMED est géré par l'ANAM qui fournit l'assurance maladie pour les indigents c'est-à-dire toutes les personnes qui sont dans l'incapacité financière totale de payer les dépenses de santé. Les études qui ont prévalu au démarrage du RAMED en 2010, estime que le régime devrait couvrir environ 5% de la population totale, ou du moins que les disponibilités financières de l'Etat lui permettraient de supporter une affiliation jusqu'à ce seuil. Pour financer l'assistance médicale, l'ANAM mobilise les subventions de l'Etat (65% du financement global du régime) et théoriquement celle des collectivités territoriales (35%). Dans la réalité, l'Etat a accordé au titre des années 2011 et 2012 des subventions à hauteur respectivement de 1,047 milliards et 1,064 milliards francs CFA. Ces montants représentaient 74% et 72% des budgets prévisionnels 2011 et 2012. Mais ce sont surtout les collectivités territoriales qui n'ont quasiment fait aucun transfert financier au régime. Pour le moment, l'ANAM ne dispose pas de représentations vraiment proches des bénéficiaires qui se trouvent logiquement dans les endroits les plus pauvres du pays. Ainsi le traitement des demandes d'affiliation continue d'être géré à Bamako ; cette situation rend de fait difficiles d'accès, les services du RAMED pour les populations censées être couvertes. Elle n'encourage pas la contribution des collectivités à un régime dont les administrés ne bénéficient pas.

Une des vocations principales des mutuelles est de faire du pooling des cotisations payées par les membres sur la base du principe fondamental de la mutualité à savoir la solidarité. Au sens de la

législation malienne, les mutuelles sont des regroupements de personnes qui, au moyen des cotisations de leurs membres, se proposent de mener, dans l'intérêt de ceux-ci ou de leurs familles, une action de prévoyance, de Solidarité et d'entraide. A ce titre elles assurent notamment la prévention des risques sanitaires liés à la personne et à la réparation de leurs conséquences, la protection financière des membres. En 2012, les 168 mutuelles de santé ont collecté environ 415 millions F CFA de cotisation.

Actuellement les trois régimes d'assurance que ce sont l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste, fonctionnent comme des systèmes cloisonnés pour lesquels il n'existe pas véritablement de passerelles et donc aucune mise en commun ou pooling des ressources n'est aujourd'hui effective.

Quant à l'assurance privée, elle n'est pas du tout développée et est souscrite par les filiales des multinationales, des salariés de catégories socioprofessionnelles supérieures. Autant dire que sa couverture reste très marginale.

4. Achat de services

1er. L'économie des prestataires

Les prestataires de santé pratiquent le recouvrement des coûts c'est-à-dire qu'ils prennent aux usagers (ménages et organismes de tiers-payant telle que l'assurance maladie) des montants facturés en contrepartie des services de santé dispensés. En règle générale le curatif (actes, médicaments, hospitalisation..) est facturé ; le préventif (vaccination, moustiquaire..) est dispensé sans facturation au patient. Les sommes collectées servent à couvrir une partie des charges des formations sanitaires, le plus souvent des charges de fonctionnement. Dans la réalité, ce recouvrement des coûts est plutôt une participation. Le rôle des subventions reste encore important. Les coûts sont réellement recouverts seulement pour certaines prestations (par exemple les médicaments).

Nous ne disposons pas de chiffres qui donnent une idée précise des flux financiers dépensés dans l'ensemble du système de soins. Mais selon les données collectées auprès de la DFM/Santé, le montant total des recouvrements faits au niveau des hôpitaux s'élevait à 4,56 milliards CFA en 2011. Le recouvrement effectué par les CSRéf et CSCom aurait atteint 2,59 milliards CFA pour la même année. Par contre nous n'avons pas d'éléments sur les flux financiers recouverts dans le secteur privé. Ce qui rend difficile une analyse approfondie et montre une limite importante dans la gestion de la performance du système.

A partir de 2005, l'introduction de la gratuité de certains services pour les usagers a également modifiée les sources de revenus des prestataires de services. Certains travaux de recherche ou d'étude décrivent les effets positifs des mesures de gratuité sur l'utilisation des services se traduisant par une amélioration dans la consommation des services de santé. Lors d'une étude récente, Rolf Heinmüller, Valéry Ridde, Kléon Traoré, Ignace Traoré, Laurence Touré⁶ ont constaté en moyenne une augmentation légère et significative de la fréquentation dans les CSCom après l'instauration de la gratuité des CTA. Sachant que plus de 90% des recettes des CSCom proviennent de la vente des médicaments et de la tarification⁷, instaurer la gratuité sur ces postes de revenu influe logiquement sur les finances des prestataires. La fédération nationale des associations de santé communautaire FENASCOM a émis des préoccupations sur la généralisation des mesures de gratuité et réclament une compensation des baisses de recettes qui pourraient être constatées. Cette position des prestataires du moins de première ligne c'est-à-dire les CSCom, soulève en réalité deux

⁶ Rolf Heinmüller al 2012 Évaluation des effets de la politique de subvention des CTA au niveau de l'utilisation des services

⁷ La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des CSCom au Mali Kafando Y., Touré L., Ridde V. Juillet 2012, p 15

questionnements qui pourraient être étendus aux prestataires des échelons supérieurs (CSRéf et Hôpitaux). Il s'agit notamment du mode d'intervention (aujourd'hui du prépositionnement d'intrants et/ou de l'achat d'actes) de l'Etat pour rendre les services gratuits et le dispositif financier (modalités de rémunération des prestataires) pour soutenir l'exemption totale de frais pour les usagers.

2e. Les « gratuités »

Depuis une dizaine d'années, on observe une tendance à l'introduction de mesures dites de « gratuité » dont certaines fonctionnent totalement ou partiellement sous forme de prépositionnement d'intrants achetés par le Ministère de la Santé et mis à la disposition des formations sanitaires. L'exemple typique de ce genre de mesures est la prise en charge gratuite du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq (5) ans. Pour ce dispositif, le Ministère de la Santé achète les médicaments (combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine CTA) par l'intermédiaire de la Pharmacie Populaire du Mali, la centrale d'achat chargée de l'approvisionnement du pays en médicaments essentiels et de leur distribution aux formations sanitaires publiques et communautaires. Ces médicaments une fois acquis sont ensuite repartis entre les formations sanitaires qui les dispensent à titre gratuit aux usagers correspondant à la cible définie. Le prépositionnement des CTA n'est pas le seul dispositif d'intervention de l'Etat dans l'achat de services, il en existe d'autres gérés par le Ministère de la Santé (Vaccination, ARV, etc..) ou même par le Ministère de l'Action Humanitaire (Médicaments anticancéreux fournis aux personnes démunies). Le tableau ci-dessous donne une idée du volume des flux financiers engagés dans l'achat des intrants pour la gratuité.

Tableau 6 : Valeur en francs CFA des kits et intrants distribués dans le cadre des dispositifs de gratuité des Ministères de la Santé et celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées

Programme	2009	2010	2011
Césarienne (Kits)	628 610 190	678 864 060	506 448 870
Paludisme (Kits paludisme grave)	325 900 200	785 714 160	261 117 960
Vaccination (Vaccin et seringue)	2 404 419 990	1 757 580 870	2 836 197 210
Tuberculose (Médicaments)	140 760 000	122 760 060	463 934 760
Cancer (Médicaments)	374 630 120	747 418 190	898 529 150
VIH/SIDA (ARV, test et réactifs)			2 757 158 940
TOTAL	3 874 320 500	4 092 337 340	7 723 386 890

Source : Rapports d'activités 2009, 2010 et 2011 de la PPM et DNDS

Si l'idée de ces gratuités procède de la logique d'intervention des pouvoirs publics pour résoudre les grands problèmes de santé par la mise en œuvre d'actions volontaristes à grand impact, dans la pratique ces mesures posent de réelles difficultés d'application. Les paquets de services rendus gratuits aux patients ne couvrent pas toujours l'ensemble des besoins adressés. A titre d'exemple, bien que le traitement du paludisme soit devenu gratuit, les enfants et les femmes enceintes continuent à payer les frais de consultation. Les services « gratuits » ne sont pas toujours disponibles à cause des ruptures en intrants. Par ailleurs, les formations sanitaires ne sont pas systématiquement remboursées des services rendus gratuitement aux usagers même si les dispositifs institutionnels le prévoient très clairement.

3e. L'achat en direct

Le paiement direct des ménages demeure la règle lorsqu'il s'agit de l'achat des services de santé au Mali. Comme évoqué précédemment, les comptes nationaux de la santé 2006 indiquent qu'au moins 57% des dépenses de santé étaient effectuées par paiement direct des ménages. Ceci s'explique par le faible niveau de couverture des mécanismes de tiers-payant et l'introduction balbutiante de l'AMO et du RAMED. De fait, cette situation consacre l'absence de force d'achat capable de poser une quelconque exigence vis-à-vis des prestataires.

Avec une offre de santé qui ne permet pas vraiment le choix sauf peut être dans la capitale, les usagers n'ont aucune marge de négociation ni sur le prix des prestations ni sur les modalités de rémunération des services consommés. La tarification à l'acte est quasiment le seul mode de paiement des dépenses de santé. Il existe peu ou presque pas d'incitations financières pour rémunérer la qualité des services fournis aux usagers. A part une expérimentation en cours de financement basé sur les résultats dans le cercle de Dioila, les allocations aux formations sanitaires publiques (Hôpitaux et CSRéf) n'intègrent pas la rémunération de la performance.

Pour le cas particulier des hôpitaux, les bases d'allocation des subventions à leur faveur ne semblent pas clairement fixées. Pourtant en 2007, avec le concours d'un financement de la Banque Mondiale, le Ministère de la Santé avait conçu un dispositif de contractualisation censé accorder des subventions supplémentaires en rémunération de la performance globale des hôpitaux sur la base d'une liste d'indicateurs. Ladite liste arrêtée de commun accord reflétait les priorités du Ministère en matière d'amélioration de la qualité des services fournis par les hôpitaux. L'idée qui sous-tendait cette initiative, était que le Ministère allait acheter aux hôpitaux la production des services de qualité. Les évaluations ont été faites mais tardivement et les hôpitaux n'ont jamais reçu le financement promis parce que le financement du bailleur s'était tari entretemps. A présent, ce dispositif ne fonctionne pas. Aucun dispositif substitutif n'a été développé.

4e. L'achat en tiers-payant

Le tiers-payant reste donc un mode de paiement peu courant dans le système de santé malien parce qu'une très large majorité de la population continue à payer les services de santé directement de leur poche c'est-à-dire sans aucune protection financière. En effet, les dispositifs de tiers-payant prennent une très petite partie du montant total des dépenses de santé.

Bien qu'elle constitue une des plus grandes réformes introduites dans le secteur de la santé, l'AMO 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 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 portent aujourd'hui un flou sur le caractère obligatoire de cette assurance maladie. D'après les données communiquées par la CANAM, 557.082 personnes auraient été enregistrées à l'AMO à la fin de l'année 2012, ce qui équivaut à 3,4% de la population totale et environ 30% de sa population cible. Rappelons que l'AMO devrait couvrir environ 317 000 cotisants et 1,9 millions de bénéficiaires⁸, soit 12% de la population actuelle. Du fait de la nouveauté du régime dont les procédures ne sont pas suffisamment maîtrisées par les usagers, l'AMO peine à donner les services à la hauteur de ses capacités ; le montant des dépenses de prestations remboursées aux formations sanitaires conventionnées a été de 629 millions F CFA en 2011. Ce qui ramène le taux de sinistralité (montant de prestations / cotisations) à seulement 4% en 2011; les normes admettent une sinistralité à hauteur 75%.

⁸ Etude technique de l'Assurance Maladie Obligatoire et le Fonds d'Assistance Médicale au Mali, ADECRI, Rapport définitif Décembre 2005, p 11

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. Actuellement 1.526 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 819.000 personnes en 2013. Avec ces résultats, le RAMED aurait donc couvert 0,2% de sa population cible. On se rend compte que les dépenses de prestations pour les usagers du régime ont été également faibles pendant les deux dernières années de fonctionnement du RAMED. En 2011 et 2012, le montant des prestations ont été de 336 et 675 millions CFA (Source : Rapports des 3^{ème} et 4^{ème} sessions du CA de l'ANAM). Le taux de sinistralité a été de 37% et 52% pour la même période.

Selon les statistiques de la Direction Nationale de la Protection Sociale, il y aurait 510.000 mutualistes en fin 2012 soit 3,1% de la population totale bénéficiant des services d'assurance maladie. Avec ce niveau de couverture, la mutualité couvrirait environ 4% de sa propre population ciblée constituée prioritairement des secteurs informel et agricole selon les orientations de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Les 168 mutuelles de santé agréées ont dépensé 289 millions F CFA dans les prestations servies dans les formations sanitaires conventionnées au cours de l'année 2012.

III. Dynamique spécifique de certains éléments du système

1. Evolution de la situation des volumes de financement

A la suite de crise politico-institutionnelle intervenue au Mali en 2012, le gouvernement a dû procéder à un collectif budgétaire ayant conduit à une réduction drastique (-33%) des allocations aux différents secteurs y compris la santé. C'est dans ce contexte que le budget global de l'Etat est passé de 1.483 milliards CFA à 989 milliards en cours d'année⁹. Cette situation s'explique d'une part par la diminution sensible des recettes imputable aux raisons évoquées plus haut et d'autre part par les conséquences des troubles qui ont amené la plupart des PTF à suspendre voire annuler leur concours budgétaire. Pour ce qui concerne le secteur de la santé, les allocations totales dans la loi de finances rectificative ont baissé de 39% passant de 119 milliards CFA dans la loi initiale à 73 milliards après la crise. Globalement le secteur de la santé a souffert des conséquences de la crise, et relativement plus que d'autres secteurs. Ainsi sa part dans le budget de l'Etat a diminué de 8% en 2012 avant la crise à 5,9% dans le budget 2013¹⁰.

En dépit de ces difficultés, la situation budgétaire semble s'améliorer avec la sécurisation du territoire national et la perspective des élections présidentielles. En effet, les différents partenaires du Mali semblent à présent prêts à reprendre leur coopération – même si à des degrés différents et le gouvernement est en passe de faire adopter un projet de budget rectificatif en hausse de +36% par rapport à sa version initiale. Le nouveau collectif ramènerait le budget 2013 à 1.440 milliards, un niveau légèrement supérieur à celui d'il y a deux ans (1.424 milliards en 2011). L'amélioration de la situation budgétaire générale devrait normalement profiter au secteur mais le financement public de la santé s'orienterait plus vers la reconstruction et la remise à niveau de l'offre de services particulièrement touchée dans la partie septentrionale du pays.

2. Enseignement de la crise en matière de financement de la santé

L'avènement de la crise a montré que le pays n'était pas suffisamment préparé pour faire face à la prise en charge sanitaire de populations déplacées des régions Nord vers le Sud. Par ailleurs, les populations restées sur place dans les zones sous occupation ont éprouvé d'énormes difficultés à accéder aux services de santé pour la simple raison qu'il y a eu beaucoup de défection du personnel de santé parti se réfugier dans des zones plus sûres à cause de la situation sécuritaire devenue très précaire. L'absence des services étatiques faisait que le personnel de santé resté sur place ne percevait même plus leur rémunération à fortiori ne recevait aucune incitation pour l'exercice en zone sensible. Les ONG humanitaires qui ont travaillé pendant l'occupation, ont fait cas des contraintes financières pour procéder à la réinstallation du personnel de santé. Elles évoquent également les insuffisances du dispositif de primes qu'elles ont dû octroyer pour motiver le personnel à continuer d'exercer dans des conditions exceptionnelles mais dont le maintien sur une période prolongée est problématique à cause de la modicité des ressources financières dont elles disposent pour soutenir cette pratique.

Dans les mois qui ont suivi le début de la crise, le Ministère de la Santé a dû s'adapter et a élaboré un plan d'urgence qui concentre les efforts sur la reconstruction du système de soins. Parallèlement le Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées s'est lui aussi doté de la politique nationale de l'Action Humanitaire qui développe des aspects sanitaires.

⁹ Rapport d'analyse du projet de loi de finances rectificative 2013, Groupe de suivi budgétaire Mali, p 9

¹⁰ Rapport d'analyse du projet de loi des finances rectificative 2013, Groupe de suivi budgétaire, p 10

3. Développement de l'assurance maladie

La stratégie de développement de l'assurance maladie repose sur une segmentation de la population en trois franges qui seraient couvertes chacune par un régime spécifique. L'AMO couvrirait le secteur formel, le RAMED prendrait en charge les indigents et les mutuelles s'attacheraient à couvrir le secteur informel et agricole.

L'AMO et le RAMED, lancés depuis 2010, sont gérés par des organismes publics dotés de l'autonomie de gestion et jouissant d'une personnalité juridique propre. Ces régimes concernent finalement les deux extrêmes des segments ; l'un couvre ceux qui ont un revenu régulier (probablement la frange la moins pauvre de la population) et l'autre prend en charge les indigents (les plus pauvres qui dépourvus de capacité financière de contribuer à un quelconque système d'assurance maladie). Tout compte fait, l'AMO et le RAMED ne concerneraient qu'au maximum 20% de la population totale.

L'énorme défi auquel le Mali est et sera confronté pour le développement de l'assurance maladie dans les années à venir, reste la couverture du secteur informel et agricole. Pour le relever, la stratégie nationale préconise l'affiliation de ce secteur aux mutuelles de santé qui sont des entités privées à but non lucratif et dont certaines reçoivent des subventions publiques pour l'abondement des cotisations des membres. Le Ministère de l'Action Humanitaire aimerait bien capitaliser sur la particularité dans l'organisation communautaire pour faire avancer sa stratégie de développement des mutuelles. En effet, les mutuelles ont été les premières à proposer des produits d'assurance maladie destinés aux salariés du privé, aux fonctionnaires, aux artisans aussi bien en milieu urbain que rural. Certaines mutuelles regroupées au sein de l'Union Technique de la Mutualité Malienne UTM ont démarré un régime d'assurance maladie volontaire depuis plus d'une décennie. Par ailleurs, à partir de 2002, l'UTM a reçu un mandat de la part du Ministère de la Santé et celui du Développement Social, d'assurer le rôle d'encadrement technique des mutuelles de santé dans le cadre des politiques et orientations nationales en la matière. Se faisant, l'UTM semble incontournable dans son monopole de par l'historique de son existence. Cependant des questionnements sont à présent soulevés notamment sur :

- (a) la compatibilité d'une assurance maladie de type volontaire et d'un paquet de soins imposé et subventionné avec la nature des mutuelles (ou l'évolution de celle-ci),
- (b) la vision en termes de pooling de ressources financières,
- (c) la place et le rôle de l'UTM, acquis ou non, dans le développement de l'assurance maladie à vocation universelle.

4. Décentralisation et prestataires de services

Au Mali, la santé fait partie des domaines dans lesquels l'Etat central a transféré ses prérogatives aux collectivités territoriales. Le décret n°02-314 fixe ainsi le détail des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé. Elles tiennent principalement à l'élaboration et la mise en œuvre de plan de développement local en matière de santé, l'allocation de subventions et ressources humaines pour la production des services de santé au niveau périphérique, la lutte contre la vente illicite de médicaments, les épidémies et catastrophes. Le même décret consacre la dévolution des infrastructures et matériels des CSRéf aux cercles et communes du district de Bamako. Il dispose en outre que l'Etat donnera annuellement aux collectivités (communes et cercles) les ressources financières sous forme de subventions affectées pour assurer la mise en œuvre des compétences transférées.

Au regard de ce décret, il est attendu des Communes qu'elles assument le rôle de tutelle sur les ASACO dans la mesure où la délivrance et/ou le retrait des autorisations de création des CSCom incombe désormais au Maire sur avis technique du Médecin Chef de district sanitaire. Il est également attendu un rôle de suivi et contrôle des ASACO. Enfin le troisième rôle dévolu aux collectivités est celui du financement de l'offre de services de santé que ce soient sur les

investissements (constructions et équipements, ..) ou sur le fonctionnement (salaire d'agents mis à disposition, mise en place de stock initial de médicaments dans les CSCom, conduite d'activités de lutte contre les maladies,..). Les collectivités territoriales étant des institutions relativement nouvelles, elles ne disposent pas toujours des compétences pour assumer complètement les responsabilités qui leur sont déléguées dans le domaine sanitaire. Le relèvement des capacités internes aux collectivités constitue un défi que le système de santé devra surmonter dans les années à venir.

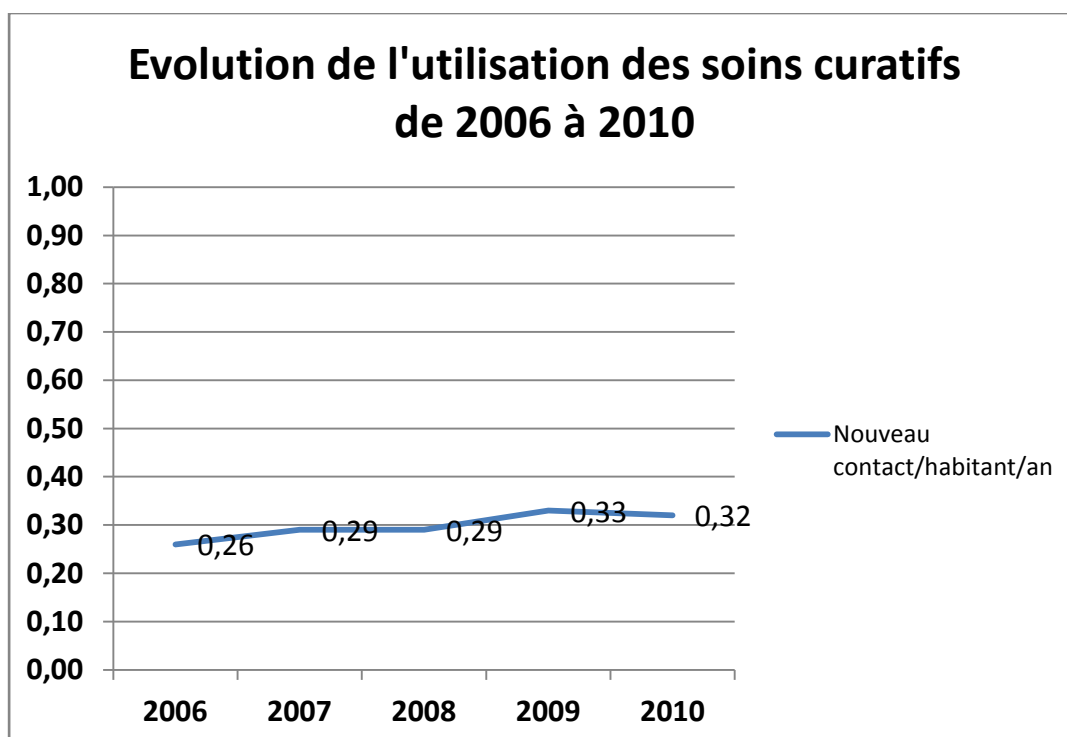
Il est à noter que le Ministère de la Santé et celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées se sont dotés de services techniques spécialisés pour accélérer la mise en œuvre de la décentralisation et de la déconcentration qui ont édicté un certain nombre de guides opérationnels qui décrivent la voie à suivre sur des sujets très concrets comme le transfert des ressources financières du budget des Ministères vers les collectivités territoriales. Leurs recommandations sont en train d'être mises en application.

IV. Performance du système

1. Utilisation des services

L'utilisation des services reste faible et ne progresse que très lentement au cours des 5 années (2006 à 2010). On remarque même qu'elle a légèrement baissé de 0,33 nouveau contact/hbt/an en 2009 et en 2010, à 0,32 nouveau contact/hbt/an. L'utilisation est plus élevée dans le District de Bamako et dans la région de Kidal avec respectivement 0,43 nouveau contact/hbt/an et 0,40 nouveau contact/hbt/an et très faible dans les régions de Mopti et Gao avec respectivement 0,20 nouveau contact/hbt/an et 0,25 nouveau contact/hbt/an. Ce sont les enfants de moins de 5 ans qui utilisent le plus les services avec 0,57 nouveau contact/hbt/an en 2009 et 0,59 nouveau contact/hbt/an en 2010.

Figure 4 : Evolution des soins curatifs (nouveaux contacts/habitant/an)



Source : Synthèse des rapports d'activités du programme opérationnel 2010 et programmation 2012 du PRODESS

Divers facteurs expliquent ce faible niveau de consommation des services de santé liés entre autres :

- à 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),
- à 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,
- à l'inaccessibilité des zones enclavées.

La couverture vaccinale en Penta3 est globalement satisfaisante ; le taux de vaccination est passée de 101 à 92 puis à 88% respectivement en 2009, 2010 et 2011. L'objectif du PRODESS II prolongé était fixé au minimum à 90%.

Tableau 7 : Couvertures vaccinales chez les enfants de 0 à 11 mois par an au Mali (2004- 2011)

Proportion Enfants Vaccinés (%) / Antigène Année	BCG	PENTA 1	DTCPI	PENTA 3	DTCP3	VAR
2004	103		110		90	78
2005	92		100		91	78
2006	96		99		92	82
2007	108	70*		94*		89
2008	110	112		94		91
2009	100	118		101		98
2010	105	106		92		88
2011	112	103		88		84

Source : Annuaire statistique SLIS 2011

Le taux d'utilisation des services de planification familiale est passé de 4,86% en 2010 à 6,12% en 2011. Quant à la situation sur la surveillance des grossesses, le taux d'accouchement assisté a baissé de 2009 à 2010 en passant de 64% à 57% mais reste stationnaire en 2011 par rapport à l'année précédente. Par contre la gratuité des césariennes semble avoir tiré l'utilisation de service à la hausse. En effet, entre le début de la politique de gratuité en 2005 et l'année 2011, les taux de césarienne estimés sur la base de la population totale ont plus que doublé – passant de 0,9% de tous les accouchements attendus en 2005 à 2,36% en 2011. *Source : Annuaire SLIS 2011, p78.*

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 2011, 90% des maliens pourraient accéder au paquet minimum d'activités PMA dans un CSCOM à moins de 15Km de leur domicile ; 59% d'entre eux pourraient y accéder à moins 5Km. Mais ces chiffres cachent des disparités. Ci-dessous la carte d'accessibilité au PMA par cercle.

3. Efficience

La question de l'efficience est la plus difficile à traiter, dans le sens où le suivi-évaluation du système de financement ne s'y penche pas, 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, s'acquiert en effet par le pool et l'achat stratégique, et se valide sur la base d'une gestion stratégique de l'information, trois éléments insuffisamment consistant du système de financement de la santé au Mali.

V. Analyse du système

1. Mobilisation des ressources

Lorsqu'on analyse le financement global, on se rend compte qu'il a connu une augmentation de 2005 à 2007 puis une baisse continue à partir de 2008 due à la diminution de la contribution des PTF qui n'a pas pu être compensée par l'accroissement des allocations du budget d'Etat.

Cependant les capacités d'absorption des ressources financières sont bien présentes. On remarque que de 2009 à 2011, les taux de mobilisation et d'exécution des ressources du PRODESS ont été en moyenne respectivement de 90% et de 95%. Evidemment ce niveau de consommation n'a pas pu être atteint en 2012 à cause de la forte contraction des ressources financières du budget d'Etat et de la réduction drastique voire l'annulation de la plupart des crédits des PTF suite aux troubles politico-institutionnelles survenus au mois de Mars. Ainsi les taux de mobilisation et d'exécution des ressources du PRODESS ont été respectivement de 19% et de 97% en 2012. Ces chiffres confirment le problème de retard de mobilisation des ressources qui commencent à être disponible seulement au-delà du deuxième trimestre de l'année.

Après les baisses de financement constatées à cause de la crise, on observe à présent des signes de reprise telle celle de la coopération avec les PTF, la rectification à la hausse du budget d'Etat 2013, etc. Cette tendance d'accroissement des ressources financières devrait sans doute aller en priorité à la réhabilitation du système de soins. Elle ne saurait pas non plus faire perdre de vue que la part de la santé dans le budget de l'Etat a baissé à 5,9% alors qu'elle était de 8% avant la crise ; le chiffre de l'Atlas OMS de 2010 est de 10%, ce qui laisse à penser qu'à prendre en compte les dépenses des autres Ministères, le taux est plus proche de 10% que 8% avant la crise. Quoi qu'il en soit, il reste de 50% inférieur aux engagements (Abuja). D'où la nécessité de mobiliser davantage de ressources financières afin que le secteur soit financé à hauteur des besoins tout en allégeant la part inique du financement par les ménages.

Concrètement, les engagements d'Abuja pourraient être réaffirmés (15% de la part du Budget de l'Etat consacrés à la santé) qui, couplés à un accroissement de l'assiette fiscale, permettraient à la fois d'atteindre un montant minimal de dépenses en santé de 44 USD par capita et une réduction des paiements directs des ménages de plusieurs points.

La reprise des relations de coopération devrait s'accompagner d'une réaffirmation du leadership du gouvernement malien quant à la maîtrise des circuits de financement. Car avec la situation de crise, beaucoup de partenaires ont envisagé de mettre en place des procédures qui, dans la réalité, contournent les procédures publiques. L'Etat portera une attention particulière à ce que les engagements pris pour l'alignement de l'aide soient respectés de toutes les parties notamment celles qui ont signé le document « COMPACT ».

Concernant l'allocation, un choix stratégique **majeur** doit être fait sur l'orientation des financements supplémentaires. En ce sens, il est impératif d'embrasser l'ensemble de la problématique du financement de la santé que l'on appellera encore plus clairement ici le financement de la couverture universelle. Le subventionnement de l'assurance pour les pauvres, pour des cibles prioritaires, pour des services prioritaires, ou encore pour une majorité de la population avec un paquet unique, requière des fonds qui relèvent pleinement du financement de la santé. Lorsque le Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées lance une étude pour des financements alternatifs (en cours), il s'inscrit dans la logique d'augmentation des volumes financiers dédiés à la santé, mais encore précisément dans celle d'un accroissement de l'effort d'Etat en santé, dans celle de la baisse du paiement direct, soit dans la recherche d'une meilleure équité dans le financement.

Pour autant - l'état des lieux le souligne - l'offre elle-même a besoin d'un accroissement de ses moyens. Il s'agit surtout du niveau local, et d'un équilibre national à rechercher activement : la redistribution géographique et l'allocation sur des bases d'activité et de besoin sont les clés d'une meilleure efficacité et équité. Du reste, dans la perspective d'un accroissement significatif des ressources pour la santé, il faudra sans doute augmenter les ressources humaines qualifiées en gestion aux niveaux déconcentrés. Actuellement des insuffisances en ressources humaines sont signalées au niveau du district sanitaire parce que le principe de séparation des fonctions est mis à mal du fait que par exemple, le manuel de procédures du PRODESS prévoit l'installation d'un gestionnaire alors qu'il faudrait un comptable Matière et un comptable des deniers.

Un choix stratégique difficile et important relève non pas seulement des exigences en matière d'accroissement de l'effort public en matière de santé – qui relève davantage du dialogue politique et social - mais plus spécifiquement de l'allocation relative de ces ressources supplémentaires d'une part à l'offre, d'autre part à la demande. Pour un équilibre de l'offre et de la demande, il faut que la demande soit objective (pas de consommation pour la consommation comme on a tendance à le voir assez souvent) mais aussi et surtout il faut que l'offre soit de qualité, ce qui n'est pas la règle au Mali.

2. Mutualisation des ressources

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 très fragmenté entre plusieurs agences (CANAM, ANAM, Mutuelles, Directions centrales des Ministères). Il s'agit plutôt d'un ensemble 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 régimes cohabitent donc avec les anciens dispositifs créant de fait, une certaine confusion qu'il est nécessaire de dissiper. Structurellement le « dispositif » n'en est pas un, il favorise la constitution de pools d'intérêts et de pouvoir à l'encontre de l'efficacité et de l'équité nationales.

De nombreuses exemptions de paiement ont été introduites pour essayer de réduire les barrières financières d'accès aux services de santé. Pourtant dans le débat « gratuité » vs recouvrement des coûts, beaucoup pointent aussi l'iniquité des mesures de gratuité lorsqu'elles sont généralisées ou non ciblées parce que bénéficiant aux personnes les plus favorisées (les plus proches des centres de santé, les mieux informées, etc.) et qui ne sont pas nécessairement les plus exclues du système de soins. Par contre, nombre d'études montre le lien positif entre l'introduction de la gratuité et l'amélioration de l'utilisation des services de santé. Finalement c'est la manière dont les gratuités sont pratiquées qui aurait tendance à produire les effets contraires à un accès équitable aux soins de santé de qualité. Surtout lorsque le dispositif n'est pas financé, le pooling de ressources devient inexistant. Les retards ou défauts de remboursement incitent passablement les prestataires à donner des services pour lesquels ils ne reçoivent pas de rémunération. Légitimement se pose alors la question de la soutenabilité financière des mesures de gratuité sur le long terme dans un contexte de fortes pressions sur le budget d'Etat. Au contraire, le recouvrement des coûts passe pour un mode de financement de la santé réputé plus pérenne parce qu'il permet d'augmenter les ressources des prestataires par la contribution des usagers, et en ceci le tiers-payant est plus exigeant et efficace.

Le défi à relever revient à concilier une mise en commun maximale des ressources disponibles et la garantie d'un paquet de services de qualité optimale à même d'attirer l'adhésion des usagers à des pools de solidarité pour alléger le poids individuel des dépenses de santé. A ce titre, les conclusions de l'étude sur les « passerelles » peuvent être reprises ici intégralement. Dans le cadre d'une politique de financement, il s'agira d'aller plus loin, c'est-à-dire de statuer sur un calendrier pour **l'absorption des « gratuités »** dans les pools assurantiels.

Pour ce qui concerne la constitution d'un pool efficace, la stratégie du Ministère de l'Action Humanitaire 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 termes. Outre les difficultés de démarrage de l'AMO et de la non disponibilité des services du RAMED à l'intérieur du pays où les besoins sont vraiment importants, il se trouve que les mutuelles ont du mal à couvrir une portion significative de la population en raison de nombreux facteurs qui touchent à la fois à une faible attractivité des paquets de service offerts, la faible capacité contributive, la faible capacité gestionnaire même si la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles tente d'apporter justement des réponses structurées. Malgré tout, les réflexions en cours tendent vers la réaffirmation du rôle de l'UTM dans la mise en œuvre de ladite stratégie pour étendre l'assurance mutualiste à l'ensemble du secteur informel et agricole. Des précisions stratégiques devront être apportées quant à l'ancrage institutionnel de l'UTM ; deux options semblent s'ouvrir : gestion déléguée de l'ANAM, ou gestion déléguée du Ministère, auquel cas une instance régulation pourrait jouer la cohérence de développement des deux organismes de gestion que seront la CANAM et l'UTM.

Les réflexions en cours portent également sur la nécessité de reprendre les fonctions du RAMED dans l'un des autres dispositifs ; il s'agirait soit de le fusionner à l'AMO soit de l'intégrer dans la couverture par les mutuelles de santé. La seconde option paraît plus indiquée puisque la cible est proche de celle des mutuelles, qui s'occuperaient en ce cas de l'ensemble du secteur informel, pauvre et non pauvre, avec tous les bénéficiés en termes d'efficience que l'on est en droit d'attendre d'un tel couplage. Sur le plan stratégique, il s'agira également de s'engager sur un calendrier pour l'accroissement du pool assurantiel lui-même (remontée progressive des financements et de la gestion des financements des mutuelles vers le niveau national et, à termes, fusion de l'ensemble des ressources de l'AM).

3. Achat stratégique

Le tiers payant permettra le développement de l'achat stratégique à condition que l'offre elle-même soit en mesure de négocier la sortie de la tarification à l'acte. Ceci requière un effort important à la fois sur le système d'information et sur le contrôle de qualité.

4. Politique bénéfiques / bénéficiaires

Historiquement les mutuelles ont été les premières à proposer des produits d'assurance maladie. Seulement elles cherchaient à couvrir d'une façon ou d'une autre tous les segments de la population (secteur formel et informel, populations aussi bien urbaines que rurales). Naturellement les paquets de bénéficiés de ces différentes mutuelles étaient très disparates selon la catégorie de personnes que chacune souhaitait couvrir. Cette situation s'est renforcée au fil des années parce que d'une part il n'y a pas eu de stratégie nationale d'harmonisation des paquets au sein de la Mutualité et d'autre part parce que l'État limitait son rôle à encourager les communautés à organiser la demande de services de santé mais ne souhaitait pas s'impliquer davantage puisque les mutuelles étant des organisations privées dont il devait contrôler le fonctionnement par ailleurs.

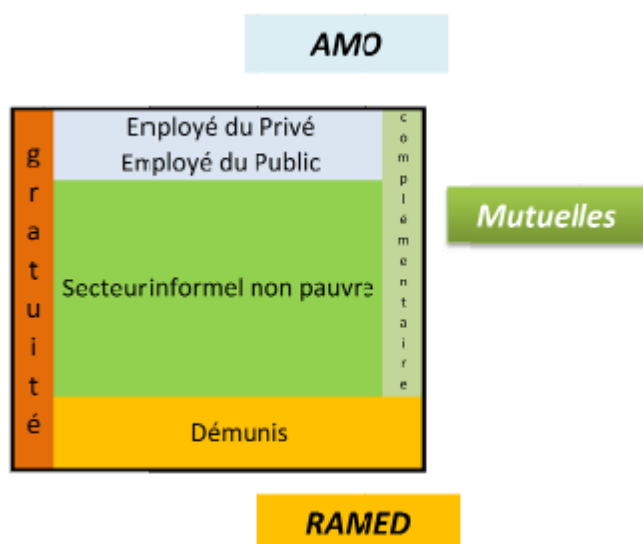
L'avènement de l'AMO a quand même introduit un profond changement du paysage de l'assurance maladie au Mali. A présent, il existe un instrument d'assurance maladie qui doit couvrir une masse conséquente de population avec un paquet unique de bénéficiés assez généreux. Quant au RAMED, son paquet de bénéficiés est le plus généreux jamais pratiqué au Mali puisqu'il s'agit de prendre en charge gratuitement pour les indigents l'ensemble des dépenses de santé qu'ils auraient dû payer.

En réalité, c'est pour faire face aux enjeux d'équité d'accès aux soins de santé que l'AMO et le RAMED ont fait émerger que l'État s'est engagé à développer une nouvelle stratégie d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé. Cette nouvelle stratégie est tout de même une

rupture dans le positionnement des pouvoirs publics dans la régulation des paquets de bénéfice. En effet, le gouvernement consent désormais à subventionner directement les cotisations aux mutuelles à hauteur de 50% à condition que celles-ci offrent un paquet de bénéfices équivalent à celui de l'AMO¹².

Avec l'option du gouvernement qui est de généraliser les régimes d'assurance maladie, la politique des bénéfices est relativement claire, à ceci près que ses sources de financement ne sont pas définies ou négociées. Le Mali, qui pour l'instant reste fidèle à sa stratégie de couverture personnelle basée sur les trois piliers que sont l'AMO, le RAMED et la Mutualité, entend faire évoluer l'ensemble des dispositifs vers une harmonisation des paquets de bénéfices. Le principe est que chaque malien devrait à terme bénéficier d'un paquet de services au minimum équivalent à celui de l'AMO. En fonction des capacités contributives, des catégories de personnes pourraient organiser un élargissement spécifique de leur couverture par la souscription à des prestations complémentaires. Et le gouvernement incite à ce que ce soient les mutuelles qui s'occupent plutôt de la gestion des régimes complémentaires d'assurance maladie.

Figure 6 : Schéma conceptuel actuel de la politique des bénéficiaires et bénéfices au Mali



Ayant pris acte du positionnement stratégique actuel du MAHSPA (développer un paquet unique du type AMO pour l'ensemble de la population du secteur informel avec cofinancement de la moitié du paquet), il peut être intéressant de proposer une alternative. Précisément, il peut être envisagé la mise en œuvre, par le dispositif déjà acquis, d'une garantie prioritaire totalement ou très largement subventionnée.

Pourquoi une alternative ? Parce que les financements nécessaires au paquet unique subventionné sont très importants, et parce que les priorités en santé valent d'être prise en compte au Mali. Si le paquet subventionné devait se déployer trop lentement, il serait largement inique, car il profiterait d'abord aux mieux lotis du secteur informel, même si une faible minorité dit de « démunis » pourrait être prise en charge à 100% en même temps. Les « presque pauvres » seront, dans ce cas, les derniers à bénéficier d'une couverture maladie, et ils pourraient bien représenter une proportion très importante de la population.

¹² Hypothèses de confection du plan de financement de la phase pilote de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé

L'alternative au paquet unique subventionné à 50% serait une prise en charge par l'AM de gratuités totales ou partielles pour les cibles et services prioritaires, tels que soins de santé de la mère et de l'enfant, les soins de santé des moins de 5 ans, etc...., pour toute la population ou, mieux, pour le secteur informel uniquement. En ce cas, la vitesse de déploiement ne serait plus conditionnée par la disponibilité des financements, mais uniquement par la capacité (organisationnelle) des mutuelles à se déployer.

Des simulations doivent être proposées pour illustrer les paramètres du choix. Car ce qui est en jeu est un arbitrage (« trade-off ») sur la base des priorités de couverture, de la disponibilité de financement, et de la vitesse de couverture. Dans la dichotomie simple proposée, il s'agit notamment d'arbitrer entre le développement progressif d'un paquet complet pour tous ou le développement progressif du paquet pour tous - presque - à la fois.

VI. Conclusion

1. Limites « classiques »

Certaines limites avérées sont patentes et communes à l'ensemble de la sous-région, en fait typiques des pays à revenus moyens ou intermédiaires qui éprouvent des difficultés à avancer dans la couverture universelle (accès de la population à des soins de qualité). On retiendra notamment :

- Une **offre de soins et un système de santé peu performants**
- Un **financement insuffisant**
- Une **réponse fragmentée du « système » de financement** : divers mécanismes de prise en charge coexistent, qui fonctionnent mal, et qui empêchent une réponse systémique

Ces limites invitent à simplifier le système, favoriser le pooling et organiser l'achat de services.

2. Limites particulières au contexte

La Mali offre des caractéristiques spécifiques aux pays de la région sahélo-saharienne, ainsi que des caractéristiques qui lui sont propres selon sa trajectoire socio-historique et à son organisation sociopolitique. On retiendra notamment :

- 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** particulièrement dynamique
- Un **leadership / une direction générale du financement** qui n'est pas affirmée

3. Axes stratégiques forts

- Augmentation des financements publics en santé avec un appui sur des mécanismes innovants, visant à la fois l'augmentation de la dépense en santé et la réduction de la part des paiements directs des ménages.
- Développement d'une assurance maladie universelle orientée vers un pool unique à terme ; développement immédiat sur la base de deux pools dans un premier temps, au sein de deux organismes de gestion direct et délégué : l'un en charge du secteur formel public et privé, l'autre en charge du secteur informel pauvre et non pauvre ; développement du secteur informel par l'UTM et les mutuelles, avec l'appui de subventions d'Etat importantes, drainant une part majoritaire de l'augmentation des ressources dédiées à la santé.
- Appui à l'offre avec augmentation des crédits délégués (valeur absolue), leur part dans le budget du Ministère de la santé (part relative), et modification des critères d'allocations en fonction de paramètres visant davantage d'équité et d'efficience.
- Restructuration à moyen terme de l'administration du secteur pour répondre aux situations critiques (gestion de l'urgence et du développement dans un *continuum*), pour améliorer le dialogue sectoriel (notamment des PTF), pour se doter d'une gestion stratégique des données et pour renforcer la fonction d'achat.

4. Axes stratégiques à préciser

- Pistes sérieuses (pré-négociées) de financements alternatifs
- Ancrage de l'UTM : gestion délégué signée avec la CANAM ou le Ministère de l'Action Humanitaire ; dans le second cas, mise en place d'une instance de régulation
- Priorité dans la couverture du secteur informel (paquet à l'identique du paquet AMO ou ciblage prioritaire) et niveau de contributions exigées (% de la population concernée et montants)
- Critères d'allocation des crédits délégués
- Amélioration de la gestion stratégique de l'information

- Orientation relative des financements supplémentaires entre subvention à l'AM et administration sanitaire

VII. Annexe 1 : liste des personnes interrogées

Prénom	Nom	Fonction	Structure
Dr Salif	SAMAKE	Directeur Cellule de Planification et de Statistiques Secteur Santé	Ministère de la Santé
Dr Oumou	MAIGA	Directrice Nationale de la Santé	Ministère de la Santé
Dr Nouhoum	KONE	Directeur National Adjoint de la Santé	Ministère de la Santé
Solomane	TRAORE	Directeur des Finances et du Matériel	Ministère de la Santé
Mamadou Bassery	BALLO	Chef Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de la Santé
Moussa	KATILE	Directeur des Finances et du Matériel	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Mahamoud	DRAME	Chef Division Finances / DFM	Ministère de la Santé
Mohamed Bassirou	TRAORE	Chef Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Youssouf	NDIAGNE	Chargé de la capitalisation / Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Makan	KEITA	Chargé de la décentralisation et déconcentration / Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Souleymane	DOLO	Directeur Exécutif	Groupe Pivot Santé Population
Yaya Zan	KONARE	Président	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
Amadou	SANGUISSO	Chef Projets	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
Mme TRAORE Nassouman	SOUMAORO	Conseillère	Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire
Cheick Tidiane	SIMPARA	Conseiller Financement de la Santé	ATN Plus
Aissa	BABY Mme TAPILY	Directrice Adjointe des Finances et du Matériel	Ministère de la Femme, de la promotion de l'Enfant et de la Famille
Abdoulaye	Mahamane	Directeur des Finances et du Matériel	Ministère de la Femme, de la promotion de l'Enfant et de la Famille
Alhassane	AG HAMADA	Chef Division Finances / DFM	Ministère de la Femme, de la promotion de l'Enfant et de la Famille

Robert	DIARRA	Directeur Général du Budget	Ministère de l'Economie et des Finances
Yann	DERRIENNIC	Expert Systèmes et Financement de la Santé	Abt Associates
Ini	HUIJTS	Conseillère Santé	Coopération Néerlandaise
Yaya	Boubacar	Chef Division / Direction Nationale de l'Hydraulique	Ministère de l'Energie et de l'Eau
Issa	SISSOUMA	Directeur Général	UTM
Sébastien	LEMAIRE	Coordinateur Général	Médecin du Monde Belgique Mission Mali
Daniel Christian	KOKO	Coordinateur Médical	Médecin du Monde Belgique Mission Mali
Dr Ramata	DIARRA	Conseillère Santé	Ministère de la Femme, de la promotion de l'Enfant et de la Famille
Luc	TOGO	Directeur Général	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Hamidou	BAGAYOKO	Directeur National Adjoint de la Protection Sociale et de l'Economie Solidaire	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Kekou	NIANGALY	Chef Division Sécurité Sociale / DNPSES	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Amadou	DIALLO	Chef Division Promotion de la Mutualité / DNPSES	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Alassane	BOCOUM	Directeur National du Développement Social	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Nahan	KAMISSOKO	Directrice Nationale Adjointe du Développement Social	Ministère de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées
Oumou Marie	DICKO	Directrice Générale	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
Isaack	KONE	Chef Division AMO	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
Xxx	TRAORE	Chef Division Finances	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
Dr Salamanta	OUSMANE	Directeur Action Sociale	Institut Nationale de Prévoyance Sociale
Fadimata	MAIGA ZOURE Mme	Directrice Générale	Agence Nationale d'Assistance Médicale
Sekou	SANGARE	Directeur Général Adjoint	Agence Nationale d'Assistance Médicale