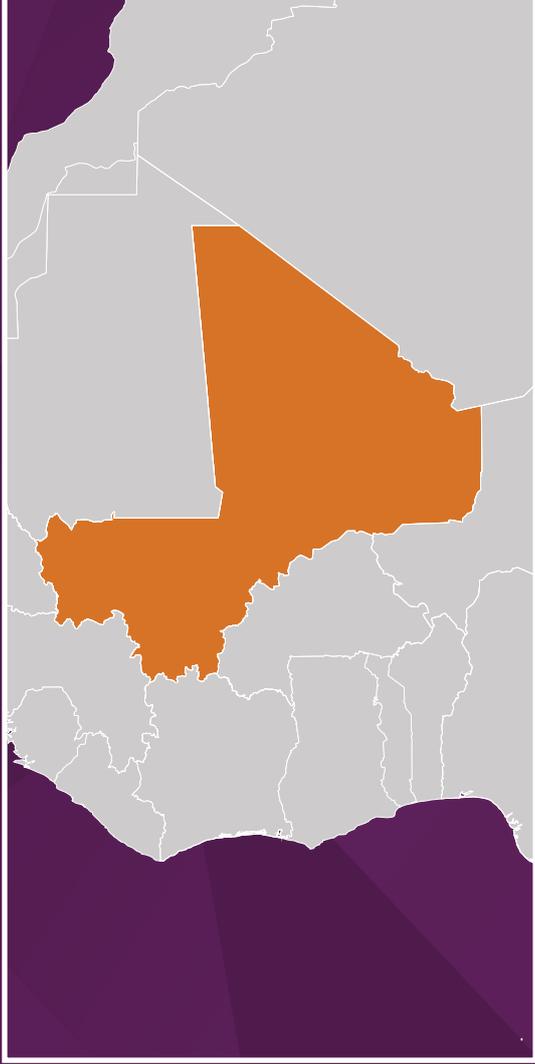


Janvier 2022



EFFICIENCE DES RESSOURCES FINANCIÈRES CONSACRÉES À LA SANTÉ AU MALI



JANVIER 2022

Cette publication a été préparée par William Makinen, Andrew Carlson, Ousmane Sissoko, Neto Coulibaly, du projet Health Policy Plus.

Citation suggérée : Makinen, W., et al. 2022. *Efficience des ressources financières consacrées à la santé au Mali*. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus.

ISBN : 978-1-59560-311-1

Health Policy Plus (HP+) est un accord coopératif de sept ans financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID) sous l'égide de l'accord n° AID-OAA-A-15-00051, qui a pris effet le 28 août 2015. Les activités liées au VIH/SIDA sont soutenues par le Plan d'urgence du président pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR). HP+ est mis en œuvre par Palladium, en collaboration avec Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau, RTI International, ThinkWell et l'Alliance du ruban blanc pour une maternité sans risque.

La présente publication a été conçue pour examen par l'USAID et préparée par HP+. Les informations fournies dans ce document ne sont pas des informations officielles du Gouvernement des États-Unis et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ni les positions de l'USAID ou du Gouvernement américain.

Table des matières

Abréviations.....	ii
1. Contexte	1
2. Efficienc e budgétaire	2
3. Efficienc e allocative	3
4. Efficienc e technique de la politique en médicament de l'AMO.....	4
4.1 Économies réalisables en faisant la promotion des médicaments génériques	4
4.2 Règlements des marges.....	6
4.3 Ticket modérateur	6
5. Impact potentiel des économies réinvesties sur la protection financière.....	6
6. Recommandations.....	8
Références	9

Liste des tableaux

Tableau 1. Dépenses publiques par nouveau cas (DPNC) en 2019 et nouvelles ressources réalisables.....	4
Tableau 2. Les 10 médicaments enregistrant les volumes de remboursement les plus élevés en mars et décembre 2020	5

Liste des figures

Figure 1. Pourcentage de la population démunie pouvant être couverts en vertu de chaque scénario.....	7
---	---

Abréviations

AMO	Assurance maladie obligatoire
ANAM	Agence Nationale d'Assistance Maladie
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CFA	West African CFA franc
CMSS	Caisse malienne de sécurité sociale
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DGSHP	Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique
DPNC	Dépenses publiques par nouveau cas
HP+	Health Policy Plus
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MSAH	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire
MSDS	Ministère de la Santé et du Développement Social
PEFA	Dépenses publiques et de la responsabilité financière
PRED	Programme de Réforme Économique pour le Développement
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RAMED	Régime d'assistance médicale
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

1. Contexte

Le système de santé global du Mali est confronté à des **inefficiences budgétaires** qui sapent les efforts nationaux visant à le renforcer. Un examen des dépenses publiques de santé effectuées dans toute l'Afrique de l'Ouest, y compris le Mali, a indiqué une proportion du budget de la santé non dépensé de l'ordre de 10% à 30% des allocations autorisées. Cette perte budgétaire due à une mauvaise gestion est importante, car elle se situe entre 10 millions de dollars à plus de 100 millions de dollars par an pour la santé, soit de 1 à 3,5 dollars par habitant des pays ouest-africains. Avec une baisse des recettes fiscales, le Gouvernement malien a la difficile mission de maintenir les efforts afin de réduire la vulnérabilité des populations à la COVID-19 tout en avançant vers la couverture sanitaire universelle (OMS, 2016).

Par ailleurs, comme des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, le Mali souffre d'**inefficiences d'allocation** dans la distribution des ressources financières et humaines publiques aux régions par rapport à celles allouées à la capitale. Par exemple, au Togo, les ressources financières par habitant allouées à la capitale (Lomé) dépassent de 49% les ressources financières moyennes par habitant allouées aux cinq autres régions sanitaires. Au Mali, il est bien connu que les ressources se concentrent à Bamako, mais l'ampleur des inefficiences y associées n'a pas encore été systématiquement examinée et quantifiée (Carlson et al, 2021).

Outre les inefficiences budgétaires et en matière d'allocation, la politique et l'administration en médicaments au Mali constituent une source d'**inefficiences techniques**. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) gère l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le régime d'assurance maladie pour les employés du secteur formel et les fonctionnaires (6,4% de la population malienne). Ses politiques concernant la couverture des médicaments sont un point de départ naturel, étant donné que les dépenses de médicaments représenteraient près de 80% des dépenses de prestations de soins et que, depuis 2012, 95% des médicaments remboursés par l'AMO sont des spécialités. Pour rendre les politiques sur les médicaments de la CANAM plus efficaces, il faudra non seulement examiner quels médicaments sont approuvés pour le remboursement, mais aussi les tickets modérateurs payés par les patients et les marges versées aux grossistes et aux pharmaciens.

Encadré 1. Efficience budgétaire, allocative et technique

Efficience budgétaire : la mesure dans laquelle les fonds sont alloués, décaissés et dépensés à temps et aux fins prévues.

Efficience allocative : la mesure dans laquelle les ressources sont distribuées géographiquement, aux domaines programmatiques ou d'intervention et aux différents intrants, de manière que les résultats en matière de santé sont maximisés.

Efficience technique : des mesures standardisées mises en place afin d'assurer que les interventions ou les intrants associés soient appliqués pour atteindre des gains ou des impacts sanitaires au coût minimum.

Cette note politique vise à répondre aux objectifs de recherche suivants :

1. Identifier des inefficiences budgétaires et allocatives dans les opérations du secteur de la santé au Mali.

2. Identifier des inefficiences techniques et des iniquités dans la politique de l'AMO sur les médicaments, dont les provisions portant sur la couverture des médicaments, les marges et les tickets modérateurs.
3. Préciser des mesures concrètes pour réaliser des gains d'efficiencia.
4. Estimer le volume de ressources supplémentaires réalisables par les interventions visant à améliorer les efficiencias allocatives et les efficiencias technique.
5. Fournir des preuves associées à l'impact que ces ressources supplémentaires peuvent avoir sur la protection financière si elles sont affectées à des interventions rentables.

2. Efficiencia budgétaire

Le *taux d'exécution* budgétaire, soit les dépenses de santé en tant que pourcentage des fonds alloués, capte le plus directement l'efficiencia budgétaire. La Situation d'exécution des crédits publiée annuellement par la Direction des Finances et du Matériel (DFM) du Ministère de la Santé et du Développement Social (MSDS) fournit le *taux de liquidation* (les crédits liquidés en pourcentage des crédits notifiés [voir Encadré 1]) qui donne des indications sur l'efficiencia budgétaire du secteur public de la santé au Mali. La méthodologie de Dépenses publiques et de la responsabilité financière (PEFA) note les taux d'exécution budgétaire dans tous les pays et établit qu'un taux de moins de 85% mérite la note la plus basse. D'ailleurs, un taux de liquidation de moins de 85% suggère globalement qu'il y a des vraies possibilités d'amélioration dans le processus d'engagement des dépenses, les prestations de services, et la validation des factures et justificatifs par l'ordonnateur (voir l'Encadré 2 ci-dessous). On prend donc le seuil de 85% pour indiquer si une ligne de crédit est « sous-liquidée » ou non aux fins de cette analyse (PEFA Secrétariat 2016).

Encadré 2. Taux de liquidation

Crédits notifiés : l'arrêté fait par le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) en début de semestre notifie à chaque ordonnateur les crédits mis à disposition pour la période. Ainsi, il peut commencer à engager les dépenses sur la base de ces crédits notifiés.

Crédits liquidés : après l'exécution de la prestation par le destinataire, le destinataire transmet la facture et le justificatif à l'ordonnateur. Après acceptation de l'ordonnateur et réception de la facture et du justificatif par le Contrôleur Financier, le montant de la facture est considéré comme *liquidé*.

MSDS. Suite à une analyse des données de la Situation d'exécution des crédits de 2019 et 2020, la ligne de crédit « Direction Nationale de la Santé/PRODESS II », qui correspond à la ligne de la Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSHP), connaît de vrais problèmes dans la liquidation des crédits notifiés. Les crédits notifiés en faveur de cette ligne étaient considérables, de 20 milliards CFA en 2019 et de 27 milliards CFA en 2020. Toutefois, les taux de liquidation enregistrés pour ces années étaient 66% et 42% respectivement. Étant donné que le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) II est mis en œuvre par la DGSHP, et le PRODESS II est une priorité pour le secteur de la santé, ces taux de liquidation sont préoccupants et pourraient soulever des questions chez le MEF et les parlementaires par rapport à la solidité de ces investissements importants dans les ressources publiques si les problèmes sous-jacents ne sont pas atténués (MSDS 2021, MSDS 2020).

Directions régionales. Au Mali, il existe plusieurs cas pris en charge par l'État et ses partenaires financiers (le paludisme, le VIH/SIDA, les fistules, la tuberculose et les césariennes) mais seule la césarienne est entièrement remboursée par l'État. Les subventions consacrées à la césarienne sont délocalisées vers les directions régionales. Selon la Situation d'exécution des crédits de 2019 et 2020, la « Subvention césarienne » a tendance à être sous-liquidée, comme en témoignent les cinq instances¹ où le taux de liquidation a été inférieur à 85% en 2019 et les trois instances² de sous-liquidation en 2020 (MSDS 2021, MSDS 2020).

Par ailleurs, dans cinq des 11 régions³ au Mali (dont Bamako), la ligne de crédit « Personnel » transférée indique un taux de liquidation sous le seuil PEFA en 2020. Les informateurs clés confirment que ces fonds sont liquidés mais que les Directions régionales saisissent les crédits liquidés bien après le moment de la liquidation. Cette pratique obscurcit la raison d'un faible taux de liquidation apparent de cette ligne au niveau d'une région/commune donnée, qu'il s'agisse de la liquidation réellement tardive ou de la saisie retardée. Il s'avère donc difficile pour les autorités de l'État d'utiliser les données disponibles pour distinguer si la région/commune connaît ou non des vrais problèmes dans le paiement du personnel, et par ailleurs, de répondre de manière appropriée en temps réel (MSDS 2021, MSDS 2020).

Communes. Selon les données 2019, on constate un retard dans l'enregistrement des crédits liquidés au profit du personnel au niveau des communes. En 2019, le taux de liquidation de la ligne de crédit « Personnel » était en dessous de 85% dans 42 communes sur les 703 que compte le Mali, et 32 connaissaient un taux de liquidation de 0% (MSDS 2021, MSDS 2020).

3. Efficience allocative

L'un des exemples d'inefficience allocative les plus connus au Mali est la répartition des ressources financières par région par rapport aux résultats atteints en matière de santé. Les extraits du système de suivi des dépenses Programme de Réforme Économique pour le Développement (PRED) permettent d'estimer les dépenses publiques (c'est-à-dire, les crédits ordonnancés au profit de la santé) par région. Ces dépenses ont été rapportées aux résultats de santé ; pour ce faire, les dépenses publiques de santé par région ont été divisées par le nombre de nouveaux cas⁴ enregistrés pour chaque région.

Tableau 1 ci-dessous résume les dépenses par nouveau cas en 2019. La région de Sikasso a atteint le meilleur ratio entre les dépenses publiques de santé et les nouveaux cas, soit 2 273 CFA par nouveau cas. Par contre, les régions de Kidal et Bamako ont enregistré les dépenses les plus élevées par cas (7 641 CFA et 7 154 CFA, respectivement), ou plus de trois fois celles de Sikasso. Vu que les dépenses en personnel correspondent à 79% à 98% des dépenses publiques de santé selon la région, ce résultat suggère qu'il existe des possibilités d'amélioration de la composition du personnel et de réduction du personnel au niveau des formations sanitaires à Kidal et à Bamako, tout en maintenant la qualité des soins. Cette tendance s'explique largement par le fait que l'allocation des ressources se fait sur la base

¹ Les taux de liquidation étaient 0% à Kidal, 30% à Gao, 49% à Mopti, 79% à Koulikoro et 83% à Ségou.

² Les taux de liquidation étaient 0% à Kidal, 24% à Gao et 66% à Mopti.

³ Les taux de liquidation étaient 8% à Mopti, 57% à Kayes, 65% à Sikasso et à Ségou et 66% à Koulikoro. Au moment où les données ont été analysées, le Mali était officiellement divisé en 11 régions. Aujourd'hui, en 2022, les délimitations ont changé et il y a donc 20 régions officielles.

⁴ On entend par « nouveaux cas » toutes les nouvelles consultations curatives enregistrées dans le système d'information sanitaire.

historique (c'est-à-dire les budgets des années précédents) plutôt que sur les besoins en ressources de l'exercice fiscal actuel (MSDS 2019, MSDS 2018). La mise en œuvre du budget du programme n'est pas effective et n'est encore pas maîtrisé par les différents acteurs.

Pour bien apprécier l'ampleur des gains d'efficience réalisables par le biais des telles améliorations des saisies au niveau des régions, on peut estimer les économies réalisables si toutes les régions atteignent le niveau de dépenses par nouveau cas enregistré à Sikasso. Comme indiqué dans le Tableau 1 ci-dessous, on estime qu'un maximum de 13,9 milliards CFA pourrait être généré sous forme de nouvelles ressources en rendant plus efficace les prestations de soins au niveau régional. Par ailleurs, si le niveau des dépenses par nouveau cas enregistré à Sikasso est atteint uniquement à Kidal et à Bamako, 6,8 milliards CFA peuvent être économisés (MSDS 2019, MSDS 2018).

Tableau 1. Dépenses publiques par nouveau cas (DPNC) en 2019 et nouvelles ressources réalisables

Région	Dépenses publiques par nouveau cas (CFA)	Nouvelles ressources réalisables en cas d'atteinte des niveaux DPNC de Sikasso dans les autres régions (en millions CFA)
Kayes	3 240	1 033
Koulikoro	3 683	1 892
Sikasso	2 273	-
Ségou	4 095	1 743
Mopti	4 530	1 602
Tombouctou	2 610	145
Gao	4 547	680
Kidal	7 641	359
Bamako	7 154	6 463
Total		13 915

4. Efficience technique de la politique en médicament de l'AMO

Avec l'AMO, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie prend en charge 70% des coûts des services ambulatoires et des médicaments et 80% des coûts des services hospitaliers. La CANAM a une liste de médicaments pris en charge et impose une limite aux médicaments sur ordonnance, mais elle ne spécifie pas quels médicaments correspondent aux diagnostics et n'impose aucune obligation d'utiliser des médicaments génériques plutôt que les médicaments de marque lorsque les génériques sont équivalents sur le plan thérapeutique.

4.1 Économies réalisables en faisant la promotion des médicaments génériques

Le site Web de la CANAM relie le lecteur à une liste de 4 441 médicaments, fournitures et dispositifs. Environ 4 000 des articles énumérés concernent les médicaments. La liste comprend les prix plafonds de remboursement pour chacun (Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord 2014).

Un bon nombre des médicaments les plus couramment utilisés par les bénéficiaires de la CANAM sont des médicaments de marque qui ont des équivalents génériques. Les médicaments de marque ont des prix plafonds plus élevés que les génériques. Le Tableau 2 ci-dessous présente les médicaments pris en charge par la CANAM enregistrant les volumes de remboursement les plus élevés en mars et décembre 2020, dont tous sont les médicaments de marque ayant des équivalents génériques. En outre, huit des 11 médicaments de marque ont des équivalents génériques sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME) (CMSS 2021).

Tableau 2. Les 10 médicaments enregistrant les volumes de remboursement les plus élevés en mars et décembre 2020

Rang en mars/décembre	Médicament	Remboursement total en CFA mars et décembre 2020	État de santé traité par le médicament	Équivalent générique ?
1/1	NOVALGIN	Mars : 68 172 000 Déc. : 75 828 000	Soulagement de la douleur	Oui, Métamizole sodique
2/4	CAPRAZOLE	Mars : 43 968 000 Déc. : 63 224 000	Brûlures d'estomac, ulcères	Oui, Lansoprazol
3/2	ARTEFAN	Mars : 58 338 900 Déc. : 59 076 000	Antipaludique	Oui, Artemether* et Lumefantrine*
4/3	COARTEM	Mars : 56 362 500 Déc. : 47 317 500	Antipaludique	Oui, Artemether* et Lumefantrine*
5/Pas rangé ⁺	CURAM	Mars : 44 037 000 Déc. : Pas rangé	Antibiotique	Oui, Amoxicilline*
6/5	DOLIPRANE	Mars : 33 304 800 Déc. : 27 085 200	Fièvre, maux de tête	Oui, Paracétamol*
7/9	GAVISCON	Mars : 28 562 600 Déc. : 21 227 800	Brûlures d'estomac	Oui, Hydroxyde d'aluminium/ Trisilicate de magnésium*
8/8	EFFERALGAN	Mars : 28 051 400 Déc. : 22 484 800	Fièvre, soulagement de la douleur	Oui, Chlorhydrate de diphenhydramine
9/7	PERFALGAN AD	Mars : 26 442 000 Déc. : 24 625 800	Fièvre, maux de tête	Oui, Paracétamol*
10/10	AMLO-DENK	Mars : 19 653 600 Déc. : 14 430 500	Hypertension, angine chronique stable	Oui, Amlodipine*
Pas rangé/6	ARTESUN 5%1ML ⁺⁺	Mars : Pas rangé Déc. : 25 025 390	Paludisme sévère	Oui, Artésunate*

Les équivalents génériques qui figurent sur la Liste nationale des médicaments essentiels sont indiqués par un astérisque (*).

⁺ Pas rangé signifie que le médicament n'appartient pas aux 10 médicaments enregistrant les volumes de remboursement les plus élevés pendant le mois concerné.

⁺⁺ Le « 5% » correspond à la concentration de l'ingrédient actif et le « 1ML » signifie que la dose du médicament est 1 millimètre.

L'analyse a utilisé les données de remboursement de CANAM pour mars et décembre 2020 et les prix plafonds de remboursement de CANAM pour estimer les dépenses pour chaque médicament.

La CANAM a dépensé environ 5 milliards CFA sur les 10 médicaments les plus coûteux et 39,4 milliards CFA sur l'ensemble des médicaments remboursés en 2020, soit environ 56 000

CFA par bénéficiaire. Ce niveau de dépense par bénéficiaire est presque le triple des dépenses totales de santé par habitant au Mali en 2018 (19 204 CFA) (CMSS 2021, OMS 2021).

La *Food and Drug Administration* des États-Unis a constaté que les prix médians des génériques correspondent à 40% à 49% des prix médians des médicaments de marque. En supposant des écarts de prix similaires au Mali, la CANAM pourrait économiser 1,5 milliards CFA à 1,8 milliards CFA par an si les huit médicaments de marque les plus coûteux, pour lesquels les équivalents génériques existent, étaient remplacés par des équivalents génériques. En outre, on a mentionné que huit des onze médicaments, soit 73% des médicaments les plus « coûteux » (en termes de volumes de remboursement), ont des équivalents génériques sur la LNME. En supposant que 73% de tous les médicaments de marque remboursés par la CANAM ont des équivalents génériques sur la LNME, et que ces médicaments de marque étaient remplacés par leurs équivalents génériques, les économies annuelles seraient de 11,5 milliards CFA à 14,1 milliards CFA (CMSS 2021, FDA 2019).

4.2 Règlementation des marges

Selon le Décret numéro 2012-163/P-RM, les pharmacies sont autorisées à fixer les marges à la hauteur d'un pourcentage seuil de 36,99% du prix de cession grossiste. Pour un épisode médical donné, les pharmaciens sont plus motivés à vendre un médicament plus cher quand la marge plafond est fixée comme pourcentage du prix du gros plutôt qu'en termes absolus. Sous une marge absolue de 1 500 CFA, le pharmacien fait le même profit s'il vend un médicament ayant un prix de gros de 2 000 CFA ou de 5 000 CFA. Par contre, sous une marge proportionnelle, telle que le taux de 36,99% au Mali, le pharmacien gagnerait un profit de 740 CFA et 1 850 CFA, respectivement. Cela constitue une autre source d'inefficience technique qui pourrait être atténuée par une politique fixant les marges plafonds absolues pour certains médicaments chers. Cette pratique pourrait également entraîner une barrière financière chez les patients ayant une faible capacité de paiement (SGG 2012).

4.3 Ticket modérateur

Le taux de prise en charge de 70% implique un ticket modérateur fixe de 30% pour le patient, quel que soit le coût-efficacité du médicament, la capacité à payer du patient, et l'état sanitaire du patient. Le ticket modérateur tel qu'il est n'oriente donc pas les patients vers les médicaments ayant un coût-efficacité supérieur et ne promeut pas l'équité.

5. Impact potentiel des économies réinvesties sur la protection financière

Selon les analyses décrites ci-dessus, on estime que l'État malien peut générer jusqu'à 6,8 milliards CFA par an sous forme des nouvelles ressources pour rendre plus efficace les prestations de soins au niveau régional à Bamako et à Kidal, ainsi que 1,5 milliards CFA à 1,8 milliards CFA si les huit médicaments de marque susmentionnés pour lesquels il existe les médicaments génériques sont supprimés de la liste des médicaments remboursés. Si ces interventions étaient effectivement mises en place et génèrent le volume des économies estimées, et que les budgets du secteur public de la santé restaient les mêmes, l'État malien bénéficierait de nouvelles ressources financières publiques allouables aux activités prioritaires, promouvant les résultats en matière de santé et de protection financière.

En 2019, le Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH) a publié un rapport sur le financement des mécanismes de protection financière actuels et futurs. A l'aide des constatations capturées dans ce rapport, on peut quantifier les gains en efficacité réalisable par les deux interventions ci-dessus concernant le nombre d'indigents supplémentaires pouvant être couverts par le Régime d'assistance médicale (RAMED).

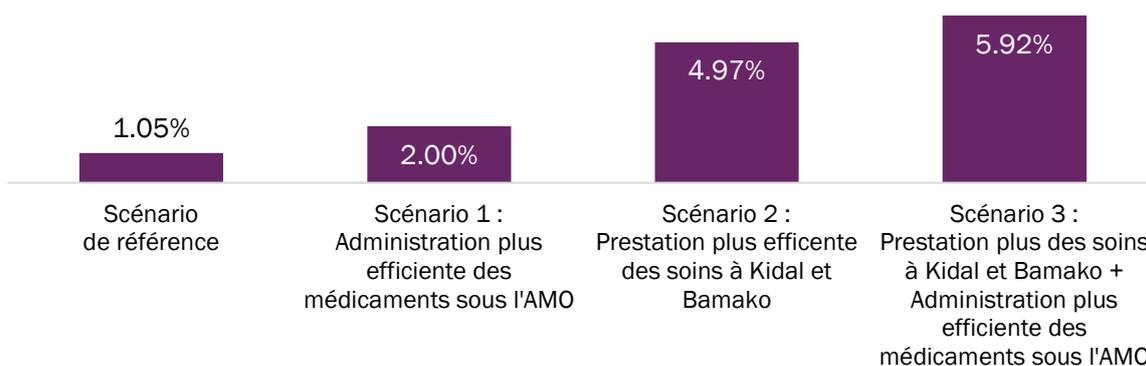
Encadré 3. Régime d'assistance médicale

Géré par l'Agence Nationale d'Assistance Maladie (ANAM), le RAMED offre une protection financière contre les coûts médicaux à la population la plus démunie. Le régime couvre les frais d'hospitalisation, des consultations, des soins ambulatoires, des prestations de maternité, et des médicaments. Le RAMED aspire à couvrir 5% de la population malienne la plus démunie, mais en 2016, seulement 21% de sa population parmi 5% était couverte ; cette proportion n'a guère changé depuis lors (MSAH 2019, Juillet et al. 2017).

Selon le coût moyen par immatriculé RAMED, extrapolé de ce rapport, on peut estimer le nombre d'immatriculés pouvant être couverts grâce au réinvestissement desdites ressources inefficaces (MSAH 2019). Afin de capter l'impact de la mise en place des interventions susmentionnées et le réinvestissement des nouvelles ressources en résultant sur la protection financière, HP+ a formulé quatre scénarii :

- **Scénario de référence** : on observe une couverture de 1,05% en raison de l'absence d'économies.
- **Scénario 1** : les 1,65 milliards CFA (le point médian de 1,5 milliards CFA et 1,8 milliards CFA) seraient générés par le remplacement des huit médicaments de marque par leurs équivalents génériques et réinvestis dans l'enregistrement des nouveaux immatriculés RAMED. Cela permettrait une couverture pour 174 056 patients supplémentaires, ou 2,00% de toute la population démunie au Mali.
- **Scénario 2** : on suppose une prestation des soins plus efficace à Bamako et Kidal mobilisant les 6,8 milliards CFA sous forme d'économies et de réinvestissements de ces économies dans la couverture plus étendue de RAMED. Au total, 719 622 bénéficiaires supplémentaires seraient couverts, soit 4,97% de la population démunie au Mali.
- **Scénario 3** : les 8,5 milliards seraient générées par la mise en place des interventions faisant partie des Scénarii 1 et 2, correspondant à la protection financière chez 893 678 patients supplémentaires, soit 5,92% de la population démunie au Mali.

Figure 1. Pourcentage de la population démunie pouvant être couverts en vertu de chaque scénario



Sources : CMSS 2021, MSDS 2019, MSDS 2018

6. Recommandations

Selon les résultats des analyses d'efficiencia budgétaire, allocative, et technique présentées ci-dessus, HP+ propose les recommandations suivantes pour promouvoir l'efficiencia et l'équité dans le financement public de la santé et dans la politique en médicament de l'AMO.

1. **Diagnostiquer et répondre aux problèmes sous-jacents entraînant le faible taux de liquidation de la Direction Nationale de la Santé/PRODESS II au niveau central et de la subvention césarienne au niveau régional.** Les crédits notifiés en faveur de DGSHP, qui supervise la mise en œuvre du PRODESS II, sont considérables (20 milliards CFA à 27 milliards CFA), mais le taux de liquidation de ces crédits est bien faible. On constate également un faible taux de liquidation de la subvention publique des césariennes, la seule gratuité financée entièrement par l'État. Ces deux observations représentant des exemples importants de l'appropriation nationale financière des interventions promouvant la couverture universelle, le secteur de la santé devrait explorer les causes sous-jacentes de ces faibles taux d'exécution.
2. **Appuyer les Directions régionales du budget à saisir ponctuellement la liquidation des lignes de crédit au profit du personnel de santé au niveau des régions et des communes.** La liquidation des crédits au personnel se fait bien avant que ces crédits soient saisis dans les comptes administratifs au niveau régional. Cette pratique rend difficile l'utilisation de ces données pour répondre en temps réel aux écarts.
3. **Baser le mécanisme d'allocation des ressources humaines par région sur des critères plus objectifs d'efficiencia qui tiennent compte des besoins et de la performance du personnel clinique.** Les dépenses publiques par nouveau cas à Kidal et Bamako sont trois fois plus élevées que celles à la région, ayant les dépenses par nouveau cas le plus faible (la région de Sikasso). Cette divergence s'explique par l'allocation des fonds publics en fonction des budgets des années précédents plutôt que sur les besoins en ressources actuelles. Le mécanisme d'allocation devrait ainsi être ajusté pour prendre ces considérations en compte.
4. **Décourager l'utilisation des médicaments de marque en faveur des médicaments génériques par les révisions à la liste des médicaments remboursés par l'AMO et/ou à la structure de tarification.** L'analyse d'efficiencia technique suggère que la CANAM pourrait économiser environ 11,5 milliards CFA à 14,1 milliards CFA si tous les médicaments de marque remboursés par la CANAM ayant les équivalents génériques étaient remplacés par ces derniers. Étant donné les difficultés politiques et techniques que l'on confronterait en vertu de ce changement, il serait peut-être plus faisable d'augmenter les tickets modérateurs pour les médicaments de marque ayant des équivalents génériques afin de motiver les patients à acheter ces derniers. Les marges plafonds pourraient être également réduites pour des médicaments de marque pour réaliser un effet similaire.
5. **Remplacer la marge plafond proportionnelle par un plafond absolu pour les médicaments.** En vertu de la politique actuelle, la marge plafond est proportionnelle plutôt qu'absolue (voir la Section 4.2 pour plus d'informations), ce qui motive les prestataires à vendre les médicaments plus chers. La marge plafond proportionnelle devrait donc être remplacée par un plafond absolu pour promouvoir l'efficiencia et l'équité au moment de la prestation de service.

Références

- Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS). 2021. Bases de données partagées par le CMSS.
- Carlson A., Issa A., Saint-Firmin P.P. 2021. *Atteindre un financement durable de la santé au Togo : perspectives et possibilités de plaider pour une mobilisation adéquate des ressources en faveur du secteur*. Washington DC : Palladium.
- Dépenses publiques et de la responsabilité financière (PEFA) Secrétariat. 2016. *Public Financial Management: Performance Measurement Framework: Second Edition*. Washington DC : Banque Mondiale.
- Juillet A., Touré B., Hagiratou O., Derriennic Y. 2017. *Evaluation du Système de Santé au Mali*. Bethesda : Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Ministère de la Santé et du Développement Social. 2021. *Situation des crédits à la date du 31/12/2020*. Bamako : Ministère de la Santé et du Développement Social.
- Ministère de la Santé et du Développement Social. 2020. *Situation des crédits à la date du 31/12/2019*. Bamako : Ministère de la Santé et du Développement Social.
- Ministère de la Santé et du Développement Social. 2019. Extraits du PRED. Bamako : Ministère de la Santé et du Développement Social.
- Ministère de la Santé et du Développement Social. 2018. Annuaire de la Direction des Ressources Humaines. Bamako : Ministère de la Santé et du Développement Social.
- Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (MSAH). 2019. *Etude sur le financement de l'Assurance maladie universelle : Rapport final*. Bamako : Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire.
- Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (MSAHRN). 2014. *Liste des médicaments, consommables médicaux, et dispositifs médicaux admis à la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire au niveau des officines de pharmacie conventionnées*. Bamako : Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord.
- Organisation mondiale de la santé. 2021. Global Health Expenditure Database. Disponible sur : <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/fr>
- Organisation mondiale de la santé. 2016. *Public Health Financing for Health in Africa from Abuja to the SDGs*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Secrétariat Général du Gouvernement (SGG). 2012. *Journal Officiel de la République du Mali Numéro 12*. Bamako : Secrétariat Général du Gouvernement.
- United States Food & Drug Administration. 2019. *Generic Competition and Drug Prices*. Washington DC : Food & Drug Administration.

Health Policy Plus
Palladium
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Fax: (202) 775-9694
Email: policyinfo@thepalladiumgroup.com
www.healthpolicyplus.com

