



Mise en place de la couverture universelle santé au Mali

Appui conjoint du réseau P4H (Providing for Health)
OMS / France / Suisse

Rapport de mission conjoint
Février 2012



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Direction du développement
et de la coopération DDC

Table des matières

Table des matières	2
I. Contexte & justification	3
A. Rappel du contexte	3
B. Brève présentation de P4H	3
II. Objectifs de la mission	4
III. Méthodologie de travail de la mission	4
IV. Résultats	5
A. Constats	5
1. Points forts	5
2. Points à améliorer	9
B. Contributions à la feuille de route nationale : axes proposés	10
Axe 1 : Affirmation stratégique du financement pour la Couverture Universelle (CU), pour tous et surtout les plus démunis	10
Axe 2 : Amélioration de l'offre des soins pour mieux répondre à la demande	10
Axe 3 : Amélioration de l'efficience	11
Axe 4 : Articulation des différents dispositifs	12
Axe 5 : Coordination et régulation	12
Axe 6 : Communication sociale et renforcement des capacités	13
C. Recommandations aux différentes parties prenantes	13
D. Prochaines étapes	15

I. Contexte & justification

A. Rappel du contexte

Le Gouvernement du Mali, dans le cadre de l'extension de la protection sociale aux différentes catégories de la population malienne, a adopté en 2002 une Déclaration de Politique Nationale de Protection Sociale mise en œuvre à travers les Plans d'Actions Nationaux d'Extension de la Protection Sociale 2005-2009 et 2010-2014.

Dans ce cadre, un dispositif de protection sociale à trois socles est mis en place pour la couverture maladie universelle dans un horizon proche, à savoir l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et le mécanisme mutualiste. Ainsi, l'AMO doit couvrir les fonctionnaires, les travailleurs régis par le Code du Travail, les députés, les pensionnés et leurs ayants droit qui représentent 17% de la population ; le RAMED couvrira les personnes indigentes environ 5% et enfin le secteur informel et agricole qui emploient 78% de la population seront couverts par la mutualité.

L'AMO et le RAMED sont des régimes institutionnalisés depuis juin 2009 et ont été officiellement lancés respectivement en mai 2011 et octobre 2011. En outre, la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé, adoptée en février 2011, a démarré par une phase pilote de trois ans couvrant les régions de Sikasso, Ségou et Mopti.

Face aux obstacles observés dans la progression vers la couverture maladie universelle, le Gouvernement du Mali, à travers le Ministère du développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, a sollicité l'accompagnement technique et financier du réseau P4H pour la mise en œuvre de ces réformes majeures.

B. Brève présentation de P4H

P4H (Providing for Health - Initiative de protection sociale en santé) est une initiative mondiale lancée fin 2007 lors d'un sommet du G8 dans le but d'améliorer le cheminement des pays en développement vers la couverture universelle en santé. Elle est actuellement constituée de huit partenaires au développement : l'OMS, le BIT, la Banque mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'Allemagne, la France, la Suisse et l'Espagne.

P4H a été lancée pour répondre à un défi mondial : plus de un milliard de personnes n'ont pas accès aux soins de base nécessaires et plus de cent millions de personnes tombent sous le seuil de pauvreté chaque année en raison des dépenses directes de santé effectuées par les ménages aux points de service. Les objectifs de P4H sont par conséquent d'appuyer les pays à élaborer leurs stratégies multisectorielles de couverture universelle en santé et à les accompagner dans la mise en œuvre.

P4H fonctionne comme un réseau de partenaires au développement qui ont décidé de coordonner leurs efforts dans le domaine de la couverture universelle en santé. Le réseau a délibérément choisi de ne pas être constitué comme un fonds dans lequel les ressources sont mises en commun. Chaque agence membre de P4H entreprend donc des activités qui peuvent être considérées comme des activités P4H pour autant que les autres partenaires en soient d'accord.

Le respect des principes de la déclaration de Paris (appropriation, alignement, harmonisation, etc.) constituent une base commune aux partenaires de P4H et le réseau dans son ensemble s'est accordé à concentrer ses efforts sur le niveau national et les réseaux nationaux de P4H. Les niveaux mondial et régional du réseau n'interviennent que pour compléter les capacités disponibles au niveau national

II. Objectifs de la mission

Objectif général :

Appuyer le Mali dans sa progression vers la couverture universelle en santé

Objectifs spécifiques :

- 1/ Promouvoir une approche stratégique et multisectorielle de la couverture universelle en santé au Mali
- 2/ Elaborer une contribution des partenaires P4H à la feuille de route nationale vers la couverture universelle en santé
- 3/ Elaborer une première version d'un plan d'appui conjoint des partenaires P4H
- 4/ Mettre en place un réseau national P4H

III. Méthodologie de travail de la mission

L'équipe de mission de P4H, composée des représentants des partenaires que sont l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que les Coopération Française, Suisse et Espagnole, a séjourné à Bamako du 21 au 25 novembre 2011. La Banque mondiale a également été impliquée dans sa préparation et le sera dans son suivi.

Les structures rencontrées par la mission ont été les suivantes :

- Ministère de la Santé (MS) :
 - o Cabinet
 - o Cellule de Planification et de Statistique du secteur de la Santé, Développement Social et Promotion de la Femme ;

- Direction Nationale de la Santé ;
- Agence Nationale d’Evaluation des Hôpitaux ;
- Cellule d’Appui à la Déconcentration et la Décentralisation ;
- Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA) :
 - Ministre ;
 - Cabinet ;
 - Direction Nationale de la Protection Sociale et de l’Economie Solidaire ;
 - Caisse Nationale d’Assurance Maladie ;
 - Agence Nationale d’Assistance Médicale ;
 - Institut National de Prévoyance Sociale ;
 - Caisse Malienne de Sécurité Sociale ;
- Ministère du Budget :
 - Direction Nationale du Budget ;
- Collectivités territoriales :
 - Association des Municipalités du Mali ;
- Société Civile :
 - Union technique de la Mutualité Malienne ;
 - Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire ;
- Partenaires Sociaux :
 - Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali ;
 - Des contraintes de temps ont empêché la mission de rencontrer l'Union Nationale des Travailleurs du Mali et le Patronat mais les positions de ces derniers ont été prises en compte lors du travail de restitution de la mission.

Une restitution des conclusions de la mission a été organisée le 25 Novembre. Elle a permis de réunir les trois Ministres du Développement Social, de l'Emploi et du Budget, ainsi que le conseiller principal du Ministre de la Santé et de nombreux autres participants des différents acteurs impliqués dans l'extension de la couverture universelle santé au Mali.

IV. Résultats

A. Constats

1. Points forts

Volonté politique sur la couverture universelle

Depuis quelques années, le Mali tente de développer des mécanismes de protection sociale dans le but de réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé. De ce point de

vue, les autorités ont initié un certain nombre de réformes (gratuités, assurance maladie obligatoire, régime d'assistance médicale aux indigents, etc.) tendant à jeter les bases d'une couverture maladie universelle.

Par ailleurs, durant les cinq dernières années, les efforts du gouvernement ont été maintenus pour accroître la disponibilité des services de santé et l'offre de services de santé primaires qui a augmenté d'au moins 40%. Dans le cadre du dialogue politique, on note le soutien de certaines organisations patronales et syndicales : Union Nationale des Travailleurs du Mali (UNTM), Confédération Syndicale des Travailleurs du Mali (CSTM, de la Coordination Nationale des Retraités de la Convention (CNRC), du Conseil National du Patronat du Mali (CNPM), de l'Union Nationale des Travailleurs Retraités de la Convention INPS (UNTRC-INPS). Par ailleurs, l'existence de cadre institutionnel (textes législatifs et réglementaires) donne une meilleure lisibilité au concept de la Couverture Universelle.

Décentralisation

Le Gouvernement Malien (GM) a adopté la Politique de Décentralisation Administrative en 1993 pour soutenir le processus démocratique. A ce propos, les secteurs de santé et de l'éducation ont développé des concepts de développement innovant visant à rapprocher les services de santé au plus près des principaux bénéficiaires. A ce titre, les compétences de l'Etat ont été transférées aux Collectivités Territoriales (CT) des niveaux communes et cercle en matière de santé. De ce point de vue, les élus ont pour tâche la résolution des problèmes de santé à différents niveaux de l'échelon sanitaire. Ce concept de décentralisation apparaît comme un gage de bonne gouvernance locale dans la gestion des affaires de la santé et donne du sens à toutes les initiatives gouvernementales en relation avec les Partenaires Techniques Financiers (PTF).

Existence du Plan Décennal de Développement sanitaire et social (PDDSS)

Le PDDSS a été mis en œuvre à travers le PRODESS I (1998-2002), le PRODESS II (2005 -2009) et l'extension du PRODESS II (2009 -2011).

Le PDDSS a pris en compte l'engagement du Mali pour un certain nombre de dispositifs au niveau sous-régional et international : (1) les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), (2) la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et la Déclaration D'Abuja. A cela, il faudrait ajouter des concepts tels que l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA) et le partenariat international pour la santé (IHP). La signature du compact national (2009), bien que signé par 1/3 des PTF a permis de constituer un seul cadre unique pour une mobilisation et une meilleure allocation des fonds dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des OMD. Dans la dynamique d'élaboration du prochain plan décennal (2012-2021) ; la Couverture Universelle (CU) apparaît comme une piste de réflexion à saisir pour le Gouvernement du Mali afin de mieux asseoir sa politique en la matière.

Création d'une assurance maladie

Du point de vue législative, le régime est dit contributif et il s'agit d'une réforme fondamentale en matière de protection sociale au Mali. Par ce biais, le Gouvernement Malien (GM) a voulu par l'Assurance Maladie (AM) étendre les champs d'application matériel et personnel de la protection sociale. Dans ce concept, il s'agit de lutter contre la pauvreté en garantissant une

sécurité de revenu aux adhérents et de garantir l'accès à des soins de santé de qualité acceptable et à un coût raisonnable.

Dans son mécanisme de fonctionnement, l'Assurance Maladie est fondée sur l'affiliation obligatoire et elle évite que les plus pauvres et les plus vulnérables ne soient exclus du système.

Création d'un dispositif pour les indigents

Par rapport à l'AMO, le RAMED (Régime d'Assistance Médicale) est un dispositif non contributif qui doit assurer la prise en charge des indigents. Selon le concept malien, l'indigent est une personne qui par définition n'a aucune ressource susceptible de survenir à ses besoins fondamentaux. De ce point de vue, la personne est sous le joug d'une assistance permanente des communautés sous le contrôle des autorités administratives. Par ailleurs, l'indigent ne peut se permettre de s'affilier à un quelconque régime contributif. Le régime concerne 5% de la population du Mali (soit environ 597.835 personnes).

Au-delà des contraintes opérationnelles, ce dispositif découle d'une volonté des pouvoirs publics d'assurer l'accès aux soins de santé de qualité pour les couches extrêmement défavorisées de la population.

Dispositifs de gratuité

Au Mali, les "gratuités" sont considérées comme des mécanismes alternatifs de financement de la santé au sens de l'économie de la santé. Cependant ; elles sont en étroite relation avec les mécanismes alternatifs de financement dans la politique de protection sociale, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et de la prise en charge des populations par les services de santé à moindre coût.

Ce chapitre concerne les gratuités décrétées au Mali : gratuité de la césarienne, gratuité de la vaccination, gratuité des soins de paludisme et antirétroviraux, gratuités des maladies dites « sociales », et gratuités de certaines prestations pour les travailleurs salariés, les fonctionnaires, les soldats, les personnes âgées, les élèves et étudiants.

Césarienne

L'initiative a été prise par décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005 et par arrêté interministériel N°09-0754 du 3 avril 2009 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite de la césarienne. Ce décret vise à réduire les dépenses de césarienne pour les ménages mais aussi à réduire la mortalité maternelle et infantile en vue d'atteindre les OMD 4 & 5 (objectifs du millénaire pour le développement). Du point de vue opérationnel, la gestion est faite par les 3 entités (CS réf, Mairie, ASACO) à travers les caisses de solidarité ou système de référence évacuation. Les formations sanitaires préfinancent les kits d'intervention et se font payer plus tard par le Ministère de la santé.

Vaccination et maladies sociales dites chroniques

Les gratuités pour la vaccination et les maladies sociales dites chroniques sont stipulées dans le Décret n° 02-311 du 04 juin 2002. Elle prend en compte toute la population pour ses maladies

(analyse et soins) et les enfants de 0-14 ans pour la vaccination et les analyses. Ces initiatives sont gérées par les formations sanitaires et une partie des financements est assurée par les partenaires au développement dans le cadre des modalités de contribution au budget national (ABS, Compact,..). Selon les statistiques, les taux de couvertures se sont améliorés, mais des difficultés persistent en terme de couverture effective de la population cible, de difficultés financière et de moyen logistique pour la stratégie avancée.

Par ailleurs, des efforts sont en cours pour élaborer une politique de prévention et de lutte contre les maladies chroniques. En effet, dans le cadre du dialogue politique, de nombreuses associations pour la prévention ou la défense des intérêts des malades chroniques ont vu le jour : Association des diabétiques, Association des HTA, Association de Lutte contre L'Hépatite B, etc.

Soins de paludisme et antirétroviraux

Cette gratuité concerne les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Le paquet de prestations comprend les soins préventifs et les soins curatifs. L'initiative est gérée par les formations sanitaires. Les fonds proviennent du gouvernement et des partenaires au développement. On estime à environ 1,5 milliards de FCFA les fonds dédiés à la gratuité du paludisme en 2010 par l'Etat.

Selon les statistiques, le paludisme est la première cause d'utilisation des services de santé, on se poserait bien la question sur le statut des ASACO par rapport à la gratuité des soins du paludisme et comment faire face à ce manque à gagner au niveau du recouvrement des coûts.

Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA

Il s'agit d'une initiative présidentielle dont le financement est assuré par de nombreux partenaires au développement (Banque Mondiale, Fonds Mondial, etc.). Elle concerne la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA par les antirétroviraux. La gratuité couvre les analyses et les médicaments. L'initiative est gérée par les formations sanitaires. A ce jour, il existe de nombreuses structures de la Société Civile (Associations PVVIH, ARCADE-SIDA, Associations des homosexuels, ..) qui se sont organisées pour défendre les droits de cette population afin de prôner le dialogue politique sur les questions de fond. Des discussions sont en cours pour la mise en place d'un Fond de Solidarité en faveur du VIH/SIDA sur proposition du Président de la République.

Travailleurs du secteur formel, fonctionnaires,.....

Les gratuités pour ces catégories socioprofessionnelles sont stipulées dans le décret n°02-311 du 04 juin 2002 et le décret n°95-368. Le premier décret dispose :

- pour les fonctionnaires et travailleurs : réduction de 80 % des frais d'hospitalisation (lit) ;
- pour les élèves, étudiants et soldats : gratuité des examens ;
- pour le personnel socio-sanitaire et leurs familles : gratuité des examens y compris radiologie et scanner ;
- pour les fonctionnaires et travailleurs retraités : gratuité des frais d'hospitalisation (lit).

Le second décret (décret n°95-368) stipule pour les personnes âgées (60 ans et plus) sans les membres de leurs familles) une réduction de 50% des frais de consultation et d'examen dans les formations publiques.

2. Points à améliorer

On constate les points suivants à améliorer:

Quant à l'offre de soins, il y a une insuffisance dans la disponibilité et la qualité des services (médicaments, ressources humaines, équipements, etc.). En plus, des questions sur l'efficacité se posent, dû au fait que les indicateurs de santé ne semblent pas refléter le niveau élevé des dépenses de santé. Ailleurs, certaines données, par exemple sur les dépenses des ménages et sur les coûts unitaires des prestations de santé, ne sont pas à jour.

La plus grande faiblesse se montre dans un système extrêmement complexe autour de multiples agents de financement, dont on a identifié les suivants¹:

- Ménages avec les paiements directs (paiements des usagers)
- L'Etat avec le budget étatique est géré par différents ministères (Ministère de Santé, MDSSPA, le Ministère de Défense, etc.)
- Les collectivités territoriales, en principe, contribuent au financement du secteur de santé
- Qui est l'Agence/agent qui gère le système des gratuités (une division dans le MS?)
- L'Assurance Maladie Obligatoire, qui opère à travers l'Institut Nationale de la Protection Sociale (INPS) et la Caisse Malienne de la Sécurité Sociale (CMSS). Tandis que l'AMO mutualise les cotisations, les deux dernières organisations collectionnent les cotisations des travailleurs du secteur formel (fonctionnaires publics et employés du secteur privé) et versent les paiements aux prestataires.
- L'Agence Nationale de l'Assistance Médicale (ANAM) est chargée du régime d'assistance médicale (RAMED), qui prévoit une couverture des indigents (5% de la population)
- Multiples mutuelles, dont certaines sont attachées à l'Union Technique des Mutuelles (UTM)
- Les communes qui opèrent des systèmes de référence et évacuations
- Des caisses villageoises de solidarité
- Les ASACO qui mutualisent les cotisations de leurs membres (les résidents des communes)
- Plusieurs entrepreneurs cofinancent les dépenses de santé pour leurs employés à travers le subventionnement des primes pour une assurance privée, ou à travers le paiement des prestations directes.
- Les partenaires financent plusieurs projets et programmes dans le domaine de santé.

C'est-à-dire que le système est assez fragmenté ; ce qui non seulement augmente les frais d'administration et crée des duplications, mais surtout cette situation crée l'inégalité du financement de santé et de l'accès.

¹ Pour plus de détails, voir Diallo (2011).

B. Contributions à la feuille de route nationale : axes proposés

Axe 1 : Affirmation stratégique du financement pour la Couverture Universelle (CU), pour tous et surtout les plus démunis

La mission propose de placer l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la CU comme le pilier central des prochains PDDSS et PRODESS qui seront développés au cours de l'année 2012 et devraient être finalisés avant début 2013. Cette stratégie de financement de la couverture universelle dans le cadre du nouveau PRODESS permettrait en même temps de :

- La lier au Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) du Mali, au Compact signé par le Mali dans le cadre du Partenariat International pour la Santé (IHP), à la politique générale de protection sociale et aux principes de la Déclaration de Paris
- Reprendre et mettre en cohérence les différents éléments existant du financement de la CU (AMO, RAMEC, gratuités, mutuelles de santé, etc.) pour réellement améliorer l'accès de l'ensemble de la population aux services de santé nécessaires

Il est recommandé d'établir un dialogue politique entre tous les partenaires impliqués dans le financement de la santé au Mali pour aboutir à un consensus national.

De nouvelles sources nationales de financement seront nécessaires pour améliorer significativement l'accès aux soins de l'ensemble de la population. A cet effet, il est important de réfléchir à la mise en place de "financements alternatifs" (par exemple une taxe sur la téléphonie mobile ou les transferts monétaires internationaux comme au Gabon, des taxes supplémentaires sur les consommations qui nuisent à la santé tels que le tabac ou les boissons alcoolisées, des contributions spécifiques de certaines entreprises comme les mines, etc.). Tout en reconnaissant les limites de leur capacité de mobilisation, la contribution des collectivités territoriales pourrait également constituer un sujet de réflexion.

En l'état des choses, des réponses doivent absolument être trouvées à la question-clé suivante : comment couvrir les 20-30% les plus pauvres de la population qui ont les plus grands besoins d'accès aux soins ? La source doit-elle être directement le budget régulier de l'Etat ou des financements alternatifs ?

Axe 2 : Amélioration de l'offre des soins pour mieux répondre à la demande

L'amélioration de l'offre de soins est ici envisagée par le biais de l'incitation en provenance des organismes payeurs. Cette incitation peut prendre la forme de ce qui est communément appelé "l'achat stratégique" de services de santé et qui peut se référer aux modalités suivantes :

- Des critères spécifiques d'allocations des budgets étatiques (par exemple en fonction des taux de pauvreté par aires géographiques, de facteurs démographiques, ou de différences dans les niveaux de besoin en soins)

- La modification des mécanismes de paiement des soins (de la tarification à l'acte vers des tarifications forfaitaires incluant l'ensemble des intrants nécessaires à une prise en charge de qualité)
- La contractualisation des relations entre les organismes gestionnaires de la couverture universelle et les formations sanitaires publiques et privées
- Le développement des mécanismes de "Financement Basé sur les Résultats (FBR)" qui lient le paiement des formations sanitaires à l'atteinte d'objectifs de volume et de qualité au lieu de se baser sur la consommation d'intrants des années précédentes

L'amélioration de la qualité de l'offre de soins pourrait également être obtenue par la mise en place de mécanismes d'accréditation ou de certification. Les formations sanitaires pourraient ainsi par exemple être classées en 4 catégories représentées par 4 couleurs (Rouge : pas de certification ; Jaune : certification selon la conformité de la structure aux normes nationales ; bleu : certification selon le respect des procédures nationales ; vert : certification selon la réalité constatée des résultats en terme de qualité et de coût des soins).

Axe 3 : Amélioration de l'efficience

Le système de santé a fait des efforts pour améliorer son efficience, mais les efforts doivent être poursuivis pour améliorer davantage l'efficience. Les réflexions dans ce sens doivent porter sur les aspects suivants :

- la bonne gouvernance à travers, d'une part, la publication des données de tous les dispositifs de la couverture universelle en santé, et d'autre part, à travers la bonne gestion, c'est-à-dire le respect de toutes les procédures administratives, financières et comptables existantes ou à venir. La publication des données implique un renforcement du système d'information sanitaire du Ministère de la santé et de celui du Ministère du développement social ;
- l'amélioration de la gestion des produits pharmaceutiques (gestion des stocks pour éviter les ruptures, rationalisation de la prescription, etc.). Actuellement d'énormes ressources financières du système de santé ne sont pas utilisées à bon escient à cause de la mauvaise prescription des médicaments et des insuffisances dans la généralisation de la politique des médicaments essentiels en DCI (Dénomination commune internationale). Une rationalisation de la prescription des médicaments et une importation des médicaments essentiellement axés sur les DCI permettrait au pays de ramener la facture pharmaceutique à 161 milliards de FCFA contre 292 milliards de FCFA actuellement. Pour plus de détails sur le sujet, voir le rapport de Diallo (Diallo, 2011) ;
- l'analyse des coûts des prestations aux différents niveaux du système pour aider aux décisions concernant les mécanismes de paiement. Sur la base des coûts des prestations des prestataires conventionnés ou non conventionnés, les différents mécanismes de paiement devraient réviser annuellement leurs coûts de prestations. Le Docteur Hubert Balique dans le cadre de sa thèse en gestion des systèmes de santé a fait un excellent modèle de simulation qui permet de calculer d'une part le coût global des prestations à chaque niveau de la pyramide sanitaire, et d'autre part le coût global des prestations de

tous les niveaux de la pyramide pour parvenir à un niveau de financement plus acceptable des formations sanitaires. Un tel travail pourrait aider les institutions du gouvernement en charge de la mise en œuvre de la couverture universelle ;

- gestion efficace des ressources (humaines, infrastructures, etc.). Les ressources humaines qualifiées sont essentiellement concentrées dans les milieux urbains au détriment du milieu rural. De plus en milieu rural existent des formations sanitaires qui ont été créées et qui ne fonctionnent presque pas du fait du manque d'équipements ou de ressources humaines. La couverture universelle en santé ne peut s'accommoder d'une telle situation ; cette insuffisance devrait être corrigée.

Axe 4 : Articulation des différents dispositifs

A cause de la forte fragmentation du système de financement de santé, il est proposé à simplifier ce système. Des points d'entrée pour une telle réflexion pourraient se focaliser sur les aspects suivants:

- Créer des liens entre les gratuités et leur intégration dans les mécanismes d'assurance maladie; p.ex. les services offerts par les gratuités pourraient faire partie du paquet de l'Assurance Maladie.
- Avancer de 11 agents de financement à un système plus simple à travers la création des liens et l'intégration de certains dispositifs
- Créer une institution unique de validation des factures et de paiement avec une seule tarification
- Mettre en place d'un tarif national de référence (base unique de remboursement pour le secteur public et privé)
- Identifier la double / triple couverture et l'exclure
- Réfléchir sur l'assurance de santé complémentaire (rôle des employeurs?)

Axe 5 : Coordination et régulation

Afin de faciliter la réalisation du premier axe stratégique, il serait important d'établir un "cadre de concertation" entre les différentes parties prenantes (MDSSPA, MS, MEF, MATCL, autres; institutions de Protection Sociale) de la couverture universelle dans le cadre de PRODESS). Ce cadre de concertation serait chargé dans un premier temps de formuler la stratégie de couverture universelle en santé puis de veiller à sa mise en œuvre et de suivre les résultats obtenus pour d'éventuelles modifications ultérieures.

La coordination intersectorielle devrait également préparer des documents et des mécanismes de régulation du système de protection sociale santé (Directives, réglementation, etc.).

Le suivi de la performance du système national de protection sociale en santé demanderait la réalisation d'évaluations périodiques (ou à la demande en cas de problème particuliers) et de missions d'inspection du système de santé, qui permettraient sa régulation. Pour cela 3 mesures pourraient être prises :

- Elargissement des fonctions de l'ANEH à l'évaluation de la protection sociale.

La mission de l'Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux pourrait être élargie à l'évaluation de l'ensemble du système de santé. Ses capacités d'évaluation des hôpitaux devraient en effet lui permettre d'évaluer à la fois les autres structures de soins (CSREF, CSCOM, cabinets et cliniques privées,...) et le système de protection sociale en santé.

- Réalisation d'audits techniques et financiers périodiques

Le développement de la protection sociale en santé exige une connaissance précise des processus et des comptes pour en assurer la maîtrise. Des audits techniques pourraient être demandés par exemple à des institutions étrangères évoluant dans le même champ de compétences. Les audits financiers devraient être confiés à des bureaux indépendants d'expertise comptable.

- Création d'une inspection régionale des affaires sociales.

Elle pourrait procéder au contrôle régulier des mécanismes de la protection sociale en santé tels que l'AMO, le RAMED ou l'UTM.

Axe 6 : Communication sociale et renforcement des capacités

Au regard de l'expérience passée du Mali dans le domaine de l'AMO, il serait important d'élaborer un plan de communication et le mettre en œuvre pour informer la population sur le bien fondé de la CU et des mécanismes de protection sociale.

Une grande campagne d'information à travers les médias (radios et télévision) et par l'organisation de multiples réunions aux différents niveaux de l'Etat, à savoir les communes, les cercles, les régions et au niveau national, ainsi que dans les administrations et les entreprises devrait être organisée.

En complément du dispositif de communication, un effort significatif de renforcement des capacités institutionnelles et humaines dans le domaine de la CU devrait être mené afin d'atteindre une masse critique de personnel compétent dans le domaine.

C. Recommandations aux différentes parties prenantes

Ministère de la Santé

Les éléments clefs des recommandations de la mission P4H pour le MS sont les suivants :

- le développement d'une stratégie de couverture universelle santé intégrée dans le nouveau plan décennal de développement social et sanitaire en cours d'élaboration ;
- l'importance d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins pour favoriser le développement des mécanismes de prépaiement ;

- le caractère essentiel d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources existantes
- la nécessaire coordination interministérielle sur le sujet de la couverture universelle en santé ;
- le besoin de renforcer les capacités des différentes institutions concernées par la couverture universelle en santé.

Ministère du Développement Social

Les éléments clefs des recommandations de la mission P4H pour le MDSSPA sont les suivants :

- Le développement d'une stratégie de couverture universelle santé intégrée dans le nouveau plan décennal de développement social et sanitaire en cours d'élaboration ;
- l'importance de mettre en cohérence et d'articuler les différents dispositifs existants de protection contre les risques financiers ;
- la nécessaire coordination interministérielle sur le sujet de la couverture universelle en santé et votre rôle prééminent dans ce domaine ;
- le besoin de renforcer les capacités des différentes institutions concernées par la couverture universelle en santé ;
- et enfin le rôle prépondérant de la communication sociale pour promouvoir les principes de solidarité et de protection sociale en santé.

Ministère du Budget

Les éléments clefs des recommandations de la mission P4H pour le Ministère du Budget sont les suivants :

- le développement d'une stratégie de couverture universelle santé intégrée dans le nouveau plan décennal de développement social et sanitaire en cours d'élaboration ;
- l'importance de mobiliser des ressources nationales supplémentaires pour financer la couverture universelle en santé au Mali ;
- la nécessité d'explorer les possibilités de financements innovants pour la couverture universelle de santé ;
- la recherche de solutions pour couvrir les 20% les plus pauvres de la population
- la nécessaire coordination interministérielle sur le sujet de la couverture universelle en santé ;
- le besoin de renforcer les capacités des différentes institutions concernées par la couverture universelle en santé.

Ministère de l'Emploi

Les éléments clefs des recommandations de la mission P4H pour le Ministère de l'Emploi sont les suivants :

- le développement d'une stratégie de couverture universelle santé intégrée dans le nouveau plan décennal de développement social et sanitaire en cours d'élaboration ;
- la nécessaire coordination interministérielle sur le sujet de la couverture universelle en santé ;
- le besoin de renforcer les capacités des différentes institutions concernées par la couverture universelle en santé.

Partenaires au développement et autres parties prenantes

- Contribution aux réflexions sur l'architecture du système de financement de santé, et surtout comment simplifier ce système
- Appuyer des consultations nationales sur une telle nouvelle architecture
- Appuyer le développement d'un document qui spécifie une stratégie "couverture universelle en santé"

D. Prochaines étapes

- Constitution d'un réseau local de la couverture universelle en santé composé de partenaires nationaux et internationaux et aussi de groupes existants (Comité de pilotage du PRODESS, Groupe de travail sur l'AMO, Groupe thématique sur le financement alternatif) ;
- Jusqu'en fin 2012, implication du réseau couverture universelle (nationaux + P4H élargi) dans la préparation du nouveau PDDSS et PRODESS ;
- Fin 2012, finalisation du Plan d'Appui Conjoint du réseau P4H ;
- 2013-2017, suivi de la mise en œuvre de la partie "couverture universelle" du PRODESS