

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé et de
l'Hygiène Publique

Ministère du Travail, des
Affaires Sociales et
Humanitaires

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

.....
Secrétariats Généraux



Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle

2014-2023

Résumé.....	5
I. Introduction.....	7
II. Contexte	8
1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives.....	8
2. Situation économique	8
3. Politique Nationale de Santé.....	10
4. Organisation du système de santé	10
5. Situation sociale	12
III. La logique de la politique de financement de la santé pour le développement de la couverture universelle	13
IV. Analyse de la situation	14
1. Analyse de l'état des lieux du système de financement de la santé.....	14
a. Architecture.....	14
b. Quelques indications sur les dépenses de santé.....	16
c. Analyse institutionnelle et organisationnelle des fonctions et défis principaux	17
1er. Mobilisation des ressources	17
2e. Mise en commun.....	17
3e. Achat.....	18
2. Analyse de la performance du système de financement de la santé	18
a. Utilisation des services	18
b. Equité.....	18
c. Efficience	19
d. Conclusion sur la performance du système de financement de la santé	19
V. Définition de la Politique.....	20
1. Contribution attendue de la politique aux objectifs du financement de la santé	20
a. Mobilisation des ressources efficace, équitable, soutenable	20
b. Réduction des barrières financières.....	20
c. Utilisation judicieuse des ressources	21
2. Faisabilité.....	21
3. Description de la stratégie proposée	22
a. Vision, objectifs principaux, principes.....	22
b. Axes stratégiques	22
1er. Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle	22
2e. Garantir une meilleure allocation des ressources.....	23
3e. Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet.....	24

4e.	Améliorer la gouvernance financière	26
c.	Suivi-évaluation	27
1er.	Dispositif de suivi.....	27
2e.	Mécanismes d'évaluation.....	27
3e.	Indicateurs.....	28
VI.	Annexes	29
1.	Indicateurs principaux 2011 et objectifs 2023	30
2.	Cadre logique simplifié.....	31
3.	Architecture de l'Assurance Maladie à terme (2023)	34
4.	Croissance de la couverture de la population par l'Assurance Maladie Universelle et subventions d'Etat requises	35

ACRONYMES

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

Résumé

Les Ministères de la Santé, celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Âgées 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. Ce document est élaboré dans une approche holistique qui appréhende toutes les dimensions du financement de la santé pour éviter de traiter cette question de façon parcellaire comme cela a été fait dans les divers documents des différents ministères.

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

- une **offre de soins et un système de santé peu performants**,
- un **financement insuffisant**,
- des **inégalités fortes** - à la fois inégalités sociales et inégalités géographiques,
- un environnement général « **critique** » pour la santé, qui dépasse la dichotomie « urgence » et « développement »,
- une **organisation communautaire** particulièrement dynamique,
- une **réponse fragmentée du « système » de financement** : divers mécanismes de prise en charge coexistent, qui fonctionnent mal, et qui empêchent une réponse systémique,
- un **leadership / une direction générale du financement** qui n'est pas affirmée.

Pour transcender sous ces défis, la nouvelle politique entend apporter des réponses articulées autour de quatre piliers stratégiques à savoir :

- 1- **Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle**; il s'agit d'augmenter le niveau des financements **publics** dédiés au secteur de la santé, de mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle et d'augmenter le volume des financements extérieurs prévisibles et maîtrisables
- 2- **Garantir une meilleure allocation des ressources**, pour ce faire, il faudra mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficacité et d'équité, développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates, prendre systématiquement en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l'allocation des ressources, développer une politique avec le secteur privé dans le sens de l'intérêt des populations
- 3- **Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet** qui passera par l'institutionnalisation de l'Assurance Maladie Universelle, l'instauration d'un paquet de base de couverture universelle pour tous, l'intégration progressive des gratuités à l'Assurance Maladie
- 4- **Améliorer la gouvernance financière**, qui requiert la mise en place un dispositif de gestion stratégique de l'information financière, l'amélioration de l'efficacité dans la gestion des financements, l'améliorer la redevabilité et le renforcement de l'environnement institutionnel pour un financement durable.

Implications de la mise en œuvre de la politique de financement de la santé

Quelques indicateurs	2011	2023
PIB (milliards de FCFA)	5.229	7.442
Budget santé de l'Etat versé au secteur (milliards de FCFA) hors subvention à la couverture du risque maladie	116	175
Budget de l'Etat pour subventionner la couverture du risque maladie (milliards de FCFA)	16	71
Part de la santé dans le budget de l'Etat versée au secteur - hors « autres Ministères » - en incluant les subventions à la couverture du risque maladie dont les subventions au paquet (universel) de soins de base	10,9%	17,8%
Paiement direct des ménages dans le total des dépenses santé	44%	36%
Couverture de la population en assurance maladie	6%	45%
Incidence des dépenses catastrophique	19%	<10%

Coût et financement de l'assurance maladie universelle

Hypothèses :

- Paquet (universel) de base à FCFA 6.600 par habitant, avec un coût évoluant au rythme de +6% par an ; 5% de la population totalement pris en charge ; la population du secteur formel (17% de la population totale) paie exactement le prix du paquet de base ; la population du secteur informel non pauvre (78% de la population totale) contribue à hauteur de 20% du coût du paquet de base (FCFA 1.320 par habitant en année 2, ajusté tous les 3 ans) ; la totalité du secteur formel est couverte dès 2016; la totalité des démunis est couverte en 2020 ; la population du secteur informel non pauvre est couverte à hauteur de 30% en 2023.

Résultats et coût :

- 45% de la population totale couverte en 2023, y compris 35% de la population informelle.
- 84 milliards de subvention est payé en 2023 (1% du PNB)

I. Introduction

Les Ministères de la Santé et de l'Hygiène Publique, celui du Travail, des Affaires Sociales et Humanitaires et celui de la Promotion de la Femme, de la Famille et de l'Enfant ont élaboré un plan décennal de développement sanitaire et social. Les Ministères et leurs Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont convenu qu'un certain nombre de thèmes devaient y être approfondis pour anticiper sur la mise en œuvre, et le financement de la santé fait partie de ces thèmes. C'est ainsi qu'un groupe thématique de travail sur le financement de la santé s'est vu confié l'élaboration d'un document de politique nationale.

Auparavant, un processus avait démarré entre le gouvernement et les PTF dans le cadre d'une démarche de la plateforme P4H¹. Il s'agissait d'élaborer et de mettre en œuvre une feuille de route conjointe pour le développement de la couverture universelle. Au cœur de celle-ci figurait également l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé sous la conduite du Ministère du Travail, des Affaires Sociales et Humanitaires.

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

¹ <http://www.who.int/providingforhealth/fr/index.html>

II. Contexte

1. Caractéristiques géographiques, démographiques et administratives

Situé au cœur de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental avec une superficie de 1.241.238 km². Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontière avec l'Algérie et la Mauritanie au nord, le Niger à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-ouest et le Sénégal à l'Ouest.

Le climat est tropical alternant une saison sèche et une saison des pluies d'une durée moyenne de 5 mois au sud et moins de 3 mois au nord ainsi que des écarts de température très élevés.

Le réseau hydraulique constitué par deux grands fleuves, le Niger et le Sénégal, dessert principalement le Sud du pays et une partie du Nord.

Selon les résultats définitifs du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était de 14.528.662 habitants en 2009 avec une légère prédominance des femmes : 50,4% de la population soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 55 ans. Cette population aurait atteint 15.840.000 habitants en 2011 selon les résultats des projections issus de la révision 2010 des perspectives mondiales de la population de la Division Population des Nations Unies.

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

La densité du pays est d'environ 12 habitants au Km². Cette moyenne nationale cache de très fortes disparités régionales.

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

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

Le Mali comprend huit régions administratives, 49 cercles, le district de Bamako (la capitale) et 703 communes. Ces dernières sont administrées par les collectivités territoriales. La stabilité dont a bénéficié le pays pendant deux décennies a permis la mise en œuvre d'importants programmes de développement et l'attrait d'un volume non négligeable de financements extérieurs.

2. Situation économique

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, la pêche et l'élevage, tous fortement dépendants de la pluviométrie qui reste très aléatoire et insuffisante. **Sur la période 2008-2012**, la croissance économique a été de +3,3%, en deçà de la moyenne de l'espace de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine UEMOA qui s'établissait à 3,6% selon les statistiques de la DGB/BCEAO. L'économie malienne a été sensiblement affectée au cours de l'année 2012 par les conséquences de la crise sécuritaire et des troubles sociopolitiques consécutifs aux événements du 22 mars 2012. Ceux-ci ont perturbé le déroulement de l'activité économique dans presque tous les secteurs, du fait de

l'attentisme des opérateurs économiques et de la suspension des financements extérieurs par certains partenaires de développement, qui a eu une incidence négative sur la poursuite des travaux publics en cours. Toutefois, la bonne orientation de la production agricole, attendue en hausse de 13,1%, a atténué les effets négatifs de la crise. Dans ce contexte difficile, le produit intérieur brut, en termes réels, enregistrerait un recul de 1,2% en 2012, après une croissance de 2,7% un an plus tôt. Le taux d'inflation moyen (4,2%) a dépassé la norme communautaire et la moyenne de la zone UEMOA. La politique budgétaire est restée restrictive sur la période précitée ; les indicateurs de gestion budgétaire affichent en moyenne des niveaux satisfaisants par rapport à la moyenne de l'UEMOA puisque le solde budgétaire global hors dons s'est établi à -5,6% du PIB contre -6,0% pour l'ensemble des pays l'UEMOA et le solde budgétaire de base a atteint 0,3% du PIB contre -1,4% pour l'espace UEMOA.

Cependant **au cours de l'année 2013**, l'économie malienne devrait renouer avec la croissance à la faveur de la normalisation de la situation sociopolitique et sécuritaire ainsi que de la reprise effective de la coopération avec l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Le PIB progresserait de 4,8% sous l'effet de l'orientation favorable de la production agricole, de l'essor de la production aurifère, du regain d'activité au niveau des bâtiments et travaux publics et du renforcement de l'offre d'énergie électrique. Les secteurs primaire et tertiaire seraient les principaux moteurs de la croissance économique. Ils augmenteraient respectivement de 5,3% et de 5,7%. Le secteur secondaire soutiendrait l'expansion économique avec un taux de croissance de 2,8%. Par ailleurs, le taux d'inflation pourrait baisser à 2,9% contre 5,3% en 2012 ; toutefois il restera au-dessus de la moyenne de la zone UEMOA (2,1%).

Tableau 1 : Evolution de la situation macroéconomique

	Croissance réelle du PIB (%)						Inflation en %					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013
UEMOA	4,2	3,0	4,4	0,6	5,8	6,5	7,4	1,1	1,4	3,9	2,4	2,1
Mali	5,0	4,5	5,8	2,7	-1,2	4,8	9,2	2,2	1,2	3,0	5,3	2,9

Source : BCEAO (Perspectives économiques des pays de l'UEMOA en 2013)

Actuellement les projections des finances publiques sur **la période 2014-2016** sont établies sur la base d'une croissance moyenne attendue de 5,7%. Le taux de croissance serait de 6,3% en 2014, 5,3% en 2015 et 5,5% en 2016. La forte croissance de 2014, après la crise de 2012 et le retour progressif à la normale en 2013, découlerait de la mise en œuvre du programme de reconstruction du pays. Le taux d'inflation sur la période 2014-2016, serait de 2,6% et le déflateur du PIB serait en moyenne de 2,5% selon les hypothèses retenues dans le cadre budgétaire à moyen terme.

Tableau 2 : Hypothèses macroéconomiques du cadrage budgétaire à moyen terme

	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2014-2016
PIB nominal en milliards de F CFA	5653,3	6153,3	6637,7	7298,9	6696,6
Taux de croissance réel du PIB	4,8%	6,3%	5,3%	5,5%	5,7%
Déflateur	2,7%	2,4%	2,5%	2,4%	2,5%

Tableau 3 : Evolution du PIB par secteur

	2013	2014	2015	2016	Moyenne 2014-2016
PIB nominal en milliards de F CFA	5653,3	6153,3	6637,7	7298,9	6696,6
Taux de croissance réel du PIB	4,8%	6,3%	5,3%	5,5%	5,7%
Déflateur	2,7%	2,4%	2,5%	2,4%	2,5%

3. Politique Nationale de Santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement en 1990 définit les grandes orientations du développement sanitaire du Mali. Elle est fondée sur les principes des soins de santé primaires (SSP) et de l'initiative de Bamako adoptée en 1987. Elle a été mise en œuvre à travers : (i) le PSPHR qui a expérimenté et accompagné le développement de l'approche sectorielle jusqu'en 1998 et (ii) le PDDSS 1998-2007 qui a définitivement consacré l'Approche Sectorielle par la matérialisation de ses principaux piliers dont la mise en place d'un cadre unique de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation, la coordination de tous les acteurs à travers des organes de pilotage et une procédure financière préférentielle commune en lieu et place d'une multitude de procédures.

La Politique Sectorielle de Santé a été reconfirmée et consacrée par la Loi n° 02-049 du 22 Juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations de la politique nationale de santé. Ses principaux objectifs sont (i) l'amélioration de la santé des populations, (ii) l'extension de la couverture sanitaire et (iii) la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé.

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- la différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle ;
- la garantie de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels, la rationalisation de leur distribution et de leur prescription à travers la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique ;
- la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation ;
- la promotion d'un secteur privé dynamique et d'un secteur communautaire complémentaires du système public.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation, le Gouvernement de la République du Mali a transféré certaines compétences et ressources aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle suivant le décret 02-314/P-RM du 04 Juin 2002.

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

4. Organisation du système de santé

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

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

- le niveau opérationnel : le cercle constitue l'unité opérationnelle chargée de planifier le développement de la santé, de la budgétiser et d'en assurer la gestion ;
- le niveau régional est celui de l'appui technique au premier niveau ;
- le niveau national est le niveau stratégique qui définit les orientations stratégiques et détermine les investissements et le fonctionnement. En outre il définit les critères

d'efficacité, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application des normes et standards. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement des soins de qualité accessibles à tous.

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

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

Au niveau des structures de prestations de soins, la pyramide sanitaire se décline en trois niveaux. Le **niveau district sanitaire** avec 2 échelons ; le **premier échelon** qui est la base de la pyramide ou premier niveau de recours aux soins, offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Centres de Santé Communautaires (CSCoM) au nombre de 1087 en 2011. Il existe d'autres structures de santé: parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés, environ 1308 en 2011 qui complètent le premier échelon. Le **deuxième échelon** qui offre la première référence, est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf).

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

Le **niveau central** comprend 5 Etablissements Publics Hospitaliers qui prennent en charge la 3^{ème} référence et constituent le sommet de la pyramide.

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

Ce dispositif est complété par le secteur privé, les services de santé de l'Armée et les structures de santé confessionnelles. Les établissements du secteur privé sont de plusieurs catégories, notamment médical, paramédical, pharmaceutique et traditionnel. Leur nombre a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies ; en 2011 on a dénombré 1038 structures privées selon les statistiques de la Direction Nationale de la Santé. Malgré son développement, surtout dans les grandes villes, le secteur privé suit une évolution moins maîtrisée et ses données sont insuffisamment prises en compte par le système d'information sanitaire. Quant aux services de santé de l'Armée, ils étaient au nombre de 19 en 2011 et se composent de postes médicaux, d'infirmières, de maternités de garnison et d'infirmières-hôpitaux. Enfin on dénombrait 25 structures de prestation de services appartenant aux organisations religieuses en 2011.

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

5. Situation sociale

La proportion de la population malienne considérée comme pauvre est passée de 55,6% en 2001 à 43,6% en 2010 sur la base d'un seuil de pauvreté en termes réels de 165.431 FCFA par an. Selon la même source, la baisse enregistrée dans l'incidence de la pauvreté monétaire au cours de la dernière décennie a été plus favorable au secteur rural (de 65% à 51%). Malgré cette baisse, l'extrême pauvreté (incapacité de satisfaire aux besoins nutritionnels de base) touche encore 22% de la population. Dans son classement basé sur l'IDH (Indice de Développement Humain), le PNUD a classé le Mali 175ème sur 187 pays en 2011.

L'environnement au Mali est caractérisé par le faible accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base ; les conditions d'hygiène y sont précaires.

Tableau 4 : Principaux indicateurs de richesse et sa répartition

	Montant	Rang	Source
PIB par habitant PPA	1186 USD (2009)	161	Banque Mondiale ²
IDH	0,359 (2010)	175	
Coefficient de Gini	33% (2010)	Moyen	Banque Mondiale ³

²[http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_PIB_\(PPA\)_par_habitant](http://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_PIB_(PPA)_par_habitant)

³<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI/>

III. La logique de la politique de financement de la santé pour le développement de la couverture universelle

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

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

Concevoir une politique de financement de la santé pour la Couverture Universelle, c'est donner une direction générale et élaborer les grandes lignes stratégiques nationales pour mettre en place un système de financement performant, qui concourt à la fois à la réalisation d'un système de santé adéquat et à la réalisation des besoins en soins de santé de la population. Plus généralement, il s'agit d'une trajectoire essentielle de la couverture universelle.

Le financement de la santé peut être analysé au travers ses trois fonctions : la mobilisation des ressources, la mutualisation des ressources, et l'achat de services. Ce cadre analytique est apparu adéquat pour saisir les limites systémiques du financement et proposer des améliorations. En effet, améliorer chacune des parties ne permettra pas forcément d'améliorer le tout : si chaque partie du système doit être améliorée, le plus important est que chaque partie existe pour un tout ; autrement dit les mécanismes et les stratégies partielles doivent s'ancrer dans une logique d'ensemble.

Les engagements et l'expérience donnent des indications sur des normes de volumes financiers que le pays doit tenter de mobiliser pour aller vers la couverture universelle et obtenir des résultats dans des délais raisonnables. Ces volumes concernent notamment la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé (minimum, par exemple <20%), la part du budget d'Etat consacré à la santé (15%, engagement d'Abuja), et les dépenses nationales en santé par personne et par an (\$60 en 2015). Ces volumes sont donc liés au PNB, à l'assiette fiscale, ou encore à l'aide extérieure. On appréciera par conséquent le développement de la couverture universelle notamment du point de vue des moyens à mobiliser – source et montants - ainsi que de leur allocation.

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

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

IV. Analyse de la situation

1. Analyse de l'état des lieux du système de financement de la santé

a. Architecture

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

Le financement de la 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. Le budget d'Etat fournit la contribution de la puissance publique pour la production des services de santé. Les ressources dégagées sont largement utilisées pour établir l'offre de services de santé. Elles sont consommées dans la construction et l'équipement des centres de santé, la mise à disposition des ressources humaines en santé, la fourniture des services de prévention et de promotion de la santé, mais également au fonctionnement de l'administration sanitaire.

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

Pour ce qui concerne les collectivités aux différents niveaux (assemblée régionale, commune, cercle), elles doivent mobiliser les ressources nécessaires à injecter pour le financement des plans locaux de développement sanitaire. Jusqu'à présent, l'essentiel du financement des collectivités va à la réalisation d'infrastructure presque exclusivement au niveau périphérique telle que la construction de CCom. Concrètement les sommes mobilisées par les collectivités territoriales dans la santé demeurent très faibles (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 « COMPACT⁴ ».

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

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

⁴ Le « COMPACT » est un engagement éthique et moral entre le Gouvernement du Mali et ses partenaires pour soutenir la mise en œuvre du PRODESS à l'effet d'accélérer l'atteinte des OMD.

Bien qu'elle constitue une des plus grandes réformes introduites dans le secteur, l'Assurance Maladie Obligatoire a été confrontée à d'énormes difficultés au moment de son lancement. Les populations qui étaient censées bénéficier de ses services ont manifesté beaucoup de réticences à son introduction sans doute à cause 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, soit 3,4% de la population totale et environ 30% de sa population cible.

Depuis son lancement en même temps que l'AMO, le RAMED est confronté à d'autres types de difficultés qui sont d'ordre organisationnel. L'ANAM qui est l'organisme gestionnaire, a été créée ex nihilo. Ses services ne sont pas disponibles au niveau où les bénéficiaires potentiels en ont le plus besoin à cause entre autres, du fait que les structures déconcentrées qui s'occupent de l'indigence, ne sont pas impliquées dans la gestion du régime. 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, les montants 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.

Les mutuelles de santé sont aujourd'hui au nombre de 164 et couvrent moins de 3% de la population totale. Une politique en cours vise à harmoniser leur paquet de soins et à subventionner la cotisation de leurs adhérents. La mutualisation de leurs fonds n'est pas abordée de manière systémique, mais une trentaine d'entre elles la réalise déjà au sein de l'Union Technique de la Mutualité UTM.

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

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

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

In fine, le « système » génère par lui-même beaucoup d'inefficiences dans l'utilisation des ressources et favorise l'iniquité à la fois dans le financement et dans l'accès aux soins de santé. Sur ce dernier

point en effet, la contribution des ménages au financement de la santé, qui est réalisée sur la base de paiements directs et de cotisations peu mutualisées, ne se fait pas selon leur capacité à payer.

b. Quelques indications sur les dépenses de santé

En 2011, le PIB du Mali était d'environ 5.200 milliards de FCFA. Les **dépenses publiques de santé** s'élèvent à FCFA 116 milliards ou 166 milliards⁵ selon que l'on comptabilise ou non les fonds destinés à la fonction santé et distribués aux « autres Ministères »⁶. Les dépenses publiques en santé représentent donc 3,3% du PIB selon ce second chiffre. Selon le Ministère de l'Economie et des Finances, **la part du budget santé de l'Etat** est donc de 15,7% ; mais 30% de cette part n'est pas gérée par les départements du secteur de la santé. On note également que les dépenses publiques en santé sont largement soutenues par **l'aide internationale** puisque le financement des PTF représente environ la moitié de celles-ci en 2010.

D'après les chiffres disponibles, la dépense publique de santé représente 52% des dépenses totales de santé; la différence est surtout constituée des **dépenses directes des ménages (44% du total)**. Les **cotisations** du secteur privé aux mécanismes d'assurance maladie sont limitées, estimées à moins de 13 milliards (soit environ 4% du total des dépenses totales de santé). Dans ces circonstances, il n'est pas étonnant que le Mali connaisse une incidence de dépenses catastrophiques parmi les plus élevées, à 19%⁷. Enfin, les **dépenses de santé par an et par habitant**, sont, au Mali, d'environ 40 \$.

Pour ce qui concerne **les allocations des ressources publiques**, l'état des lieux révèle une distribution relativement éloignée des intentions. Le niveau déconcentré, qui couvre tous les coûts opérationnels, n'obtient que 29% du financement des 3 Ministères, soit à peu près la moitié du montant prévu selon le scénario moyen du cadre des dépenses à moyen terme CDMT⁸. De même, il était prévu que seul 20% de la part du niveau déconcentré soit alloué aux régions contre 80% aux niveaux inférieurs - districts (32%) et communes (48%) -, mais il s'avère que les financements peinent à être distribués à ces niveaux les plus déconcentrés.

Tableau 5 : quelques indicateurs

	2011
PIB (milliards de FCFA)	5.229
Part de la santé dans le budget de l'Etat versée au secteur - hors « autres Ministères » et hors subventions à la couverture du risque maladie	9,40%
Budget santé de l'Etat versé au secteur (milliards de FCFA) hors subvention à la couverture du risque maladie	116
Budget de l'Etat pour subventionner la couverture du risque maladie (milliards de FCFA)	16
Part de la santé dans le budget de l'Etat versée au secteur - hors « autres Ministères » - en incluant les subventions à la couverture du risque maladie dont les subventions au paquet (universel) de soins de base	10,90%
Dépenses en santé par an et par habitant	40 \$
Dépenses totales de santé (milliards de FCFA)	320
Dépenses publiques dans le totale des dépenses santé	52%
Paiement direct des ménages dans le total des dépenses santé	44%
Cotisations du privé à l'AM	4%
Dépenses publiques pour l'AM dans le total des dépenses de santé	4,20%
Part de l'Assurance Maladie dans le total des dépenses santé	8,20%
Couverture de la population en assurance maladie	10%
Incidence des dépenses catastrophique	19%

⁵ A partir des données collectées auprès de la DBG, de la DNTCP

⁶ Autres Ministères que celui de la Santé, celui des Affaires Sociales et celui de la Famille, qui sont les trois Ministères du secteur santé bénéficiant de la structure commune de planification CPS. Les autres Ministères concernent en particulier le Ministère des Armées et celui de l'Education.

⁷ Sambo et al. International Archives of Medicine 2013, 6:10 ; <http://www.intarchmed.com/content/6/1/10>

⁸ Evaluation du plan de développement sanitaire et social, Août 2011, p 49

c. Analyse institutionnelle et organisationnelle des fonctions et défis principaux

1er. Mobilisation des ressources

Un point positif de la mobilisation des ressources concerne la capacité d'absorption, puisque de 2009 à 2011 les taux de mobilisation et d'exécution des ressources du programme de développement sanitaire et social PRODESS ont été en moyenne respectivement de 90% et de 95%.

Mais si le financement global a connu une augmentation de 2005 à 2007, on a assisté à sa baisse continue à partir de 2008 due à la diminution de la contribution des PTF non compensée par l'accroissement des allocations du budget d'Etat. La dépendance de l'Etat pour le financement de la santé montre à l'évidence que la reprise des relations de coopération doit s'accompagner d'une réaffirmation du leadership du gouvernement pour la maîtrise des circuits de financement. L'Etat affirme une intention particulière à ce que les engagements pris pour l'alignement de l'aide soient respectés de toutes les parties, notamment de celles qui ont signé le document «COMPACT».

La mobilisation des cotisations dans le cadre de l'Assurance Maladie rencontre plusieurs problèmes institutionnels et organisationnels. Tout d'abord, le caractère obligatoire et donc universel n'est pas affirmé. Ensuite, l'assurance maladie se développe sur la base de différents mécanismes mis en place pour des cibles différentes, avec une vision stratégique selon laquelle différents régimes seront fixés et harmonisés. La mobilisation des ressources est donc actuellement sous-optimale et d'un coût administratif élevé. Enfin la mobilisation des cotisations pour le secteur informel souffre des limites de capacités contributives : les cotisations attendues des populations du secteur non pauvre semblent au-dessus des possibilités d'une majorité d'entre elles, et encore les démunis ne seront couverts contre le risque maladie que si l'Etat couvre les prises en charge. L'organisation de la collecte est somme toute, à l'heure actuelle, un obstacle important à l'efficacité et au développement de la couverture universelle.

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

2e. Mise en commun

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

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

De nombreuses exemptions de paiement ont été introduites pour essayer de réduire les barrières

financières d'accès aux services de santé, qui à ce jour limitent d'autant la mutualisation des fonds et la mise en œuvre d'une politique claire pour la prise en charge des bénéficiaires et des bénéficiaires.

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

3e. Achat

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

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

2. Analyse de la performance du système de financement de la santé

a. Utilisation des services

L'utilisation des services reste faible et ne progresse que très lentement au cours des 5 années, de 2006 à 2010. On remarque même qu'elle a légèrement baissé de 0,33 nouveau contact/habitant/an en 2009 et en 2010, à 0,32 nouveau contact/habitant/an. Ce sont les enfants de moins de 5 ans qui utilisent le plus les services avec 0,57 nouveau contact/habitant/an en 2009 et 0,59 nouveau contact/habitant/an en 2010.

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

- la discontinuité et la mauvaise qualité des soins en lien avec l'insuffisance de personnel qualifié à tous les niveaux (toutes les catégories confondues excepté dans le district de Bamako),
- la faiblesse du niveau d'instruction des communautés rurales entraînant leur faible participation ou adhésion à la mise en œuvre de certains programmes de santé,
- au sous-équipement de certains établissements de santé notamment au niveau opérationnel,
- l'inaccessibilité des zones enclavées,
- l'obstacle financier bien entendu, établi comme première cause de l'exclusion des soins.

b. 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 avec moins de 5Km à parcourir. Mais ces chiffres cachent des disparités.

Les différences entre les zones rurales et la capitale sont criantes d'ailleurs dans les résultats, notamment en ce qui concerne la mortalité infanto juvénile (respectivement de 234‰ contre 108‰).

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

Même les mesures d'exemption générale qui visent à abattre les barrières d'accès financier aux services de santé ne profitent pas équitablement aux différentes franges de la population. « *L'exemption de paiement pour la césarienne semble profiter plus au groupe socioéconomique le plus riche. On estime que 24% des femmes ayant accouché par césarienne appartiennent au groupe de bas niveau socioéconomique. Cela semble plus remarquable à Kayes, Sikasso, Koulikoro et les régions du Nord* »⁹.

c. Efficience

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

d. Conclusion sur la performance du système de financement de la santé

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

Une autre approche de l'évaluation consiste à utiliser des indicateurs qui révèlent une faiblesse systémique. Cette évaluation n'est plus la mesure directe d'une faillite, mais la mesure d'un indicateur que l'expérience traduit en défis certains. En premier lieu, on retient que la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses en santé est très élevée, et l'on sait par l'expérience internationale que le système de financement atteint d'autant moins ses objectifs que ce niveau est fort. De même, il est compris que l'affectation de 10,9% du budget de l'Etat aux Ministères en charge du secteur est trop faible pour permettre des avancées substantielles en matière de couverture universelle. Encore, il est reconnu que si la moitié des dépenses publiques de santé proviennent de l'aide internationale, le système n'est point pérenne.

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

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

⁹ Extrait Synthèse des rapports d'activités du programme opérationnel 2010 et programmation 2012 du PRODESS

V. Définition de la Politique

1. Contribution attendue de la politique aux objectifs du financement de la santé

a. Mobilisation des ressources efficace, équitable, soutenable

L'essentiel du financement de la santé doit être public, et interne. Ceci promet des ressources plus équitables et plus soutenables. Des objectifs ont été fixés quant à la part du budget de l'Etat consacré aux Ministères en charge du secteur de la santé, qui sont clairs et réalistes (16% en 2023). Il est entendu que si les départements entendent recevoir davantage de financements publics pour assurer la qualité de l'administration du secteur et de l'offre de soins publique, ils en sont également redevables ; aussi l'objectif de mobilisation de ressources publiques supplémentaires et celui de bonne gouvernance financière sont-ils intimement liés.

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

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

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

b. Réduction des barrières financières

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

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

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

c. Utilisation judicieuse des ressources

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

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

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

2. Faisabilité

Un certain nombre de conditions sous-tendent la faisabilité de la mise en œuvre de la présente politique.

Sur **le plan politique** tout d'abord, il s'agira d'assurer dans la continuité un engagement fort de l'Etat pour le développement de la couverture universelle. Celle-ci est évidemment conditionnée par la stabilité, le développement du pays, sa sécurité, et le renforcement de l'Etat légitime et social. Mais en outre, le développement de la couverture universelle participe de ces éléments structurels, et de manière fondamentale. Il s'agira donc de nourrir le rapport entre la mise en œuvre de la politique de financement de la santé et la construction d'un Etat de droit et social auquel elle participe.

Sur **le plan financier**, la mise en œuvre de la politique s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses : une croissance économique tout d'abord (d'au moins 4% par an), mais aussi la priorisation de l'assurance maladie universelle dans les chantiers nationaux, encore une fois sur la base de sa plus-value sociale et économique et bien au-delà de ses bénéfices purement « sanitaires ». Sans doute, il sera utile d'envisager des mécanismes de financement innovant pour assurer le subventionnement de l'assurance maladie universelle et plus globalement du financement du développement de la couverture universelle.

Pour ce qui concerne **les aspects institutionnels et juridiques**, la politique requiert des actes importants. En premier lieu, une révision des textes régissant les exemptions de paiement et les régimes d'assurance maladie. Sur ce second domaine, les statuts et mandats de l'UTM, de l'ANAM et de la CANAM devront être revus. Une instance de régulation devra être créée, de même que la loi sur le régime de base. La question du dialogue intersectoriel en général, et de la coordination des Ministères en particulier, avec la CPS en son cœur, pourront faire l'objet d'aménagements organisationnels, voire institutionnels.

Enfin la politique **pourra être mise en œuvre** aux conditions de capacité et de mobilisation de leadership, d'organisation, de responsabilité, d'engagement, de suivi et d'évaluation à la hauteur des ambitions.

3. Description de la stratégie proposée

a. Vision, objectifs principaux, principes

La vision portée par le présent document est la suivante :

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

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

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

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

- Solidarité
- Equité
- Responsabilité
- Transparence et redevabilité
- Efficacité et efficience
- Pérennité

L'objet du présent document se définit ainsi :

« Définir les orientations du système de financement de la santé pour le développement de la couverture universelle ».

b. Axes stratégiques¹⁰

1er. Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle

1.1 Augmenter le niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé

Il est entendu que d'autres Ministères que ceux du secteur couvrent certaines activités santé, tels le Ministère de l'Education ou celui des Armées. Dans le cadre de la politique de financement pour la couverture universelle, il s'agit de s'assurer que la part du budget de l'Etat consacrée au secteur santé, *versée aux Ministères du secteur*, y compris les *subventions à la couverture du risque maladie* atteindra 18% en 2023. Ce montant acquis aux trois Ministères, de CFA 116 milliards en 2011 (11% du budget d'Etat), atteindra CFA 290 milliards en 2023, ce qui permettra d'améliorer progressivement la qualité de la politique sanitaire et l'offre de soins publique, de faire face à la croissance démographique importante du pays, et de participer de la cohésion sociale et nationale. Le niveau des subventions des collectivités territoriales au financement de la santé pourrait également augmenter.

1.2 Mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle

Il s'agit de promouvoir l'assurance maladie universelle comme un projet national de développement et de solidarité. Il faudra pour ce faire instaurer une taxation spécifique dédiée au financement de l'AMU qui rende son développement pérenne. Une telle mesure prendra en compte la situation économique des populations maliennes : elle est envisagée dans le cadre du renouveau économique, et dans le sens d'une justice fiscale. L'atteinte d'une couverture de 45% de la population par un

¹⁰ Cf. en annexe le cadre logique simplifié qui reprend le narratif ci-après sous la forme d'un tableau.

paquet de soins de base en 2023 requiert un appui de l'Etat progressif, estimé à FCFA 10 milliards en 2015, 50 milliards en 2020, 84 milliards en 2023 (0,95% du PIB à cette date)¹¹.

Ce montant servira à subventionner totalement le paquet de soins de base pour 5% de la population considérée comme démunie, et à 80% ce même paquet pour 30% de la population issue du secteur informel non pauvre. Ce financement devra être acquis au-delà du budget actuel de l'Etat, tant il vrai qu'il s'agit de construire une société forte et solidaire en puisant dans le secteur productif pour assurer l'accès à tous à des services de santé de base.

Tableau 6 : Prévision d'évolution de la couverture maladie

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total couverture	7%	12%	16%	28%	31%	33%	36%	39%	41%	43%	45%
Subvention en milliards FCFA	1,98	5,46	9,69	16,63	23,04	30,88	39,42	49,94	59,60	71,65	84,11

Les autres risques maladie couverts par le financement public (part patronale à l'AMO, VIH/SIDA, vaccination) atteindraient par ailleurs une somme de 21 milliards en 2023 (pour 16,5 milliards en 2011) dans l'hypothèse d'une politique « bénéfiques / bénéficiaires » peu différente de celle d'aujourd'hui.

1.3 Augmenter le volume des financements extérieurs prévisibles et maîtrisables

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

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

2e. Garantir une meilleure allocation des ressources

2.1 Mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficience et d'équité

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

2.2 Développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates

Le rapport de l'offre à la demande sera amélioré par un effort particulier sur les conditions de l'offre et de la tarification. Pour ce faire, une intervention stratégique consistera à réviser les missions de l'ANEH pour prendre en compte l'accréditation de l'ensemble du système de santé. En général, on

¹¹ Sur la base des projections nationales des prochaines années, extrapolées jusqu'en 2023.

visera à l'amélioration de la gestion hospitalière et des prestataires de services de santé publics notamment au niveau du recouvrement, du système d'information, de la transparence, et de l'efficacité. L'effort devra se déployer jusqu'à l'amélioration des conditions de tarification des actes et médicaments, notamment celles assurant la transparence, l'harmonisation, la visibilité, et la redevabilité. Les tarifications au forfait seront largement promues, en lien avec la rationalisation des prescriptions. Autant que nécessaire, des formations en management devront être assurées pour le personnel de santé.

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

2.3 Prendre en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l'allocation des ressources

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

2.4 Développer une politique avec le secteur privé dans le sens de l'intérêt des populations

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

3e. Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet

3.1 Organiser l'institutionnalisation de l'Assurance Maladie Universelle

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

3.2 Instaurer un paquet de base de couverture universelle pour tous

Une orientation stratégique consistera à mettre en place un paquet de soins pour tous ou « paquet de base » et à en assurer la prise en charge financière par l'État à hauteur de 100% pour les démunis,

à hauteur de 80% du paquet de soins pour les populations du secteur informel. La part de la population considérée comme démunie est établie à 5% dans un premier temps.

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

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

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

Selon les perspectives établies, la couverture en 2023 atteindra 45% de la population, dont la totalité du secteur formel, plus de 1 million de démunis, et plus de 5 millions d'assurés du secteur informel non pauvre.

3.3 Intégrer progressivement les gratuités à l'Assurance Maladie

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

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

4e. Améliorer la gouvernance financière

4.1 Mettre en place un dispositif de gestion stratégique de l'information financière

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

4.2 Améliorer l'efficacité dans la gestion des financements

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

4.3 Améliorer la redevabilité

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

4.4 Renforcer l'environnement institutionnel pour un financement durable

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

c. Suivi-évaluation

1e. Dispositif de suivi

Un suivi systématique de la politique de financement de la santé pour la couverture universelle sera effectué pour garantir au fil du temps qu'elle est en train d'évoluer vers l'atteinte des résultats escomptés. Ainsi une liste d'indicateurs a été dressée pour permettre de jauger l'état de mise en œuvre de ladite politique. Pour ce faire, un niveau de base est renseigné pour servir de point de référence à partir duquel les projections sont faites pour les années à venir jusqu'en 2023.

Par ailleurs, un nombre restreint de ces indicateurs sera intégré au cadre commun de suivi des composantes de la première phase quinquennale du PDDSS.

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

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

Chaque département ministériel du secteur de la santé suivra les éléments de la politique en lien avec les domaines particuliers de sa propre responsabilité. Les sujets d'intérêts transversaux seront traités de façon concertée et arbitrés lors des instances citées plus haut.

Le suivi technique relève de la responsabilité des acteurs suivants :

- la CPS sur l'ensemble de la politique;
- les Directions sur leurs domaines de compétences.

2e. Mécanismes d'évaluation

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

Une évaluation externe de la politique de financement de la santé pour la couverture universelle sera effectuée tous les trois ans. Une première évaluation sera réalisée en 2015 en même temps que celle des composantes de la première tranche quinquennale du PDDSS qui prendront en compte les recommandations y afférentes.

3e. Indicateurs

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

Tableau 7 : Indicateurs de la politique de financement de la santé et leurs objectifs

Indicateurs 1.1	Dépenses totales de santé par habitant
	Part du budget d'Etat consacré à la santé (en dehors du secteur santé et des fonds de la couverture du risque maladie)
	Pourcentage des dépenses intérieures sur les dépenses totales de santé
	Pourcentage des dépenses des ménages sur les dépenses totales de santé
Indicateurs 1.2	Pourcentage de population couverte par le système de tiers payant pour les services de santé
	Pourcentage de démunis bénéficiant de couverture du risque maladie
	Montant total du financement du budget d'Etat consacré à la couverture des mécanismes du risque maladie
Indicateurs 1.3	Pourcentage de l'aide extérieure sur les dépenses totales de santé
	Montant de l'aide extérieure affectée à la santé, le budget et l'aide budgétaire sectorielle
	Pourcentage de l'aide extérieure allouée à la couverture maladie pour les pauvres et les groupes vulnérables
Indicateurs 2.1	Proportion de ressources transférées aux régions et districts sur la base d'une formule d'allocation des ressources basées sur le niveau de la population, de pauvreté et le poids des maladies
	Allocation de ressources basées sur le niveau de population, de pauvreté et le poids des maladies
	Proportion d'aires de santé disposant du paquet minimum d'activités par zone de pauvreté
	Indices d'utilisation des services par zone de pauvreté, par catégorie socioprofessionnelle, par sexe
Indicateurs 2.2	Disponibilité des tarifs actualisés pour le remboursement des services de santé aux prestataires de services qui reflète le coût de leur service
	Proportion de prestataires publics, privés accrédités suivant les normes de qualité
	Nombre et proportion de prestataires pratiquant une tarification forfaitaire
	Proportion de prestataires dont les tarifs ne sont pas conformes aux normes
Indicateurs 2.3	Existence de cadre de concertation intersectorielle et leurs décisions
	Mise en place d'outils de suivi-évaluation de l'affectation des ressources aux priorités et au renforcement de la résilience
	Pourcentage de dépenses de santé consacrées à la prévention et à la promotion de la santé
Indicateurs 2.4	Existence d'un cadre de concertation Public Privé et ses productions
Indicateurs 3.1	Existence des textes régissant l'AMU
Indicateurs 3.2	Proportion de la population disposant d'une assurance maladie
	Part de l'assurance maladie universelle dans les dépenses totales de santé
	Proportion du tiers payant dans le recouvrement des centres de santé conventionnés
	Nombre de démunis pris en charge et nombre d'assurés subventionnés
	Montant des subventions à l'AMU
	Proportion de communes dotées d'une mutuelle de santé
Indicateurs 3.3	Nombre de réseaux de mutuelles (faitières et fédérations) conformes au plan de développement de la stratégie nationale d'extension de la couverture maladie par les mutuelles de santé
	Existence de textes législatifs et réglementaires intégrant les gratuits dans l'AMU
	Existence d'une politique de "bénéfices/bénéficiaires"
Indicateurs 4.1	Existence d'un texte instituant les comptes nationaux de la santé CNS
	Existence d'outils de suivi de performance de la gestion financière
Indicateurs 4.2	Existence de règles sur le rapportage financier
Indicateurs 4.3	Nombre de rapports d'audit financiers produits, publiés
Indicateurs 4.4	Proportion de concertations inter sectorielles tenues

VI. Annexes

1. Indicateurs principaux 2011 et objectifs 2023

Indicateurs	2011	2023
PIB (milliards de FCFA)	5.229	7.442
Part de la santé dans le budget de l'Etat versée au secteur - hors « autres Ministères » et hors subventions à la couverture du risque maladie	10,8%	16%
Budget santé de l'Etat versé au secteur (milliards de FCFA) hors subvention à la couverture du risque maladie	116	175
Budget de l'Etat pour subventionner la couverture du risque maladie (milliards de FCFA)	16	71
Part de la santé dans le budget de l'Etat versée au secteur - hors « autres Ministères » - en incluant les subventions à la couverture du risque maladie dont les subventions au paquet (universel) de soins de base	10,9%	17,8%
Dépenses en santé par an et par habitant	40 \$	
Dépenses totales de santé (milliards de FCFA)	320	
Dépenses publiques dans le totale des dépenses santé	52%	
Paiement direct des ménages dans le total des dépenses santé	44%	36%
Cotisations du privé à l'AM	4%	
Dépenses publiques pour l'AM dans le total des dépenses de santé	4,2%	
Part de l'Assurance Maladie dans le total des dépenses santé	8,2%	
Couverture de la population en assurance maladie	10%	45%
Incidence des dépenses catastrophique	19%	<10%

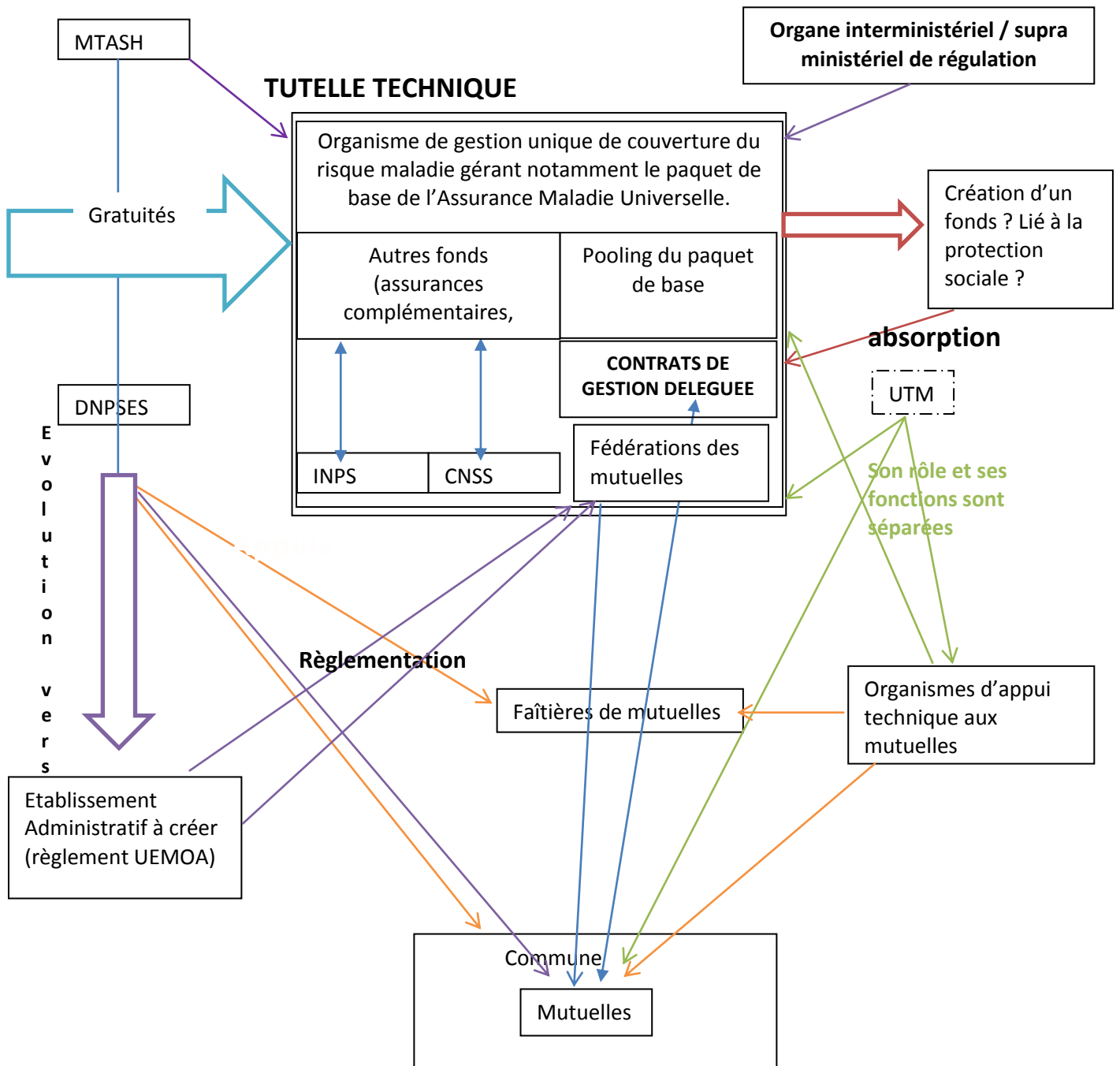
2. Cadre logique simplifié

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Interventions stratégiques
OS 1. Améliorer le niveau de financement public pour le développement de la couverture universelle	1.1 Augmenter le niveau des financements publics dédiés au secteur de la santé	Assurer que la part du budget de l'Etat consacré au secteur santé atteint au moins 15%
		Augmenter le niveau des subventions des collectivités territoriales au financement de la santé
	1.2 Mobiliser des ressources spécifiques pour subventionner l'assurance maladie universelle	Promouvoir l'assurance maladie universelle comme un projet national de développement et de solidarité
		Instaurer une taxation spécifique dédiée au financement de l'AMU qui rende son développement pérenne
	1.3 Augmenter le volume des financements extérieurs prévisibles et maîtrisables	Améliorer la maîtrise du dialogue sectoriel
		Assurer l'alignement des PTF sur les politiques du secteur et améliorer la fongibilité de leurs financements avec les financements d'Etat
		Encourager le jumelage et la coopération décentralisée.
OS 2. Garantir une meilleure allocation des ressources	2.1 Mettre en place un système d'allocation des financements sur la base d'objectifs d'efficience et d'équité	Elaborer des outils de planification stratégique comme le plan décennal, le programme quinquennal et le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT)
		Favoriser la qualité et l'efficience de la prestation des services ; augmenter la capacité de production des soins par les structures de santé
		Réglementer le système d'allocations sur la base des contrats de performance
		Renforcer l'équité et l'accessibilité financière aux soins de santé au profit du secteur informel et rural; étendre la couverture aux zones insuffisamment pourvues
		Assurer la disponibilité de RH compétentes en gestion à tous les niveaux
	2.2 Développer la certification & la mise en place de modalités de tarification adéquates	Réviser les missions de l'ANEH pour prendre en compte l'accréditation du système de santé
		Améliorer la gestion hospitalière et des prestataires de services de santé publics en général notamment au niveau du recouvrement, du système d'information, de la transparence, et de l'efficience
		Mettre en place des formations en management et gestion du personnel de santé en fonction des besoins
		Améliorer les conditions de tarification, notamment la transparence, harmonisation, visibilité, redevabilité
	2.3 Prendre en considération les priorités du secteur et le contexte national dans l'allocation des ressources	Assurer un lien entre allocations et priorités du secteur, avec une attention particulière à la prévention
		Développer les cadres de concertation intersectoriels requis par certaines priorités sanitaires (eau et assainissement, lutte contre la malnutrition, éducation à la santé...)
		Donner les moyens nécessaires au renforcement de la résilience
	2.4 Développer une politique avec le secteur privé dans le sens de l'intérêt des populations	Organiser un cadre de concertation avec le secteur privé
Améliorer le rôle de régulation du secteur par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique		
Développer les partenariats public-privé dans le sens de l'intérêt général		

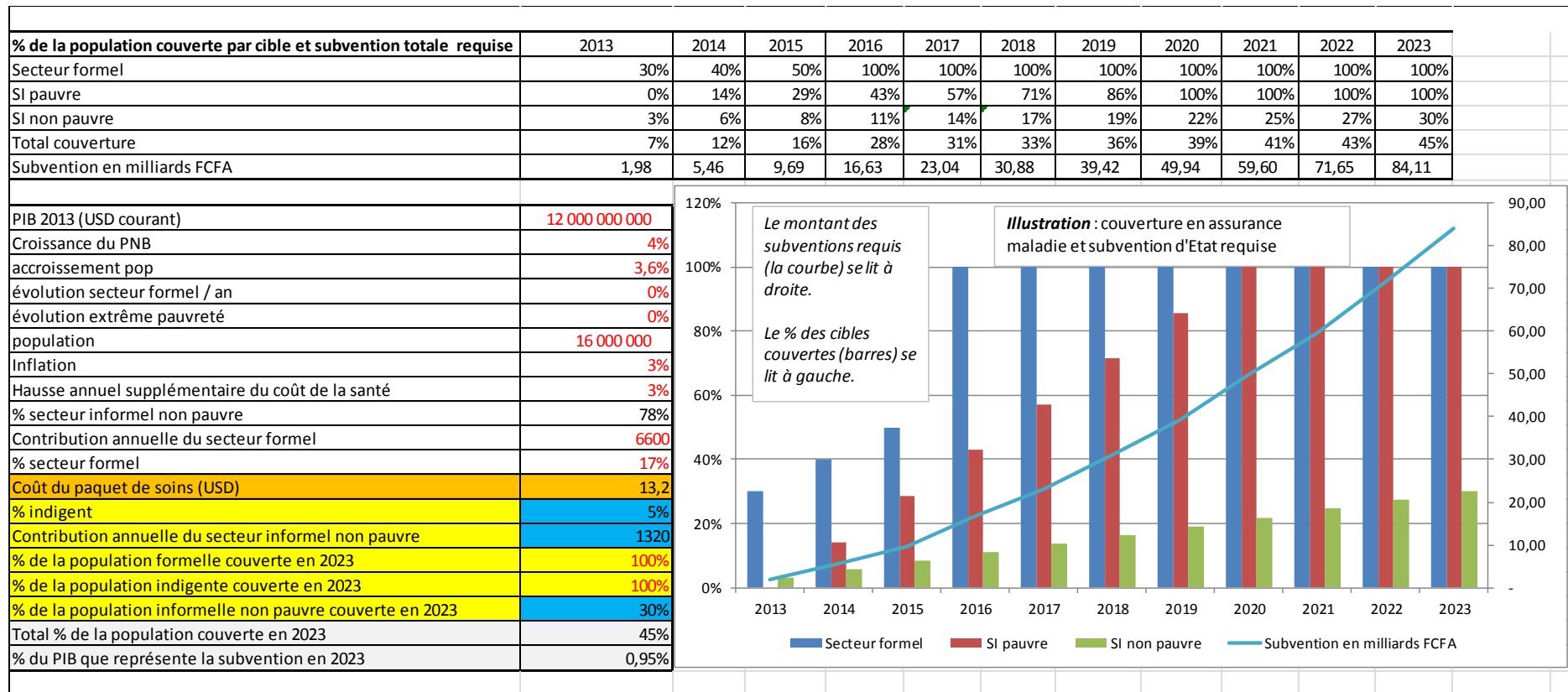
<p style="text-align: center;">OS 3 Mettre en place l'Assurance Maladie Universelle au moyen d'un dispositif adapté, cohérent et complet</p>	<p>3.1 Organiser de l'institutionnalisation de l'Assurance Maladie Universelle</p>	Mandater la CANAM pour développer l'assurance maladie universelle
		Légiférer la mise en place d'un régime d'assurance maladie de base pour tous
		Mettre en place une instance de régulation interministérielle de l'assurance maladie
		Mettre en place un organisme de collecte et de gestion financière séparé de l'organe de gestion du risque
		Mettre en place un pool unique pour le régime de base
	<p>3.2 Instaurer un paquet de base de couverture universelle pour tous</p>	Mettre en place un paquet de soins pour tous ou « paquet de base »
		Assurer la prise en charge financière par l'État du paquet de base à hauteur de 100% pour les démunis, à hauteur de 80% pour les populations du secteur informel.
		Favoriser le développement des régimes complémentaires
		Développer une stratégie d'achat des services de santé garantissant la maîtrise des coûts et la qualité des soins pour les assurés.
		Renforcer les capacités de l'organe administratif en charge des mutuelles sociales
		Impliquer les collectivités territoriales dans le développement de l'assurance maladie (secteur informel et assurés démunis)
		Appuyer les initiatives de création des mutuelles communales, unions des mutuelles de district, fédérations régionales et fédération nationale pour la couverture du secteur informel et rural
		Appuyer financièrement les structures d'appui technique aux mutuelles
		Établir par la CANAM des contrats de gestion déléguée avec des structures faitières de mutuelles (UTM par exemple) pour le déploiement du système
		Favoriser progressivement le pooling maximal des fonds dédiés à la prise en charge du secteur informel
	<p>3.3 Intégrer progressivement les gratuités à l'Assurance Maladie</p>	Assurer une proximité entre l'organisme de gestion et les populations au niveau local
		Procéder aux évaluations techniques nécessaires des initiatives de « gratuité » (CS, palu notamment)
		Organiser des concertations sous pilotage interministériel et leadership du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique pour la définition d'une politique de gratuité (bénéfices / bénéficiaires) avec mobilisation systématique de lignes de crédit.
		Mettre en conformité les textes avec les choix effectués
		Renforcer les systèmes de prise en charge verticaux pour plus de maîtrise et d'efficacité tout en transférant le paiement aux prestataires à l'organisme d'assurance maladie pour les assurés.
Aller vers une prise en charge des maladies chroniques choisies (« maladies sociales ») financées par l'Etat par l'assurance maladie avec gestion du risque séparé		

OS 4 Améliorer la gouvernance financière	4.1 Mettre en place un dispositif de gestion stratégique de l'information financière	Mettre en place un mécanisme de production et de diffusion de l'information de gestion financière.
		Institutionnaliser les Comptes Nationaux de la Santé et développer leur analyse
		Améliorer les outils d'aide à la prise de la décision
	4.2 Améliorer l'efficacité dans la gestion des financements	Améliorer la maîtrise des procédures de l'Etat et des Partenaires Techniques et Financiers
		Renforcer les capacités en gestion financière, en planification, et en élaboration et exécution du budget à tous les niveaux du système de santé
	4.3 Améliorer la redevabilité	Renforcer le suivi, le contrôle et les audits internes et externes de la gestion des ressources matérielles et financières ainsi que la lutte contre la corruption
		Instaurer un mécanisme permanent de redevabilité
	4.4 Renforcer l'environnement institutionnel pour un financement durable	Impliquer d'avantage les collectivités territoriales dans le suivi et le contrôle des mesures prises par l'Etat
		Favoriser l'implication de la société civile dans son rôle de contre-pouvoir pour la négociation de tarifs adéquats et la qualité des prestations des structures sanitaires
		Impliquer les groupes vulnérables dans le processus de prise décision et assurer une meilleure représentativité du genre dans les organes décisionnels
Améliorer le cadre de concertation et de coordination entre les Ministères du secteur et le Ministère chargé des finances.		

3. Architecture de l'Assurance Maladie à terme (2023)



4. Croissance de la couverture de la population par l'Assurance Maladie Universelle et subventions d'Etat requises



Hypothèses :

- Paquet (universel) de base à FCFA 6.600 par habitant, avec un coût évoluant au rythme de +6% par an ; 5% de la population totalement pris en charge ; la population du secteur formel (17%) paie exactement le prix du paquet de base ; la population du secteur informel non pauvre (78%) contribue à hauteur de 20% du coût du paquet de base (FCFA 1.320 par habitant en année 2, ajusté tous les 3 ans) ; la totalité du secteur formel est couverte dès 2016 (en bleu) ; la totalité des démunis est couverte en 2020 (en rouge) ; la population du secteur informel non pauvre est couverte à hauteur de 30% en 2023 (en vert).

Résultats et coût :

- 45% de la population totale couverte en 2023, y compris 35% de la population informelle.
- 84 milliards de subvention est payé en 2023 (1% du PNB) : courbe en bleu