



Organisation Mondiale de la Santé



*Ministère de la solidarité, de l'Action
humanitaire et de la reconstruction du
Nord*

Développement d'un panier de soins de base au Mali

*Rapport de l'étude conduite pour le Ministère de la
Solidarité, l'Action humanitaire et la Reconstruction du
Nord avec l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé.*

Alain Letourmy

Economiste, chercheur honoraire au CNRS

Octobre 2014

Sommaire

Sommaire	3
Acronymes.....	5
Liste des tableaux.....	6
Remerciements	7
Résumé exécutif.....	8
Introduction.....	17
1- Objectifs de l'étude	17
2- Méthodologie suivie.....	18
3- Hypothèses de travail.....	18
4- Plan du rapport.....	19
Première partie : de la situation actuelle de la couverture maladie à la CRMU	20
1- La CRMU et l'état de la couverture maladie	20
1-1 La construction de la CRMU et la politique menée pour donner une couverture maladie à la population	20
1-2 Premiers constats sur l'existant	20
1-3 Etat de la protection maladie : les institutions	21
1-3-1 La CANAM et les OGD de l'AMO	21
1-3-2 L'ANAM	23
1-3-3 Les mutuelles et l'UTM	23
1-3-4 Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique	24
1-4 Etat de la protection maladie : le champ personnel	25
1-5 Etat de la protection maladie : champ matériel.....	26
1-6 Etat de la protection maladie : le financement de la couverture, les recettes et les dépenses	27
2- La CSU au Mali : là où l'on veut arriver	28
2-1 Où l'on veut arriver	28
2-2 Ce que cela implique	29
2-3 Orientations pour l'action	30
2-3-1 Une organisation renforcée avec un fort potentiel de développement.....	30
2-3-2 Une couverture unifiée	30
2-3-3 Le rôle de l'Etat malien	30
2-4 Fonctions associées au financement par la demande et à la mise en place d'une offre publique de couverture maladie	31
3- Performances des institutions participant à la couverture maladie existante	32

3-1 Les institutions gérant l'AMO.....	32
3-1-1 La CANAM	32
3-1-2 Les OGD.....	34
3-2 L'ANAM	35
3-3 L'UTM et les mutuelles.....	36
3-4 Forces et faiblesses des organismes existant du point de vue de l'exécution des fonctions techniques de l'AMU	38
Seconde partie : Propositions relatives au panier de soins et à la couverture maladie du secteur informel	40
1- Mesures de renforcement du dispositif existant	40
1-1 Les organismes participant à l'AMO.....	40
1-2 Les mutuelles et l'UTM.....	41
1-3 Le RAMED.....	42
2- Le panier de soins de référence pour l'AMU.....	44
3- Pour aller vers l'AMU : des propositions clés d'architecture institutionnelle dans un contexte d'obligation.....	48
3-1 Une institution faîtière créée à partir de la CANAM	49
3-2 La couverture maladie du secteur informel dans le cadre de la CRMU.....	50
3-3 L'AMU pour les Indigents et l'intégration des dispositifs de gratuité dans l'AMU	52
4- La couverture maladie du secteur informel : compléments	54
5- Compléments et précisions sur la CRMU	56
5-1 Le Fonds national de l'AMU	56
5-2 La CANAM redéfinie	57
5-3 L'UTM redéfinie et renforcée.....	58
6- Ce qu'il faut faire	59
6-1 Aspects juridiques	59
6-2 Aspects institutionnels.....	59
6-3 Aspects financiers	61
6-3-1 Le coût de fonctionnement.....	61
6-3-2 Coût d'investissement.....	62
Conclusion : recommandations pour le pilotage du processus	63
Références.....	65

Acronymes

AMO	Assurance maladie obligatoire
AMU	Assurance maladie universelle
AMV	Produit <i>Assurance maladie volontaire</i> de l'UTM
ANAM	Agence nationale d'assistance maladie
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CANAM-U	Caisse nationale d'assurance maladie universelle
CMSS	Caisse malienne de sécurité sociale
CPS	Cellule de planification sanitaire
CRM	Couverture du risque maladie
CRMU	Couverture du risque maladie universelle
CSCom	Centre de santé communautaire
CSRef	Centre de santé de référence
CSU	Couverture sanitaire universelle
CT	Collectivité territoriale
DCI	Dénomination commune internationale
DG	Directeur général
DNAS	Direction nationale de l'action sociale
DNPSDS	Direction nationale de la protection sociale et du développement social
DNS	Direction nationale de la santé
EPA	Etablissement public administratif
FS	Formation de santé
HN	Hôpital national
HR	Hôpital régional
INPS	Institut national de prévoyance sociale
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MDSSPA	Ministère du développement social, de la solidarité et des Personnes âgées (ex-MSAHRN)
MSAHRN	Ministère de la solidarité, de l'Action humanitaire et de la reconstruction du Nord
MSHP	Ministère de la Santé et de l'hygiène publique
OG	Organisme gestionnaire
OGD	Organisme de gestion délégué
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P4H	Partners for Health
PTF	Partenaire technique et financier
RAMED	Régime d'assistance maladie
SNEM	Stratégie nationale d'extension par les mutuelles
Tdr	Termes de référence
TM	Ticket modérateur
UTM	Union technique de la Mutualité malienne

Liste des tableaux

Tableau 1 : les bénéficiaires des régimes d'assurance et d'assistance médicale (2013)

Tableau 2 : forces et faiblesses fonctionnelles des organismes existant dans la perspective de l'AMU

Tableau 3 : prestations payées par l'AMO du 1/1/2011 au 8/7/2014

Tableau 4 : effectifs de bénéficiaires et prestations payées par l'AMO de 2011 à 2013

Tableau 5 : dispositifs, services et cibles des dispositifs de gratuité à inclure dans l'AMU

Tableau 6 : options possibles de partage du coût du panier sans les soins gratuits

Tableau 7 : contribution de chacun au coût du panier

Remerciements

Le présent rapport a pu être réalisé grâce à l'appui au Mali de Monsieur Bigeard (OMS), du Docteur Cissé (OMS), de Monsieur Diallo (Chef du bureau des mutuelles du MSAHRN) et de Monsieur Haidara (Conseiller technique du Ministre au MSAHRN), qui ont organisé les rencontres et les réunions. La logistique de la mission a été assurée par la représentation de l'OMS à Bamako et ses aspects administratifs ont pu être réglés grâce à Monsieur Coulibaly et Madame Dembélé. Mes remerciements vont aussi à toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir et à ceux qui m'ont transmis des documents propres à leur organisme d'appartenance : Monsieur Coulibaly à l'ANAM, Monsieur Sangaré à la CANAM, et Monsieur Sissouma à l'UTM.

Résumé exécutif

Introduction

Le présent rapport rend compte de l'étude « *Développement d'un panier de soins de base au Mali* » et fait suite à la mission réalisée dans le pays du 1^{er} au 12 septembre 2014. L'objectif général de l'étude s'inscrit dans la construction de la Couverture sanitaire universelle au Mali. Les termes de référence de l'étude prévoient deux volets portant sur la couverture du risque maladie. L'un est consacré au panier de soins de base pour la CSU, l'autre à la couverture maladie du secteur informel. L'étude a replacé les deux volets des Tdr dans une réflexion d'ensemble sur la construction de l'AMU. Elle est partie des forces et faiblesses de l'existant, supposant que la Couverture du risque maladie universelle peut être conçue et mise en place en améliorant les dispositifs qui fonctionnent actuellement et en les complétant par des nouveaux qui combleront leurs lacunes. L'analyse fonctionnelle a été privilégiée pour construire la CRMU et il a été supposé que le processus de construction pouvait être divisé en deux phases, l'une consacrée au renforcement de l'existant et à l'étude des préalables juridiques en vue d'une réforme plus profonde ; l'autre à la mise en place de la réforme proprement. Le rapport comprend deux parties : 1^o une description de l'état de la couverture maladie qui débouche sur l'analyse des forces et faiblesses de l'existant, dans la perspective de la CRMU ; 2^o une série de propositions en vue de la construction de la CRMU. En conclusion quelques recommandations sont données pour le pilotage du processus.

Première partie : de la situation actuelle de la couverture maladie à la CRMU

La situation actuelle

Le premier constat est que, après le lancement en 2009 de l'Assurance maladie obligatoire pour le secteur formel et du Régime d'assistance médicale pour les indigents, il reste 78% de la population à couvrir par des régimes contributifs conçus à l'origine comme volontaires. Le deuxième constat est que la couverture mise en place par les textes de 2009 n'atteint pas encore ses cibles

Du point de vue des institutions, la protection maladie relève aujourd'hui de cinq organismes centraux fonctionnels, placés sous la tutelle du MSAHRN, quatre établissements publics administratifs : la Caisse nationale d'assurance maladie, l'Institut national de prévoyance sociale (INPS), la Caisse malienne de sécurité sociale, l'Agence nationale d'assistance médicale et un organisme privé mutualiste (UTM). Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique complète le dispositif central et gère les dispositifs de gratuité. En outre, un ensemble d'organismes décentralisés, constitué par environ 180 mutuelles ou unions mutualistes participe à la couverture.

En laissant de côté les bénéficiaires des dispositifs de gratuité, on constate que 57,9% des 638 700 personnes couvertes en 2013 étaient affiliées à l'AMO, 40,7% à des régimes mutualistes volontaires et 1,4% sont affiliés au RAMED. L'AMO couvrait moins de 14% de sa population cible, les mutuelles 2,2% et le RAMED 1,1%. Le taux global de couverture était de 4,1%.

L'AMO offre un panier de soins étendu. Les formations de santé du secteur public et du secteur communautaire sont conventionnées, ainsi qu'un certain nombre d'officines et de laboratoires privés. Il est prévu d'étendre prochainement la garantie à des cliniques privées. Le panier de soins initial de l'AMO avait déjà été étendu pour intégrer des médicaments sous forme de spécialités. La garantie de l'AMO se caractérise par une conception large des ayants droit, adaptée à la société malienne. Les parents de l'assuré sont aussi bénéficiaires des prestations, au même titre que les conjoints et les enfants de moins de 18 ans.

Pour les mutuelles, la garantie dépend de l'organisme. Pour les mutuelles de base, la tendance générale est à une garantie réduite en termes de prestations et d'établissements conventionnés. L'UTM offre sa propre garantie (le produit *AMV*), qui est beaucoup plus complète. En principe, l'adhésion à l'*AMV* est familiale, mais, comme la cotisation est par tête, il est fréquent que toute la famille ne soit pas couverte.

Le RAMED offre l'accès à un panier de soins étendu, dans le secteur public seulement et sans ticket modérateur. Ce panier correspond à celui qui avait été initialement prévu pour l'AMO. Les ayants droit sont les conjoints et les enfants, les ascendants étant ici exclus.

L'AMO tire principalement ses ressources des cotisations, partagées entre employés et employeurs. La CANAM reçoit en outre une subvention publique (moins de 2% du budget). Le RAMED était censé couvrir les dépenses techniques et d'administration grâce à une subvention partagée entre l'Etat (65%) et les Collectivités territoriales (35%). Les collectivités n'ont pas versé leur contribution à ce jour. Les Mutuelles tirent leurs ressources des cotisations et de subventions publiques. L'UTM reçoit les cotisations de ses membres, encaisse les cotisations de l'AMV et une série de subventions venant de l'Etat et de ses partenaires. Les dispositifs de gratuité sont financés par des subventions publiques et des apports extérieurs.

Là où l'on veut arriver

Pour atteindre les objectifs de la CRMU, il est indispensable de poser un principe explicite d'obligation d'adhésion à l'AMU pour tous les maliens, qui sera inscrit dans une loi. Le corollaire de l'obligation d'adhésion est la mise en place d'une offre publique de CRM, aussi unifiée que possible, qui permette aux maliens de se conformer à la loi. Cela implique :

a) l'existence d'un ensemble d'organismes de gestion (OG) de la CRMU, réalisant les trois fonctions de collecte, mutualisation et achat de services et les sous-fonctions qu'elles supposent. Pour offrir la CRMU, certains OG peuvent recevoir une délégation d'une institution publique faitière en charge de la CRMU, pour la collecte et l'achat de services. Ce schéma est déjà appliqué pour l'AMO

b) la production de textes juridiques pour adapter l'existant et définir ce qui sera nouveau du fait de la CSU.

La CRMU au Mali va d'abord représenter une augmentation considérable du champ personnel. L'organisation de la CRMU va donc être sans commune mesure avec celle qui existe pour l'AMO, l'assurance volontaire offerte par les mutuelles et le RAMED. Au minimum, l'organisation actuelle doit être renforcée, mais elle doit surtout avoir les moyens de s'étendre. Le besoin d'investissement initial doit être reconnu et accepté pour pouvoir avancer.

Les principes de la CRMU, l'expérience des systèmes de protection maladie et les souhaits exprimés par les cadres de l'administration plaident pour un dispositif de couverture aussi unifié que possible, via l'instauration d'une caisse unique, qu'il faut envisager comme « caisse faitière unique ». On débouche ainsi sur l'idée que c'est à partir de la CANAM qu'il faudra concevoir l'organe faitier unique de la CRMU. Cette caisse est unique pour la mutualisation du risque, qui a trait à la fonction générale de pooling et à la fonction technique de gestion du risque.

Pour la CRMU, le rôle de l'Etat est étendu, mais assez bien circonscrit. Il concerne :

1° La production législative.

2° La conception et le pilotage des réformes, en vue de préciser les orientations et de leur donner une traduction pratique.

3° L'apport d'argent public dans les ressources de la CRMU.

4° L'exercice de la tutelle des organismes gérant la CRMU.

Il est fondamental que la CRMU assure les fonctions associées au financement par la demande.

La liste de ces fonctions doit se retrouver dans l'organisation des entités concourant à l'offre publique de couverture qui doit veiller à ce que toutes les catégories de population puisse accéder aux organismes de la CRMU (fonction d'accueil de proximité), qu'elles soient également traitées (disponibilité du panier de soins de

référence dans les formations conventionnées et accompagnement éventuel des assurés) et qu'il n'y ait pas de différence dans les procédures de gestion selon le niveau de contribution et selon les OG mobilisés.

Les performances des organismes de gestion existant dans l'exercice de ces fonctions.

La CANAM a été effectivement créée en 2011 et elle est fonctionnelle. La question de l'obligation a été clarifiée. La CANAM réalise le conventionnement des établissements de façon dynamique. Elle a une bonne capacité d'investissement, si bien que diverses questions qui semblent aujourd'hui en instance de résolution seront prochainement réglées. Elle n'a probablement pas atteint le niveau de technicité qu'elle vise et, pour diverses fonctions, elle apparaît comme dépendante de ses deux OGD. Elle se perçoit aujourd'hui plus comme un organe de régulation de l'AMO que comme une caisse centrale assurant toutes les fonctions de l'assurance maladie. Pour toutes les opérations d'enregistrement, la CANAM ne peut rien faire de plus que reprendre les informations qui lui sont transmises. La CANAM a du mal à faire des prévisions sur les effectifs et, à partir de là, sur les dépenses techniques. S'agissant du paiement des prestations, la CANAM travaille un peu en aveugle. Elle n'a pas de services sur le terrain, si bien qu'elle n'a pas de relation directe avec les assurés. Elle laisse aussi aux OGD le soin du contrôle initial des prestations et n'opère qu'un contrôle a posteriori. La CANAM doit gérer une garantie qui semble assez généreuse, de par l'accès au secteur privé qu'elle offre. En particulier la prise en charge des spécialités et non pas seulement les médicaments en DCI fait que l'on observe déjà que la pharmacie est un poste de dépenses très important. A l'évidence, c'est l'accès au secteur privé qui va absorber la plus grande part de la dépense couverte, le secteur public coûtant peu.

L'INPS et la CMSS ont expérience et ancienneté dans la gestion de la protection sociale de leurs affiliés respectifs. Ils sont présents dans les cercles par leurs unités déconcentrées et ont mis en place des bureaux AMO. On peut s'interroger néanmoins sur le niveau de leur performance en matière d'enregistrement des assurés et de contrôle des prestataires de soins dans l'AMO. Pourtant, l'essentiel est dit dans les Conventions d'objectifs et de moyens signées avec la CANAM, qui semblent donc inégalement respectées. Le contrôle des prestations par les OGD ne semble pas très rigoureux. Pour l'essentiel, les deux organismes effectuent un contrôle de type administratif sur les factures, pour vérifier la conformité des factures avec les actes pris en charge. On peut s'interroger sur le contrôle d'effectivité et sur le contrôle de pertinence. L'INPS et la CMSS sont des administrations qui doivent développer des procédures nouvelles dans le cadre de l'AMO. La délégation de gestion devrait les amener à suivre les indications de la CANAM. Il semble que la CANAM n'a pas tout à fait l'autorité pour cela. Par ailleurs, l'image d'administrations de ces deux organismes n'est pas forcément un atout pour diffuser l'AMU en secteur informel.

L'ANAM est fonctionnelle depuis 2011. Elle n'a pas reçu le personnel qui était prévu. En revanche, elle dispose de réserves importantes, qui pourraient lui permettre de financer son développement. La relation de l'ANAM avec sa population cible est insuffisante. Elle ne dispose pas d'une connaissance précise de celle-ci, faute de mettre en œuvre un recensement a priori des indigents ou des autres catégories qui sont censées bénéficier des prestations. Elle n'est pas présente sur le terrain et s'en remet pour le recrutement, aux initiatives individuelles ou aux formations de santé. Le rôle des maires, important, n'est pas formalisé. L'ANAM a pour l'instant une faible coordination avec les services sociaux. Le contrôle des prestations est purement administratif. Il est fait au siège, où sont centralisés les paiements. L'ANAM n'a reçu que la contribution de l'Etat, largement suffisante pour couvrir le faible montant des dépenses de prestations. Les Collectivités territoriales (CT), censées contribuer à hauteur de 35% du budget n'ont rien payé à ce jour. Leurs budgets sont serrés et la fixation des contributions des CT est particulièrement inéquitable, car elle ne tient pas compte des ressources réelles des CT. L'ANAM peut apparaître comme l'instrument d'un transfert inéquitable de ressources vers le centre, ce qui peut nuire à son image.

Les mutuelles sont très proches de la population et, comme elles en sont par construction une émanation, leurs responsables ont une réelle capacité de sensibilisation sur l'assurance maladie. Leur statut d'organisme privé leur permet d'éviter la méfiance souvent associée aux services publics ou aux EPA. Mais, les mutuelles ne sont pas présentes partout et le programme de montage de mutuelles dans toutes les communes n'est pas achevé. L'UTM est présente sur le terrain grâce à ses antennes régionales, sa relation avec la population se fait aussi par des représentants de groupes : Chambre de métiers, syndicats, Chambres d'agriculture, etc. Les mutuelles et l'UTM

ont une bonne expérience de collecte de cotisations. Les fonctions d'enregistrement et d'attestation des droits sont bien rôdées en mutualité. La garantie des mutuelles de base est limitée. La gestion mutualiste est rigoureuse, mais elle n'est pas adaptée à un passage à l'échelle en termes de nombre de bénéficiaires et de prestataires. En revanche, l'UTM a une grande expérience de gestion de l'assurance maladie. Elle a effectué le conventionnement des prestataires de soins pour son produit AMV et réalise toutes les opérations nécessaires à la gestion de la garantie. Le savoir-faire en matière de gestion de la garantie a été transféré dans ses antennes. Si l'UTM a des compétences de gestion, elle souffre de moyens limités pour l'appui et le développement. On a observé que la mise en place de mutuelles communales prenait du temps et l'on peut se demander si un développement conçu sur un mode administratif (Une mutuelle = une commune) est la solution dans tous les contextes.

Seconde partie : Propositions relatives au panier de soins et à la couverture maladie du secteur informel

Mesures de renforcement du dispositif existant

Les fonctions d'enregistrement des affiliés et le contrôle des prestations constituent les points faibles de l'organisation actuelle de l'AMO. Une clarification des rôles de la CANAM et des OGD s'impose. L'application (et une éventuelle révision) des contrats d'objectifs et de moyens entre eux seraient indispensables. Le contrôle des prestations est actuellement conçu sur un mode administratif. Ce contrôle (nécessaire) ne suffit pas à vérifier que les prestations ont bien été délivrées, aux bonnes personnes et étaient justifiées médicalement. Le fonctionnement de l'AMO devrait être amélioré par ses outils de gestion du risque. Une réflexion sur le panier de soins basée sur l'actuariat devrait être développée, pour éviter d'être pris au dépourvu face à la montée des dépenses.

Si l'on considère que le potentiel technique de gestion est acquis au niveau de l'UTM, la diffusion du savoir-faire gestionnaire de l'UTM en régions est une priorité dans la perspective de la CRMU. L'augmentation des moyens d'action de l'UTM est la condition de cette diffusion : recrutement dans les antennes, formation par le siège des nouveaux salariés. Corrélativement, les locaux occupés par l'UTM et son équipement sont à moderniser pour que le renforcement de ses moyens humains soit productif. Le développement de la présence mutualiste sur le terrain et du marketing social, destiné à sensibiliser la population, ne doit pas être négligé. Il faut se demander comment l'UTM peut contribuer à l'accélération du processus de développement des mutuelles à la base. L'UTM a été conçue comme structure d'appui légère, en faisant l'hypothèse que l'on allait trouver dans la population les promoteurs et les gestionnaires bénévoles qui feraient le travail. Il conviendrait de professionnaliser d'avantage cette fonction d'appui. Aussi l'UTM devrait-elle se doter d'une véritable direction du développement. Corrélativement, l'action à la base devrait être appuyée par les antennes de l'UTM, renforcées à cette occasion, notamment au niveau des ressources humaines. On doit calibrer le renforcement de l'UTM en matière d'appui au développement de terrain, en tenant compte de la future architecture de l'AMU et du fait qu'on va passer d'une adhésion volontaire à une adhésion obligatoire. La sensibilisation devra être orientée en fonction d'un message relatif à la couverture publique et, en ce sens, l'UTM pourrait ne pas être le seul vecteur de mutualisation. On peut alors imaginer un partenariat dans lequel l'UTM et ses antennes fourniraient le savoir-faire et l'Etat une partie de la main d'œuvre de terrain. Sans aller jusqu'à une création des mutuelles de base par l'Etat, la participation conjointe de l'UTM et des fonctionnaires du MSAHRN au développement de la base mutualiste semble pertinente. Le développement à la base devrait logiquement suivre le programme qui a été initié et qui pose le principe d'une mutuelle par commune. Il semble toutefois qu'un peu de flexibilité pourrait être introduite selon les zones. L'antenne de l'UTM et la direction régionale pourraient proposer des formules alternatives : mutuelles pluri communales ou infra communales, l'objectif étant d'atteindre la fonctionnalité dans les meilleurs délais. Le principe d'affectation d'un animateur-gestionnaire dans chaque mutuelle de base est à appliquer aussi largement que possible. L'appui devrait être apporté directement aux mutuelles de base. Dans la perspective de la CRMU, il ne semble pas pertinent que l'appui consacre de l'énergie au montage d'unions de district.

L'ANAM assure la visibilité du RAMED au niveau central. Le volume des prestations à traiter n'appelle pas un renforcement particulier de l'Institution. Le principal effort de l'ANAM devrait porter sur l'identification des indigents et la relation avec les communes. L'identification des indigents devrait être systématisée et se greffer

sur les procédures mises en place par le programme « Filets sociaux ». Les listes d'indigents déjà produites dans le cadre des pilotes du programme « filets sociaux » devraient pouvoir donner lieu sans formalités excessives (certificats individuels) à la délivrance des récépissés. Pour aller au-delà, puisque le programme « filets sociaux » ne couvre pas tout le territoire, l'ANAM devrait passer un contrat d'objectifs et de moyens avec la Direction nationale de l'action sociale en vue du recensement des indigents. L'implication des services des Directions régionales serait ainsi formalisée, de façon à ce que les moyens non utilisés par l'ANAM puissent pallier les faibles ressources des directions pour aller sur le terrain. Si les services de l'Etat recensent des indigents selon un protocole standard, le certificat d'indigence délivré par les maires n'aurait plus de raison d'être. L'ANAM devrait délivrer des cartes au lieu de récépissés. Il est suggéré aussi que la durée de validité des cartes soit portée à deux ans, pour éviter que chaque année soit faite la vérification de la situation des personnes. La révision de la contribution des CT devrait être mise à l'ordre du jour à l'ANAM. La contribution des CT devrait découler de la carte de pauvreté, les communes ou cercles pauvres payant moins que les autres, indépendamment du nombre de pauvres affiliés au RAMED. Le partage 65%/35% est peut-être trop difficile à appliquer pour les CT. Un partage 75%/25% pourrait être plus facile à appliquer.

Le panier de soins de référence pour l'AMU

S'agissant du panier de soins, la référence au panier de l'AMO est fortement suggérée par les Tdr. Mais le coût du panier et son évolution prévisible sont inquiétants. Le panier actuel est porteur d'une consommation forte, notamment pour les médicaments sous forme de spécialités. Il ne paraît pas adapté à la CSU. Le calcul fait sur la dépense par tête et l'appréciation de la montée en charge du régime, indiquent que le coût réel du panier actuel de l'AMO s'établit actuellement à 9000 FCFA, avec tickets modérateurs.

Une alternative intéressante est celle du produit AMV de l'UTM, qui offre les soins ambulatoires et hospitaliers, dans le secteur public et avec des médicaments en DCI, pour 575 FCFA par personne et par mois. L'intérêt de cette référence est que cette garantie satisfait les adhérents. Le coût technique du panier AMV se situerait, hors gestion, à 5520 FCFA. Toutefois, le panier proprement dit devrait être enrichi pour inclure des actes d'imagerie. Il pourrait aussi être complété à un coût raisonnable en ajoutant quelques laboratoires privés dans l'ensemble des établissements conventionnés. Enfin, il pourrait aussi être opportun de prévoir la prise en charge de quelques spécialités, lorsque les médicaments correspondant n'existent pas en DCI. Tout cela conduit à afficher un coût technique sans ticket modérateur supérieur de 10% au chiffre précédent, soit 8040 FCFA hors gestion. Selon le ticket modérateur (20%, 25% ou 30%), le coût du panier, hors gestion, pour l'AMU sera réduit à 6432 FCFA, 6030 FCFA ou 5628 FCFA.

Les chiffres précédents suscitent les conclusions suivantes :

- Le panier actuel de l'AMO est trop cher;
- La garantie AMV est une référence intéressante, d'autant plus acceptable en termes de coût qu'un ticket modérateur de 30% sera appliqué. Le panier de soins actuel doit être enrichi, sans toutefois systématiser la prise en charge des spécialités et le conventionnement des formations privées.

La solution du problème viendra d'un travail d'actuariat associant CANAM et UTM pour confronter de façon précise la composition du panier originel de l'AMO et celle de la garantie de l'AMV. Ainsi, c'est un mixage de ces deux paniers qui nous paraît la proposition la plus pertinente, du point de vue des soins couverts et du coût.

Quant au ticket modérateur, il pourrait être modulé, mais le principe d'un co-paiement semble nécessaire pour limiter le hasard moral. Ici, compte tenu du poids des dépenses de médicaments, on retiendra un ticket modérateur de 30%. Cela revient à retenir un coût technique du panier de soins de 5628 FCFA, hors gestion.

Les soins gratuits doivent évidemment être inclus dans le panier de l'AMU, en principe sans ticket modérateur. Ils ont un coût à ne pas négliger. Le chiffre de 7 milliards de FCFA correspondait au coût des intrants en 2011. Si l'on retient un chiffre de 8 milliards pour 2014, on obtient un coût par tête de 516 FCFA, hors gestion, pour ces soins gratuits dans l'AMU.

Pour aller vers l'AMU : des propositions clés d'architecture institutionnelle dans un contexte d'obligation

Plusieurs propositions clés sont faites :

- Donner à la CANAM une place d'institution faîtière ;
- Préciser les OGD et leur rôle ;
- Donner aux mutuelles un rôle majeur dans la mise à disposition de la CRMU pour le secteur informel et le monde rural ;
- Envisager pour l'ANAM un rôle d'identification et de suivi de la catégorie des indigents pour la CSU ;
- Concevoir le pilotage de la CRMU (rôle de régulation).

La première proposition est de concevoir la CANAM comme organisme faîtier et caisse unique de l'AMU, mais avec des fonctions limitées. Les fonctions qui reviendraient à cette CANAM-U sont :

- Enregistrement, affiliation et suivi des droits ;
- Mutualisation des ressources collectée (Fonds AMU) et répartition des ressources aux organismes de gestion délégués ;
- Conventionnement des FS ;
- Régulation de l'AMU : fixation et évolution du panier de soins et de la contribution des diverses catégories de population, gestion du risque
- Contrôle médical national élargi ;
- Fourniture de cadres de gestion (informatique) et actuariat ;
- Contentieux et fonctions juridiques.

La mise en place d'un service national de contrôle médical, utilisé pour l'AMO et l'AMU constitue la plus importante innovation à mettre en œuvre, par rapport à l'organisation actuelle de l'AMO. Le principe des OGD serait maintenu, en effectuant les ajustements utiles pour une amélioration du service de l'AMO. Pour la couverture du secteur informel, un nouvel OGD sera désigné, en l'occurrence l'UTM, dans le seul cadre de l'AMU.

La couverture maladie du secteur informel dans le cadre de la CRMU

Le schéma général est le suivant

- 1) Les mutuelles de base sont conçues aussi comme guichets de l'AMU ;
- 2) Des bureaux mutualistes de gestion de l'AMU seront déployés par l'UTM ;
- 3) L'UTM sera un OGD de la CANAM-U.

L'AMU pour les Indigents et l'intégration des dispositifs de gratuité dans l'AMU

Le RAMED n'a plus lieu d'être dans le cadre de la CRMU. La loi sur l'AMU prévoira l'affiliation gratuite des indigents qui rejoindront ainsi le régime général. Corrélativement, la gestion des prestations des indigents ayant reçu la carte ne se justifie plus au niveau de l'ANAM.

Le maintien (peut-être transitoire) de l'ANAM pourrait néanmoins se justifier, sa fonction se limitant à la réalisation complète de l'identification et à la gestion du fichier des indigents.

S'agissant des dispositifs de gratuité, on retient ici dans le panier de l'AMU les prestations relatives à la césarienne, au paludisme, au VIH/SIDA, aux vaccinations, à la tuberculose, à la lèpre, à la cécité, à la fistule, au ver de Guinée et aux maladies tropicales négligées, à la malnutrition et au cancer. Le principe de l'intégration des dispositifs retenus dans l'AMU est simple. Mais l'intégration des dispositifs gratuits dans l'AMU pose un problème pratique: même gratuits pour la personne, les actes intégrés dans le panier de la CSU ne seront

remboursés à une FS que si le bénéficiaire est déjà immatriculé. Autrement dit, l'accès aux services gratuits relèverait d'une approche un peu coercitive, selon laquelle l'affiliation à l'AMU serait une conditionnalité pour en bénéficier. Une approche plus douce consistera à envisager que l'intégration de ces dispositifs dans la CSU soit progressive. Au début, il y aurait deux régimes de remboursement pour les FS dispensant les actes gratuits : le régime ancien (MSHP) lorsque les bénéficiaires ne seront pas encore affiliés à l'AMU, le nouveau régime (CANAM-U) s'ils sont immatriculés. Le transfert des ressources serait également progressif.

La couverture maladie du secteur informel : compléments

Un principe de choix et un principe de subventionnement sont proposés pour compléter ce qui a déjà été dit sur la couverture maladie du secteur informel et du monde rural.

Le principe de choix revient à laisser aux ménages le choix de son gestionnaire délégué entre le mouvement mutualiste, l'INPS et la CMSS.

Le principe de subventionnement des cotisations du secteur informel et du monde rural revient à ne demander aux ménages qu'une contribution partielle au coût du panier de soins. Le mécanisme, dit de « topping up », qui consiste à multiplier la cotisation payée par l'adhérent par une subvention publique pour couvrir le coût total du panier AMU devrait s'appliquer dans le cadre de la couverture maladie de cette catégorie de population. Le partage proposé est de 20% du coût du panier pour le ménage et de 80% pour l'Etat.

En faisant diverses hypothèses de partage du coût total du panier, les contributions peuvent être estimées. Hors dispositifs gratuits, la cotisation par personne varierait entre 1125,6 FCFA (gestion prise en charge par l'Etat et ticket modérateur de 30%) et 1769 FCFA (coût de gestion partagé et sans ticket modérateur). La contribution de l'Etat par personne varierait entre 4953 FCFA (coût de gestion partagé et ticket modérateur de 30%) et 7236 FCFA (gestion prise en charge par l'Etat et sans ticket modérateur).

Le coût des soins gratuits a été estimé à 516 FCFA par personne sans gestion. En conservant le ratio de 10% du coût technique pour la gestion, on obtient 51,6 FCFA de coût de gestion. L'ensemble, 567,6 FCFA, sans ticket modérateur est à la charge de l'Etat.

Compléments et précisions sur la CRMU

La CANAM-U réalise la mutualisation de ressources issues de plusieurs sources. Elle abrite ainsi un Fonds national de l'AMU qui doit recevoir, immédiatement ou progressivement :

- La part des cotisations AMO nécessaire pour couvrir l'AMU du secteur formel, issue de la CANAM ;
- Les cotisations du secteur informel collectées par les mutuelles, les bureaux de l'INPS et de la CMSS, transmises par l'UTM, l'INPS et la CMSS ;
- Les subventions de « topping up » du secteur informel, fournies par le MSAHRN (ligne budgétaire);
- Les fonds du RAMED, fournis par le MSAHRN (ligne budgétaire)
- Les fonds servant à couvrir les dispositifs de gratuité, issus du MSHP (ligne budgétaire).

Le passage de la CANAM à la CANAM-U constitue un changement et une extension de l'EPA créée par la loi de 2009. La CANAM-U aura en pratique deux fonctions de gestion. Elle gèrera l'AMU en s'appuyant sur le Fonds de l'AMU, sur un Service national de contrôle médical et sur trois OGD (UTM, INPS, CMSS). Elle continuera de gérer l'AMO, qui conservera sa propre garantie et conservera des fonds propres. L'AMO utilisera le Service national de contrôle médical et les 2 OGD (INPS et CMSS). La création d'un Service national de contrôle médical, domicilié à la CANAM-U est une innovation importante pour le Mali. Ce service devrait développer son activité en utilisant deux types de qualifications : des médecins déployés au niveau régional, des

agents administratifs, présents dans les CSRef et les HR et HN. La gestion de deux régimes à la CANAM-U est justifiée par le fait que le panier AMU a toutes chances d'être réduit par rapport au panier AMO et va coûter moins cher. En ce sens, la création du régime AMU ne fait pas disparaître le régime AMO, mais fournit une partie de la garantie AMO. Tout se passe comme si l'AMO se composait d'un régime obligatoire de base (AMU) et d'un régime complémentaire obligatoire, qui donne accès à un panier de soins élargi, en contrepartie d'une contribution supplémentaire. Cette contribution n'a pas vocation à être mutualisée dans le cadre du Fonds de l'AMU et va rester à la seule disposition de la gestion de l'AMO (Fonds de l'AMO). Toutefois, l'Etat pourrait décider qu'au nom de la solidarité nationale, une partie du Fonds AMO soit transférée au Fonds national de l'AMU.

Dans la CRMU, l'UTM aurait une importante fonction de gestion effectuée par l'UTM et ses bureaux déconcentrés : antennes dans les régions, bureaux dans certains districts. Cette fonction s'appuierait sur le rôle de sensibilisation et de « guichets » des mutuelles communales. Les rôles conférés au mouvement mutualiste et à l'UTM en particulier n'obligent pas à changer le code de la mutualité, ni le statut privé de l'UTM.

Ce qu'il faut faire

Aspects juridiques

Le texte juridique essentiel est évidemment une Loi sur l'AMU. Un deuxième texte doit être dédié à la création de la CANAM-U. Pour l'INPS et la CMSS, la possibilité d'adhésion des exclus de l'AMO dans le régime AMU doit se traduire dans les textes définissant leur mission. Pour l'UTM, le principe de conditionnalité de l'adhésion des mutuelles de base en vue de leur association à l'AMU doit être précisé dans les statuts de l'Union. Son règlement doit être modifié pour rendre possible la délégation de gestion de l'AMU pour le exclu de l'AMO. Pour l'ANAM, deux conventions doivent être passées, avec la Direction de l'Action sociale pour formaliser le rôle des directions régionales dans le recensement a priori des indigents et préciser la contribution financière de l'ANAM à ce travail ; avec le programme « Filets sociaux » pour la transmission des listes d'indigents et la collaboration en vue de la construction du registre unique des bénéficiaires de prestations d'aide sociale. La loi sur le RAMEL doit être aménagée en vue de la simplification de l'adhésion et de la redéfinition des contributions des CT, à fonder sur la carte de pauvreté.

Aspects institutionnels

Il n'y a pas, stricto sensu, de création d'institution nouvelle, sous la forme d'EPA. La CSU est une politique publique qui implique l'affirmation de la tutelle de l'Etat sur les organismes publics et privés qui y participent. Le MSAHRN a déjà la tutelle des 3 OGD retenus. Il convient **d'organiser cette tutelle pour qu'elle soit effective**. S'agissant des mutuelles et de l'UTM, le rôle qui est proposé dans l'AMU implique un renforcement du bureau des Mutuelles.

Le MSHP n'est pas associé formellement au fonctionnement de l'AMO et du RAMEL. Il est nécessaire qu'il tienne son rôle dans le développement de la CRMU et toute sa place dans la politique de CSU, en l'occurrence via la politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle. Pour la CRMU proprement dite, l'objectif sera de favoriser l'adhésion du secteur public de soins à l'AMU et de faciliter l'application de toutes les procédures comprenant un volet médical. Outre, l'association systématique du MSHP aux commissions qui vont préparer l'AMU, deux rôles importants devraient lui être donnés. Le premier est une participation importante aux procédures de conventionnement dont la responsabilité reviendra à la CANAM-U. Ensuite, le MSHP devrait être associé à la création du Service national de contrôle médical, à la production de son règlement et des conditions d'intervention des médecins conseils dans les établissements.

Aspects financiers

S'agissant du coût de fonctionnement, il est facile de définir la contribution de chacun en prenant les chiffres relatifs au coût du panier sans et avec soins gratuits. On a fait les hypothèses de calcul suivantes:

- Les assurés AMO prennent en charge l'ensemble du coût du panier estimé avec un ticket modérateur de 30%, gestion incluse ;
- Les assurés du secteur informel partagent avec l'Etat le coût technique du panier, mais la gestion est à la charge de l'Etat ;
- Les indigents ne payent rien.

Les contributions de chacun au coût du panier sont les suivantes :

- Affilié AMO : 6191 FCFA
- Affilié AMU : 1126 FCFA
- Indigent : 0
- Etat : 568 FCFA pour un affilié AMO ; 5633 FCFA pour un affilié AMU ; 6758 FCFA pour un indigent.

Les affiliés AMO (17% de la population) paieraient 16,3 milliards FCFA, les assurés AMU du secteur informel (78% de la population) 13,6 milliards, les indigents (5% de la population) rien du tout et l'Etat 74,8 milliards FCFA, répartis de la manière suivante : 1,5 milliards au profit des affiliés AMO, 68,1 milliards au profit du secteur informel qui contribue et 5,2 milliards au profit des indigents. Le coût total, 105 milliard FCFA, serait couvert à 71,4% par l'Etat et à 28,6% par les contributions des secteurs formel et informel.

La première partie du processus va entraîner surtout des dépenses d'investissement pour renforcer le système actuel : renforcement de la CANAM et du mouvement mutualiste surtout. Les montants de ces investissements pourront être fixés à partir des projets précis de la CANAM et de l'UTM. Pour la CANAM, c'est surtout la création du Service national de contrôle médical qui va représenter l'effort le plus important. Pour l'UTM, la contribution au développement accéléré des mutuelles communales et, surtout, la mise en place d'équipes de gestion dans les antennes, voire dans des bureaux de cercles, ainsi que la rénovation de l'UTM sont les postes importants. En 2011, la stratégie nationale d'extension des mutuelles sur 3 régions avait été évaluée à 19 milliards de FCFA sur 3 ans. Un ordre de grandeur du coût de l'investissement de 7 milliards par an pour la CRMU semble réaliste.

Conclusion : recommandations pour le pilotage du processus

La mise en place de la CRMU ne va pas se faire en un jour et les propositions faites distinguent une phase de renforcement de l'existant qui pourrait se dérouler de 2015 à 2016 et une phase de réforme qui commencerait en 2017. Il est évident que le pilotage du processus est essentiel à la réussite du projet. Ce pilotage a deux aspects : le pilotage politique et le pilotage technique.

Le pilotage politique, fondamental, est à définir par les autorités maliennes. Ses fonctions peuvent être assurées par une cellule politique placée au plus haut niveau de l'Etat.

Le pilotage technique de la réforme revient au MSAHRN, qui doit veiller à ne pas s'isoler des autres Ministères partenaires. La mise en place du groupe de travail technique en juin dernier, dont la composition exacte devait être finalisée en septembre est la meilleure solution pour cela.

Les propositions faites ici donnent une idée de ce que pourraient être le plan de travail et les commissions. Trois commissions pourraient s'occuper respectivement du renforcement de la CANAM, de l'UTM et des mutuelles, de l'identification des indigents. Une quatrième commission devrait être dédiée à la finalisation du panier de soins Une cinquième commission devrait aborder les aspects juridiques de la réforme.

Introduction

1- Objectifs de l'étude

Le présent rapport rend compte de l'étude « *Développement d'un panier de soins de base au Mali* » et fait suite à la mission réalisée dans le pays du 1^{er} au 12 septembre 2014. L'étude a été financée par l'OMS et commanditée par le consortium *Partners for Health (P4H)*, en relation directe avec le Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord (MSAHRN) du Mali.

L'objectif général de l'étude s'inscrit dans la construction de la Couverture sanitaire universelle (CSU) au Mali, orientation politique adoptée par le gouvernement malien¹ et dont le processus de mise en œuvre a été confié au MSAHRN.

Plus précisément, les termes de référence de l'étude² prévoient deux volets portant sur la couverture du risque maladie (CRM³). L'un est consacré au panier de soins de base pour la CSU, l'autre à la couverture maladie du secteur informel.

Le premier volet a pour objectif de définir le panier de soins de base pour la CSU et d'estimer son coût. La référence, pour la définition de ce panier, est la garantie offerte aux affiliés à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), mise en place pour le secteur formel en 2009⁴. Mais cette référence n'est qu'une option possible, la liste des prestations couvertes et les tickets modérateurs (TM) pouvant être fixés différemment. Par ailleurs, les prestations délivrées gratuitement sont censées trouver leur place dans le panier de l'AMU et faire l'objet d'une réflexion sur leurs modalités de gestion.

Le second volet a pour objet de proposer, dans le cadre de la CSU, une couverture maladie aux ménages du secteur informel (incluant le monde rural), non assujettis à l'AMO et ne relevant pas du régime d'assistance médicale des indigents (RAMED) mis en place en 2009⁵. Trois options de montage institutionnel sont indiquées dans les Tdr. La première est fondée sur une extension du champ d'intervention de la Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM), qui gère l'AMO. La deuxième passe par le développement des mutuelles de santé et par le renforcement de l'Union technique de la mutualité du mali (UTM). La troisième consiste à envisager des options locales, articulées avec les projets financés par certains partenaires techniques et financiers (PTF). Toutefois, ces trois options ne sont que des indications, qu'il faudrait préciser, sachant que leur mixage est envisageable.

1- Déroulement de la mission au Mali

La mission réalisée dans le pays du 1^{er} au 12 septembre 2014 a bénéficié d'une logistique fournie par l'OMS, bureau de Bamako. Elle a été accompagnée, pendant la première semaine par Alexis Bigeard (P4H), pendant la seconde par Amadou Diallo (DNPSDS du MSAHRN).

¹ Voir « Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle, 2014-2023

² Les Tdr sont dans l'annexe 1 du Rapport annexe.

³ J'utiliserai indifféremment le terme Couverture du risque maladie (CRM) ou le terme Assurance maladie universelle (AMU) ou encore le terme Couverture du risque maladie universelle (CRMU)..

⁴ Loi n° 09/015 du 26 juin 2009 et Décret n° 09/552 du 12 octobre 2009.

⁵ Loi n° 09/030 du 27 juillet 2009 et Décret n° 09/555 du 12 octobre 2009.

Elle a consisté :

- en rencontres à caractère général avec diverses personnes ou services du MSAHRN (Secrétaire Général, Conseillers Techniques du Cabinet, Direction nationale de la Protection sociale et du développement social (DNPSDS), Direction nationale de l'Action sociale (DNAS)), du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique (MSHP) (Direction nationale de la santé (DNS), Cellule de planification sanitaire (CPS)), de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CANAM), de l'Institut national de protection sociale (INPS), de la Caisse malienne de Sécurité sociale (CMSS), de l'Agence nationale d'assistance médicale (ANAM), de l'Union technique de la mutualité malienne (UTM), et du Projet « Filets sociaux »⁶;
- en séances de travail, ayant pour but de recueillir des données plus précises, à la CANAM, l'ANAM et l'UTM ;
- en une visite du point focal AMO de l'INPS au Quartier du Fleuve.

La mission a permis d'échanger avec le représentant de l'OMS à Bamako. Un débriefing a été organisé à la fin de la mission au MSAHRN.

2- Méthodologie suivie

L'étude a été réalisée en s'appuyant sur la documentation fournie, en rapport avec le sujet, principalement une série de rapports datant de 2012-2013⁷ et en exploitant les entretiens effectués et les données recueillies pendant la mission.

Le temps imparti à l'étude n'a pas permis d'exploiter de base de données et il était prévu d'utiliser uniquement des calculs effectués par l'UTM et la DNPSDS.

3- Hypothèses de travail

Plusieurs hypothèses de travail ont été retenues pour effectuer l'étude.

La première est que la réponse aux questions posées ne pouvait être obtenue sans replacer les deux volets des Tdr dans une réflexion d'ensemble sur la construction de l'AMU.

La deuxième est qu'une analyse des forces et faiblesses de l'existant, notamment en vue de ce que devrait être l'AMU, va permettre de mieux concevoir l'AMU. Il est ainsi sous-entendu que la Couverture du risque maladie universelle (CRMU) peut être conçue et mise en place sans faire table rase des dispositifs existants, en améliorant ceux qui fonctionnent actuellement et en les complétant par des nouveaux qui comblent leurs lacunes.

La troisième est l'apport irremplaçable de l'analyse fonctionnelle pour construire la CRMU. Quel que soit le contexte, la CRM doit fournir des prestations à la population qui ne sont effectives et efficaces que si les dispositifs mis en place réalisent une liste de fonctions comme l'enregistrement des personnes, l'attestation de leurs droits, la contractualisation des établissements prestataires, la gestion de la garantie et du risque, etc. L'analyse fonctionnelle consiste à apprécier ce que peuvent faire les dispositifs existants, à améliorer leur performance

⁶ Voir Annexe 2 du Rapport annexe: personnes rencontrées

⁷ Voir références

dans ce domaine et à créer ceux qui manquent pour que l'ensemble des fonctions soient accomplies. L'architecture institutionnelle découle de cette analyse, sans exclure que des variantes soient possibles.

La dernière hypothèse a trait au processus de construction de la CRMU. Il est supposé qu'il peut être divisé en deux phases. La phase 1 comprend les mesures de renforcement de l'existant (à lancer le plus vite possible) et l'étude des préalables juridiques en vue d'une réforme plus profonde. La phase 2 est la mise en place de la réforme proprement dite qui ouvre la possibilité de lancement de la CRMU.

4- Plan du rapport

Le rapport comprend deux parties.

La première se veut analytique. Elle commence par une description de l'état de la couverture maladie. Ensuite, elle fixe la situation de CRM à laquelle on veut arriver. Enfin, elle mesure les forces et faiblesses de l'existant, notamment dans la perspective de la CRMU

La seconde partie présente une série de propositions en vue de la construction de la CRMU et, en particulier, relatives à la définition d'un panier de soins de base et à la couverture maladie du secteur informel.

En conclusion, sont faites quelques recommandations pour le pilotage du processus.

Première partie : de la situation actuelle de la couverture maladie à la CRMU

1- La CRMU et l'état de la couverture maladie

1-1 La construction de la CRMU et la politique menée pour donner une couverture maladie à la population

La CSU au Mali peut être considérée comme une extension et une structuration de la protection maladie existante, conçue à l'origine selon trois piliers :

- Mise en place d'une AMO (régime contributif) pour le secteur formel ;
- Diffusion de régimes d'assurance volontaires (contributifs) développés par les mutuelles pour le secteur informel et le milieu rural ;
- Mise en place d'une assistance médicale pour les indigents.

Par ailleurs, dans la mesure où une série de dispositifs gratuits d'accès aux prestations de soins ont été organisés, l'intégration de ces dispositifs dans la CRMU est nécessaire. Cela revient notamment à proposer une articulation de ces dispositifs d'accès gratuit avec des régimes contributifs, articulation qui a un aspect financier : les ressources finançant les dispositifs gratuits peuvent alléger les contributions demandées aux ménages ; et un aspect organisationnel : il faut essayer d'unifier les formules et les organismes de gestion pour réduire les coûts d'administration de la CRMU.

1-2 Premiers constats sur l'existant

Le premier constat qui s'impose concerne la taille des populations des trois cibles de la politique de couverture maladie. Le secteur formel représente environ 17% de la population, ce qui implique que les couvertures autres que l'AMO sont censées en couvrir 83%. Si l'on admet que la part des « indigents », cible du RAMED, est de 5%, il reste 78% de la population qui devrait relever de régimes contributifs conçus à l'origine comme volontaires.

Le deuxième constat est que la couverture mise en place par les textes de 2009 n'atteint pas encore ses cibles.

Pour l'AMO, en dépit de l'obligation d'adhésion, une série de problèmes subsistent pour que tous les fonctionnaires et tous les salariés des entreprises du secteur formel cotisent. Une communication hasardeuse sur l'obligation d'adhésion, qui, en fait, « aurait été facultative », a amené plusieurs groupes de fonctionnaires à demander le remboursement des cotisations prélevées. La CANAM a accepté le remboursement partiel et a conservé les fonds correspondant à la période de stage, ce qui ouvre la possibilité de bénéficier immédiatement des prestations, en cas de retour. Les enseignants, les enseignants du supérieur, les militaires sont les groupes « démissionnaires ». A l'exception des enseignants du supérieur, il semble qu'ils aient décidé de revenir. Les agents publics de santé ont également fait des difficultés pour adhérer à l'AMO, car ils ont estimé que la loi Hospitalière leur donnait accès à des soins gratuits en secteur public. Il semble aussi qu'ils vont « rentrer dans le rang ». Pour les employés des entreprises privées, les retraits ont créé une situation confuse. Tous les

employés d'une même entreprise n'ont pas souhaité se retirer et les entreprises ne devaient récupérer qu'une partie des cotisations versées, ce qui est difficile à gérer.

Pour le RAMED, en dépit de la gratuité offerte, peu de personnes ont été immatriculées et le nombre de bénéficiaires a été très loin des prévisions.

Enfin, si l'on considère le développement des mutuelles, lancé depuis 1996 (Code de la mutualité), il est resté modeste, en dépit des efforts de l'UTM (créée en 1998).

Les dispositifs « gratuits » (hors RAMED) ont eu un apport incontestable, mais ils sont fragmentés et sont largement dépendants de l'aide extérieure.

Ces premiers constats posent la question des explications de la situation actuelle de la couverture : est-elle due aux montages institutionnels ? A l'attitude des populations ? A la faible attractivité des prestations offertes ? Aux conditions de financement ? Une présentation systématique de la couverture maladie permettra d'éclairer ces diverses interrogations.

1-3 Etat de la protection maladie : les institutions

La politique nationale de couverture maladie s'est caractérisée au Mali par un effort initial sur le développement des mutuelles dans les années quatre-vingt-dix et de l'assurance maladie volontaire. Lancée à l'époque par la Direction de l'action sociale du Ministère de la santé, elle a été reprise par le Ministère du Développement sociale, quand il a été créé. Ce Ministère a poursuivi l'effort en matière de protection maladie, comme élément de la protection sociale.

L'instauration de régimes d'assurance maladie obligatoire et d'un régime d'assistance pour les indigents a fait l'objet d'un assez long processus (à partir de 2003) qui a abouti aux lois de 2009 instituant l'AMO et le RAMED, créant la CANAM et l'ANAM, avec la mise en place de la gestion déléguée de l'AMO à l'INPS et à la CMSS. Ces régimes sont devenus opérationnels en 2011. Les dispositifs de gratuité ont été mis en place progressivement, plus nettement à partir du début du siècle, en lien avec de graves problèmes épidémiologiques (VIH/SIDA par exemple) ou avec les objectifs du millénaire qui mettaient l'accent sur la santé maternelle et infantile. C'est le Ministère chargé de la santé qui en a assuré la mise en œuvre.

Du point de vue des institutions, la protection maladie relève aujourd'hui de cinq organismes centraux fonctionnels, plus ou moins déconcentrés, qui sont sous la tutelle du MSAHRN : quatre EPA (CANAM, INPS, CMSS, ANAM) et un organisme privé mutualiste (UTM). Le MSHP complète le dispositif central pour la gestion des dispositifs de gratuité. En outre, un ensemble d'organismes décentralisés, constitué par environ 180 mutuelles ou unions mutualistes participe à la couverture.

1-3-1 La CANAM et les OGD de l'AMO

« La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) est un établissement public à caractère administratif, créée par la loi N°09-016 du 26 juin 2009. Le décret N°09-553/P-RM du 12 octobre 2009 fixe son organisation et ses modalités de fonctionnement. Elle a pour mission la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire. A ce titre, elle est chargée de :

- l'encaissement des cotisations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire;
- l'immatriculation des employeurs et des assurés et la mise à jour des droits des bénéficiaires;
- l'allocation aux organismes gestionnaires délégués des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante;
- la passation des conventions avec les formations de soins et le suivi de leur déroulement;
- l'appui aux organismes gestionnaires délégués et le contrôle de leurs activités;
- le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire;
- l'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire;
- la consolidation des comptes des organismes gestionnaires délégués. »⁸

On trouvera dans l'annexe 3 l'organigramme de l'institution.

La CANAM est, à ce jour, implantée à Bamako. Sa présence sur le terrain n'est effective qu'à travers les missions de ses 14 médecins conseils, sachant qu'elle a en projet des bureaux régionaux (voir annexe). En fait, une bonne partie de la gestion de l'AMO repose sur les deux organismes délégués.

Le budget de la CANAM est de l'ordre de 22 milliards de FCFA (2013)⁹.

Les deux OGD sont les chevilles ouvrières de la gestion de l'AMO. L'INPS a utilisé pour cela l'organisation dont elle disposait en ajoutant des unités de gestion dédiées à l'AMO (bureaux AMO). Déjà présent à Bamako, en régions et dans les cercles, il lui reste à compléter les bureaux AMO dans une vingtaine de cercle¹⁰. La CMSS a considérablement développé son organisation pour répondre aux impératifs de gestion. Elle est présente à Bamako, en régions et dans tous les cercles où elle a monté des bureaux AMO, avec deux personnes.

Les deux organismes

- Pré immatriculent et collectent les cotisations, à travers les paiements des entreprises ou le transfert des prélèvements opérés par le service de la solde ;
- Transfèrent le montant collecté à la CANAM ;
- Reçoivent une dotation de gestion à leur siège respectif ;
- Réceptionnent les factures en périphérie, où a lieu un premier contrôle de conformité, et font la saisie, puis les envoient à leur siège à Bamako, où a lieu un deuxième contrôle de conformité a posteriori. Les factures sont conservées par les OGD ;
- Le siège demande l'aval de la CANAM avant paiement ;

⁸ Source : Projet de budget 2013 de la CANAM.

⁹ Voir Annexe 3 du Rapport annexe.

¹⁰ Voir annexe3 du Rapport annexe.

- Le paiement se fait au plus près des prestataires, à Bamako par le siège de chaque OGD, au niveau périphérique par les entités déconcentrées recevant des avances de leur siège respectif.

Les deux organismes ciblent des populations bien définies, mais sont ouvertes à l'adhésion d'autres catégories. Il y a une possibilité d'adhésion volontaire pour les non-salariés (indépendants) à l'INPS, mais elle est assortie de l'obligation d'acheter le produit retraite de l'INPS. La CMSS aurait aussi la possibilité d'accueil de personnes ne relevant pas de la Fonction publique¹¹.

1-3-2 L'ANAM

L'ANAM est un établissement public à caractère administratif, créée par la loi N°09-031 du 27 juillet 2009. Le décret N°09-554 du 12 octobre 2009 fixe son organisation et ses modalités de fonctionnement. Elle a pour mission la gestion du RAMED.

Sa population cible est hétérogène et comprend : les personnes déclarées indigentes, les « sans domicile fixe », les détenus, les pensionnaires d'établissements sociaux et, avec les événements, les déplacés et les réfugiés.

L'ANAM n'est pas, en tant que telle, présente en-dehors de Bamako. Si elle dispose de trois médecins conseils, basés au siège, mais susceptibles d'aller en région, son activité sur le terrain dépend des maires des communes, qui délivrent les certificats d'indigence ou des fonctionnaires des directions régionales du MSHARP, qui interviennent dans l'identification des indigents. Les dossiers préparés en périphérie remontent à l'ANAM, qui immatricule les personnes pour une année et délivre des récépissés permettant l'accès aux soins du secteur public. Il est néanmoins prévu que des cartes attestent les droits liés à l'affiliation au RAMED. Les factures des formations de santé remontent à Bamako, où elles sont vérifiées avant paiement par le siège.

L'ANAM reçoit une dotation de fonctionnement et une dotation pour la couverture des prestations, sous forme de versements trimestriels de 150 millions FCFA depuis 2012. Son budget annuel a été de 1,4 milliards FCFA de 2011 à 2013. Pour 2014, le budget prévisionnel est de 2,3 milliards FCFA. Dépensant peu en prestations, l'ANAM a en dépôt à la banque environ 500 millions FCFA ¹².

1-3-3 Les mutuelles et l'UTM

Les mutuelles maliennes relèvent du Code de la Mutualité, promulgué en 1996. Ce sont des organismes privés à but non lucratif proposant des prestations d'assurance maladie volontaires à la population. Il n'est pas inutile de rappeler que chaque mutuelle est autonome et effectue en principe toutes les opérations nécessaires à la gestion des garanties qu'elle propose, mais qu'elle a la possibilité d'adhérer à une union mutualiste, avec laquelle elle pourra partager une partie des fonctions de production de l'assurance maladie correspondant à sa garantie. Cette union pourra aussi lui fournir des possibilités supplémentaires d'offre de produits d'assurance à la population. Par exemple, une union mutualiste pourra effectuer la gestion de la garantie

¹¹ Source : entretien avec Madame Dicko, DG de la CMSS

¹² Voir Annexe 4 du Rapport annexe.

de ses mutuelles de base adhérentes (contrôle des factures et paiement des prestataires surtout) et leur proposer de diffuser un produit propre à l'Union. Cette organisation mutualiste classique est propice au renforcement technique des mutuelles de base, généralement de petite taille, et concourt à une plus grande efficacité du service des prestations. En effet, les mutuelles sont censées bénéficier des services bénévoles de leurs responsables élus et ne peuvent pas toujours payer des salariés, soit pour la sensibilisation des populations, soit pour la gestion des prestations.

Dans cette architecture, l'UTM joue un rôle très important au Mali. En tant qu'union mutualiste créée en 1998, c'est l'organisme fédérateur du mouvement malien et elle joue le triple rôle d'agence de développement, de structure d'appui aux mutuelles de terrain et de représentation. En outre, elle a conçu un produit d'assurance maladie, l'*AMV*, qu'elle gère, en utilisant notamment ses antennes (Kayes, Ségou, Sikasso, Mopti, Tombouctou, Gao). Pour ce produit, le siège produit les cartes et fait la gestion du risque, les antennes réalisant l'adhésion, la collecte des cotisations et la gestion de la garantie (vérification des factures et paiement des prestataires de soins).

L'organisation mutualiste s'est développée assez lentement, pour diverses raisons. L'une d'elles est le manque de fonds propres et la nécessité d'obtenir des ressources venant de PTF. Depuis plusieurs années, l'Etat malien subventionne la mutualité, dans le cadre de divers programmes, financés par l'Etat ou l'extérieur. On retiendra notamment la Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé (SNEM), financée par le Ministère chargé des Affaires sociales, qui consiste à subventionner les mutuelles, dès lors qu'elles se regroupent au niveau communal et s'inscrivent dans un processus de création d'unions de district. Ce programme, mené en partenariat avec l'UTM et ses antennes, prévoit entre autres un transfert de ressources monétaires directement au niveau des mutuelles¹³.

1-3-4 Le Ministère de la santé et de l'hygiène publique

Le MSHP gère les dispositifs de gratuité, dont la liste est longue : paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, césarienne, vaccinations, malnutrition, cancer, ver de Guinée, maladies tropicales, cécité etc.¹⁴. Pour cela, il dispose de budgets, en principe non fongibles, issus soit du budget de l'Etat, soit de sources extérieures (PTF). La gestion de ces budgets est centralisée et se fait selon deux modalités. La première est le pré positionnement d'intrants dans les formations de santé, la seconde est le remboursement aux formations des dépenses engagées. La seconde modalité tend à se généraliser, ce qui suppose un envoi de factures au MSHP, une vérification et un paiement. Les Directions régionales sont mobilisées, ainsi que les unités chargées des programmes verticaux. L'organisation de ce type de couverture maladie est donc assez fragmentée, même si le MSHP est en dernier ressort le gestionnaire principal.

¹³ Voir Annexe 5 du Rapport annexe pour les effectifs et les éléments budgétaires.

¹⁴ Voir Annexe 6 du Rapport annexe et le Rapport de la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMED et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'Etat (voir références)

On note aussi qu'il n'y a pas d'enregistrement nominatif des bénéficiaires au niveau de l'administration, centrale ou déconcentrée. Seules les formations relèvent les identités dans les registres.

1-4 Etat de la protection maladie : le champ personnel

Le champ personnel désigne l'ensemble des bénéficiaires des divers régimes ou dispositifs de couverture maladie. On prendra ici en général la base 2013 pour les effectifs, lorsque les chiffres nous ont été disponibles.

En laissant d'abord de côté les bénéficiaires des dispositifs de gratuité, on peut établir un tableau donnant les effectifs¹⁵ de bénéficiaires des divers régimes d'assurance et d'assistance et les rapporter aux populations cibles correspondantes (tableau 1).

Tableau 1 : les bénéficiaires des régimes d'assurance et d'assistance médicale (2013)

Type de couverture (hors dispositifs de gratuité de l'Etat)	Nombre de bénéficiaires (A)	Taille estimée de la population cible (B)	Taux de couverture de la population cible (A/B)
AMO	365 000 (57,9%)	2 635 000 (17%)	13,9%
Mutuelles	265 000 (40,7%)	12 090 000 (78%)	2,2%
RAMED	8 700 (1,4%)	775 000 (5%)	1,1%
Ensemble	638 700 (100%)	15 500 000 (100%)	4,1%

Pour l'AMO, régime obligatoire, on est très loin du compte, ce qui s'explique en partie par l'erreur de communication rappelée plus haut. La situation serait en passe de s'améliorer, mais il n'est pas certain que l'on obtienne la couverture souhaitée pour la population cible avant 5 ou 6 ans. On note que plus de la moitié des bénéficiaires sont des salariés du secteur privé et que plus de la moitié des bénéficiaires sont à Bamako¹⁶.

Pour les mutuelles, le taux de couverture de la population cible –très faible- est probablement surestimé, car une partie des adhérents de la mutualité sont dans le secteur formel et sont couverts par le produit AMV de l'UTM¹⁷. Il est intéressant de noter que, fin 2013, les bénéficiaires du produit AMV étaient 58 512, contre 55 854 fin 2012. Cette augmentation est paradoxale au moment où l'AMO est en montée en charge et traduit probablement la satisfaction des adhérents à l'égard de la couverture fournie par l'AMV. Ainsi l'AMV représente 22% des mutualistes, 78% relevant de la couverture offerte et gérée par les mutuelles elles-mêmes.

Le RAMED n'a pas encore réalisé sa montée en charge, en dépit de la gratuité des prestations. Deux explications viennent à l'esprit : le mode d'affiliation et la faible présence de l'ANAM sur le terrain. L'affiliation individuelle se fait par deux voies différentes. La première implique que les personnes qui s'estiment indigentes s'adressent à la mairie de leur commune

¹⁵ Ces effectifs sont des estimations obtenues à partir des chiffres communiqués. Ils ne sont pas très précis, mais les ordres de grandeur sont les bons.

¹⁶ Voir Annexe 3 du Rapport annexe.

¹⁷ On peut estimer que 80% des adhérents de l'AMV sont dans le secteur formel (fonctionnaires et employés d'entreprises).

pour obtenir un certificat d'indigence. La mairie lance une enquête sociale, en utilisant les services de la Direction régionale si nécessaire, au bout de laquelle l'affiliation est accordée (ou non). Il faut ensuite que la personne éligible récupère son récépissé. On voit que l'initiative de la personne et sa relation à la mairie sont importantes dans cette modalité d'affiliation et que la procédure est un peu lourde. La seconde voie est l'affiliation par l'entrée dans une formation de santé (par exemple urgence hospitalière). L'impossibilité de régler la facture déclenche l'enquête sociale qui, si elle est favorable, entraîne l'envoi direct de la facture à l'ANAM. Ces modalités indiquent qu'il n'y a pas de recensement a priori des indigents (par la mairie, par les services de la direction régionale de l'action sociale) et, d'ailleurs, même pour les affiliés statutaires (détenus, pensionnaires d'œuvres sociales) l'affiliation a priori ne semble pas systématique. L'immatriculation par l'ANAM est conditionnée par la production du certificat d'indigence des maires, qui jouent un rôle essentiel dans le dispositif. Si l'ANAM était présente sur le terrain, elle pourrait inciter les maires à produire des listes d'indigents et les certificats correspondants. Ce n'est pas le cas, l'agence se contentant de réunions annuelles à Bamako. L'ANAM pourrait aussi mobiliser plus systématiquement les directions régionales, mais celles-ci n'ont pas de moyens (carburant par exemple) et semblent attendre que l'ANAM leur en fournisse.

On voit que la gratuité offerte par le RAMED ne suffit pas à ce que la couverture maladie soit effective.

Les formules de gratuité ciblent soit des pathologies (malaria, tuberculose, VIH/SIDA, etc.), soit des situations de recours aux soins (suivi de grossesse/accouchement), soit des catégories de personnes bien identifiées (en-dehors des indigents qui relèvent du RAMED), comme les personnes handicapées ou les anciens combattants. En ce sens, elles ont un caractère universel. Il n'est pas toujours facile d'identifier les populations cibles¹⁸.

1-5 Etat de la protection maladie : champ matériel

Le champ matériel désigne **la garantie** offerte par un régime ou un dispositif de couverture maladie. Il comprend les prestations de soins prises en charge, les copaiements, les établissements conventionnés par le régime, les ayants droit associés aux assurés.

L'AMO offre un panier de soins étendu : actes ambulatoires et en hospitalisation, médicaments en DCI et spécialités, examens de laboratoire, imagerie¹⁹. On y reviendra. Il y a en général un ticket modérateur de 20% pour les soins en hospitalisation et de 30% pour les soins ambulatoires.

Les formations de santé du secteur public et du secteur communautaire sont conventionnées, ainsi qu'un certain nombre d'officines et de laboratoires privés. Il est prévu d'étendre prochainement la garantie à des cliniques privées, avec qui des tarifs auraient déjà été négociés. Le panier de soins initial de l'AMO avait déjà été étendu pour intégrer des médicaments sous forme de spécialités, pour donner accès aux officines et aux laboratoires privés. Cette extension correspondait au désir de mieux satisfaire les attentes des assurés

¹⁸ Voir Annexe 6 du Rapport annexe.

¹⁹ Voir Annexe 3 du Rapport annexe.

potentiels, qui, en particulier, avec nombre de médecins, avaient une certaine prévention à l'égard des médicaments en DCI. Une nouvelle liste de médicaments admis au remboursement a donc été proposée à l'agrément du MSAHRN.

La garantie de l'AMO se caractérise par une conception large des ayants droit, adaptée à la société malienne. Les parents de l'assuré sont aussi bénéficiaires des prestations, au même titre que les conjoints et les enfants de moins de 18 ans.

Pour les mutuelles, la garantie dépend de l'organisme, qui peut décider du mode d'adhésion familiale, des prestations couvertes et des établissements conventionnés. Pour les mutuelles de base, la tendance générale est à une garantie réduite en termes de prestations et d'établissements conventionnés. Le panier de soins ne couvre souvent que les soins de premier recours dans un CSCom avec ticket modérateur. La prise en charge des soins au CSRef est quand même assez répandue, dans le cadre de la référence. Les ayants droit sont le plus souvent la famille nucléaire, mais le fait d'imposer une cotisation par tête résout le problème des ayants droit. La garantie offerte par le produit AMV de l'UTM est beaucoup plus complète. Il existe d'abord des options qui permettent d'accéder au secteur privé, associées évidemment à des niveaux différents de cotisation. Les établissements conventionnés sont dans tout le Mali. Les soins ambulatoires et hospitaliers sont couverts, ainsi que les médicaments en DCI et les examens de laboratoire. Toutefois, l'imagerie médicale est mal couverte par l'AMV. En principe, l'adhésion à l'AMV est familiale, mais, comme la cotisation est par tête, il est fréquent que toute la famille ne soit pas couverte.

Le RAMED offre l'accès à un panier de soins étendu, dans le secteur public seulement et sans ticket modérateur. Ce panier correspond à celui qui avait été initialement prévu pour l'AMO. Les ayants droit sont les conjoints et les enfants, les ascendants étant ici exclus.

Les formules de gratuité offrent des garanties particulières, qui valent pour toute personne concernée : par exemple personne atteinte de tuberculose, femme enceinte, etc. Les prestations correspondantes sont normalisées (ex : kits de césarienne) et il peut arriver que, pour la prise en charge de la situation, des suppléments soient nécessaires, qui sont à la charge des usagers. Les formules de gratuité posent aussi la question de l'accès aux formations, qui n'est pas gratuit, mais qui peut empêcher de bénéficier des prestations. Des dispositifs complémentaires comme les Caisses de solidarité ont été mis en place pour pallier cette lacune de la gratuité, dans le domaine de l'accouchement. Ces dispositifs organisent par exemple un partage des coûts entre usager/collectivité de résidence et Csref.

1-6 Etat de la protection maladie : le financement de la couverture, les recettes et les dépenses

L'AMO tire principalement ses ressources des cotisations, partagées entre employés et employeurs. La CANAM reçoit en outre une subvention publique (moins de 2% du budget). Ses ressources servent d'une part à payer les prestations techniques, d'autre part à couvrir les

frais des organismes gestionnaires (CANAM et OGD). Le montant des prestations couvertes s'est élevé à 5,8 milliards FCFA du 1^{er} janvier 2011 au 8 juillet 2014²⁰.

Le RAMED était censé couvrir les dépenses techniques et d'administration grâce à une subvention partagée entre l'Etat (65%) et les Collectivités territoriales (35%). Les collectivités n'ont pas versé leur contribution à ce jour²¹.

Les Mutuelles tirent leurs ressources des cotisations, variables d'un groupement à l'autre, et des subventions publiques qu'elles reçoivent (cf. MSAHRN). Peuvent s'y ajouter des apports en nature ou en espèces de la part des appuis extérieurs. L'UTM reçoit les cotisations de ses membres, encaisse les cotisations de l'AMV et une série de subventions venant de l'Etat et de ses partenaires²².

Les dispositifs de gratuité sont financés par des subventions publiques (MSHP) et des apports extérieurs. Certains de ces apports passent par le budget public, d'autres sont versés directement.

En 2011, plus de 15 millions \$ (soit plus de 7 milliards de FCFA) ont été versés pour les kits et les intrants²³.

2- La CSU au Mali : là où l'on veut arriver

2-1 Où l'on veut arriver

La politique de Couverture sanitaire universelle (CSU) a un triple objectif :

- Fournir à toutes les personnes résidant au Mali une couverture maladie ;
- Organiser cette couverture pour qu'elle donne accès à un panier de soins répondant à l'ensemble des besoins du pays ;
- Réduire au maximum la charge financière des ménages recourant aux services de soins essentiels.

Cette politique est à mettre en œuvre de façon progressive, car, si elle nécessite la construction d'un système de couverture maladie pour tous, elle suppose aussi le développement et l'amélioration du système de soins dans le sens d'une plus grande disponibilité des services et d'une meilleure qualité des prestations.

Pour ce qui est de l'étape actuelle, il s'agit :

a) de définir un panier de soins constituant une bonne référence pour tous dans l'état du secteur de la santé malien ;

b) de renforcer et de structurer la couverture maladie comme système de financement des soins « par la demande », principalement au profit des ménages du secteur informel.

²⁰ Voir Annexe 3 du Rapport annexe pour les détails.

²¹ Voir Annexe 4 du Rapport annexe pour les détails.

²² Voir Annexe 5 du Rapport annexe pour les détails.

²³ Voir Annexe 6 du Rapport annexe pour les détails.

Autrement dit, à partir d'un panier de soins assez complet, il s'agit d'œuvrer à la réduction maximum du paiement direct (OOP) et à son remplacement par un dispositif dont l'inspiration est l'Assurance sociale.

Pour atteindre ces objectifs, **il est indispensable de poser un principe explicite d'obligation d'adhésion à l'AMU pour tous les maliens, inscrit dans une loi**, mais à appliquer selon des modalités à préciser. Il est en effet évident que l'adhésion volontaire à l'assurance ne peut faciliter la mise en place de la CSU. On l'a vu à la fois en observant la lenteur du développement des mutuelles et en constatant l'effet démobilisant de l'annonce selon laquelle l'adhésion à l'AMO serait facultative.

Le corollaire de l'obligation d'adhésion est **la mise en place d'une offre publique de CRM**, qui permette aux maliens de se conformer à la loi. Cette offre doit prendre la forme d'un dispositif aussi unifié que possible, accessible partout et à toutes les catégories de population et réalisant les fonctions classiques de financement de la santé : collecte des ressources (collecting), mutualisation des ressources collectées (pooling) et achat de services (purchasing), ainsi que des fonctions plus spécifiques à l'assurance sociale (enregistrement, attestation des droits, contrôles, etc.).

2-2 Ce que cela implique

Les implications de l'obligation d'assurance et de l'existence d'une offre publique de couverture sont de deux ordres :

1° Il faut qu'existe un ensemble d'organismes de gestion (OG) de la CRMU, réalisant les trois fonctions de collecte, mutualisation et achat de services et les sous-fonctions qu'elles supposent. La mise en place et le fonctionnement de ces organismes ne préjugent pas du niveau de contribution des personnes couvertes : cotisation d'assurance entièrement à la charge des personnes couvertes, cotisations partagées avec un employeur, cotisations subventionnées ou entièrement prises en charge par l'Etat). Il s'agit là de la traduction pratique du financement par la demande et de la séparation entre prestataire et payeur que ce type de financement implique. Autrement dit, qu'il s'agisse de régime contributif ou de système de gratuité, ces OG sont indispensables. Ils matérialisent l'offre publique de couverture du risque maladie, mais ne sont pas nécessairement des établissements publics. Pour offrir la CRMU, certains OG peuvent recevoir une délégation de l'institution publique faitière en charge de la CRMU. Ainsi, on peut imaginer des OG centraux responsables de la réglementation générale, de la régulation, de la mutualisation des ressources et des OG présents sur le terrain pour la collecte et l'achat de services. Ce schéma, déjà appliqué pour l'AMO n'est pas une innovation au Mali et on l'observe dans la plupart des pays qui ont mis en œuvre la CRMU (Ghana, Rwanda).

2° Il faut que des textes juridiques soit produits à la fois pour adapter l'existant et définir ce qui sera nouveau du fait de la CSU.

2-3 Orientations pour l'action

2-3-1 Une organisation renforcée avec un fort potentiel de développement

La CRMU au Mali va d'abord représenter une augmentation considérable du champ personnel, puisqu'il faut passer de 4% à 100% de couverture et, pour le secteur informel de 2% à plus de 70%. **L'organisation de la CRMU va donc être sans commune mesure avec celle qui existe** pour l'AMO, l'assurance volontaire offerte par les mutuelles et le RAMED. Au minimum, l'organisation actuelle doit être renforcée, mais **elle doit surtout avoir les moyens de s'étendre**. Le besoin d'investissement initial doit être reconnu et accepté pour pouvoir avancer.

2-3-2 Une couverture unifiée

Les principes de la CRMU, l'expérience des systèmes de protection maladie et les souhaits exprimés par les cadres de l'administration plaident pour **un dispositif de couverture aussi unifié que possible, voire l'instauration d'une** caisse unique.

L'unification des dispositifs existant est une nécessité. La proposition d'un panier de soins de référence, la normalisation des procédures de gestion sont deux éléments d'unification auxquels on ne saurait déroger.

Toutefois, il faut s'entendre sur ce que peut être une caisse unique. Sans doute faut-il éviter de multiplier les organismes centraux de gestion. Sans doute faut-il construire sur l'existant et réfléchir avant de créer un nouvel EPA. Mais il faut probablement éviter de mettre dans une seule institution gigantesque toutes les fonctions de gestion de la CRMU. Aussi doit-on comprendre par « caisse unique » : « **caisse faitière unique** » et avoir constamment en mémoire les possibilités de délégation de gestion, qui peuvent être sources d'efficacité et d'efficience. Si l'on admet ces arguments, on débouche ainsi sur l'idée que **c'est à partir de la CANAM qu'il faudra concevoir l'organe faitier unique de la CRMU. Cette caisse est unique pour la mutualisation du risque, qui a trait à la fonction générale de pooling et à la fonction technique de gestion du risque**

2-3-3 Le rôle de l'Etat malien

Devant un chantier aussi énorme que la CSU, le rôle primordial de l'Etat ne fait pas discussion. Le maître d'ouvrage désigné est aujourd'hui le MSAHRN pour la CRMU, dont on voit l'importance dans la politique de CSU. Il devra de toute façon associer à son action le MSHP et le MEF, comme on aura l'occasion de l'indiquer. Il conviendra alors de réfléchir à l'implication des plus hautes autorités de l'Etat pour faciliter cette association et, au-delà, le bon fonctionnement de la CRMU.

Le rôle de l'Etat est étendu, mais assez bien circonscrit.

1° Le rôle législatif est essentiel. C'est là que sera fixé le principe de couverture à caractère obligatoire et que seront définies les institutions de la CSU.

2° La conception et le pilotage des réformes vont permettre de préciser les orientations et de leur donner une traduction pratique. En particulier, le choix de l'assurance sociale comme mécanisme principal de couverture devra être réaffirmé et son implication (définition de la

part contributive du financement) précisée. **La gestion découlant du choix d'un mode de financement par la demande**, qui implique une organisation autonome et une relation particulière avec les prestataires, devra être bien définie. L'organisation sur le terrain de **l'offre publique de couverture du risque maladie** devra faire l'objet d'une attention particulière, car c'est à ce niveau qu'il faut désigner les organismes délégataires de gestion et fixer leur champ d'intervention.

3° L'apport d'argent public dans les ressources de la CRMU ne doit pas être oublié, car il est exclu que la contribution des ménages suffise à financer le panier de soins de l'assurance maladie, estimé a priori autour de 6600 FCFA par personne et par an. Pour le secteur informel et les indigents (12,865 millions de personnes), un premier ordre de grandeur²⁴ est un montant annuel de l'ordre de 85 milliards FCFA, en supposant que l'Etat finance 80% du panier pour le secteur informel et 100% pour les indigents. Ce montant n'est pas hors de portée du Mali, mais il conviendra de le mobiliser. Cela implique en particulier que le MSAHRN, maître d'ouvrage de la CSU, associe le Ministère de l'Economie et des finances au processus pour trouver les meilleures formules pour garantir le financement public. L'étude sur les financements innovants prévue dans le cadre du montage de la CSU sera utile pour cela.

4° L'exercice de la tutelle des organismes gérant la CRMU (organisme faîtier d'abord, organismes délégués ensuite), doit être considéré avec beaucoup de sérieux comme un des rôles essentiels de l'Etat dans le cadre de la CSU. Le MSAHRA est a priori désigné pour cela. Il faudra se demander s'il est aujourd'hui pourvu de moyens suffisants pour exercer la tutelle sur la CANAM, l'ANAM et les mutuelles et jusqu'à quel niveau il faudra renforcer ces moyens pour passer à la tutelle de la CRMU.

2-4 Fonctions associées au financement par la demande et à la mise en place d'une offre publique de couverture maladie

Le financement par la demande envisagé ici suppose qu'un organisme tiers se substitue au paiement direct des personnes qui recourent aux soins, en rendant a priori solvable les plus pauvres.

Pour cela, le dispositif de CRM doit être en mesure :

- d'enregistrer, avant les soins, ceux qui contribuent et les indigents ;
- de fournir à tous les assurés les moyens d'attester leurs droits auprès d'un ensemble de formations de santé conventionnées;
- de recevoir les factures correspondantes, de les valider et de les payer.

Le dispositif doit bénéficier de sources de financement dont il pourra mutualiser les apports. La fonction de mutualisation est à mettre en place au sommet de l'organisation, si l'on veut se donner la possibilité de redistribution.

²⁴ Cette estimation ne tient pas compte du transfert à la CRMU des ressources de la gratuité, fait abstraction d'un possible financement des collectivités territoriales et table sur un coût du panier de soins qui risque d'être révisé à la hausse.

Mais l'achat de services suppose une canalisation des ressources mutualisées vers les lieux de paiement au plus près des prestataires (fonction d'approvisionnement en trésorerie). Cet achat de services doit être normalisé avec un objectif de qualité des soins. Il repose sur une fonction de conventionnement, incluant accréditation et négociation des modalités de rémunération des prestataires (par exemple avec des formules de capitation et/ou un paiement à la performance).

La garantie offerte dans le cadre de la CRMU doit être gérée, avant paiement et enregistrement des paiements, à travers des fonctions de contrôle : contrôle d'effectivité des prestations (les soins facturés ont-ils été dispensés ?), d'opportunité (les soins étaient-ils nécessaires ?), d'efficience (ont-ils été dispensés dans le respect des bonnes pratiques ?).

Enfin, le dispositif doit être capable d'apprécier l'évolution du coût du risque couvert et de prendre les mesures nécessaires pour y faire face : fonctions de gestion du risque (enregistrement des dépenses selon les items du panier de soins, par prestataire et par assuré, analyse statistique et actuarielle, repérage des fraudes) et de régulation (modifications du panier et des co-paiements, des modes de rémunération des prestataires, dé-conventionnements éventuels, sanctions diverses, etc.).

Cette liste de fonctions doit se retrouver dans l'organisation des entités concourant à l'offre publique de couverture qui doit en outre veiller à ce que toutes les catégories de population puisse accéder aux organismes de la CRMU (fonction d'accueil de proximité), qu'elles soient également traitées (disponibilité du panier de soins de référence dans les formations conventionnées et accompagnement éventuel des assurés) et qu'il n'y ait pas de différence dans les procédures de gestion selon le niveau de contribution et selon les OG mobilisés.

La mise en place de l'offre publique de couverture consiste dans la répartition de l'exercice des diverses fonctions énumérées à différents niveaux géographiques et entre divers organismes participant à la gestion sous la responsabilité de l'organisme faîtière.

Pour cela, il est utile d'apprécier quelles sont les performances des organismes de gestion existant dans l'exercice de ces fonctions.

3- Performances des institutions participant à la couverture maladie existante

3-1 Les institutions gérant l'AMO

3-1-1 La CANAM

La CANAM a été effectivement créée en 2011 et elle est fonctionnelle.

La question de l'obligation a été clarifiée et rien ne s'oppose à ce que sa montée en charge s'accélère.

La CANAM réalise le conventionnement des établissements. Elle semble avoir eu une action assez dynamique dans ce domaine²⁵.

Elle a mis au point avec un prestataire des logiciels utiles pour sa gestion et les a en partie transmis à l'ANAM, ce qui n'a pas été sans problème (voir plus bas). Il est difficile de savoir si son système d'information est complet et si elle est en position de produire des outils communs transmissibles à d'autres organismes qui participeraient à la gestion de le CSU.

On note aussi, d'après son budget (en Annexe 3), qu'elle a une bonne capacité d'investissement, si bien que diverses questions qui semblent aujourd'hui en instance de résolution seront prochainement réglées.

Ainsi, elle n'a probablement pas atteint le niveau de technicité qu'elle vise et, pour diverses fonctions, elle apparaît comme dépendante de ses deux OGD. **On comprend alors qu'elle se perçoive aujourd'hui plus comme un organe de régulation de l'AMO que comme une caisse centrale assurant toutes les fonctions de l'assurance maladie**²⁶. Les remarques faites ici doivent être prises avec précaution, car la mission n'a pas permis de vérifier certaines hypothèses faites à la suite des entretiens ou de l'examen des données fournies. Il faut savoir qu'une évaluation de la CANAM est en cours, qui confirmera ou infirmera les remarques faites ici et en produira bien sûr beaucoup d'autres.

Pour toutes les opérations d'enregistrement, la CANAM ne peut rien faire de plus que reprendre les informations qui lui sont transmises, telles qu'elles lui sont transmises.

Pour l'immatriculation, les deux OGD pré-immatriculent les personnes et la CANAM produit ensuite les numéros et les cartes. En principe, avec les cotisations, devraient lui être transmises les listes nominatives des personnes ayant cotisé. Cela ne semble pas le cas. Pour les fonctionnaires, la relation avec le service de la solde doit permettre de faire le rapprochement entre liste des cotisants mensuels et immatriculés. Pour les employés du secteur privé, c'est impossible, si bien qu'une partie des immatriculés pourrait ne pas être à jour de cotisations patronales ou salariales, sans que la CANAM s'en aperçoive. En outre, la CANAM n'a apparemment pas de base de données à jour sur les effectifs (et les noms) des employés des entreprises privées qu'elle devrait affilier. L'INPS a probablement ces informations, mais cela reste à vérifier, car le suivi des assurés de l'INPS est peut-être lui-même imparfait. Quoi qu'il en soit, la CANAM a du mal à faire des prévisions sur les effectifs et, à partir de là, sur les dépenses techniques.

La CANAM ne paye pas les prestataires, si bien qu'elle n'a pas d'observation directe du recours aux soins, ni des dépenses à la charge de l'AMO. L'impression est donc, qu'actuellement, la CANAM travaille un peu en aveugle et qu'elle est dans un rapport de force défavorable par rapport aux OGD pour l'accès aux informations. Un exemple de ce rapport de force défavorable est la relative déconnection des dotations techniques de gestion versées aux OGD du coût réel du risque. La CANAM verse une somme censée correspondre

²⁵ Voir un exemple de convention en Annexe 3 du Rapport annexe.

²⁶ Source : entretien avec le DG de la CANAM

au coût du panier de soins multiplié par le nombre de bénéficiaires. Or le coût du panier a été surestimé au moment du lancement de l'AMO²⁷.

Elle n'a pas de services sur le terrain, si bien qu'elle n'a pas de relation directe avec les assurés et ne peut les accompagner si besoin est. Elle reçoit des montants de cotisation, sans faire elle-même directement l'identification des personnes. Elle effectue le pooling des cotisations versées par l'INPS et la CMSS.

Elle laisse aussi aux OGD le soin du contrôle initial des prestations et n'opère qu'un contrôle a posteriori. Elle a 14 médecins conseils, qui vont sur le terrain, mais on aimerait être sûr qu'ils ont les moyens de vérifier l'effectivité ou la qualité des prestations.

La CANAM doit gérer in fine une garantie qui semble assez généreuse, du point de vue de l'accès au secteur privé qu'elle offre. En particulier la prise en charge des spécialités et non pas seulement les médicaments en DCI fait que l'on observe déjà que la pharmacie est un poste de dépenses très important²⁸. Sur la période janvier 2011-juillet 2014 (42 mois), le médicament acheté en officine représente 75,7% des prestations d'AMO, dont 42,2% à Bamako et 33,5% en régions. Les soins à Bamako représentent quant à eux 57,7% du montant total : 42,2% pour la pharmacie, 5,4% pour les laboratoires, 5% pour les hôpitaux, 3,7% pour les CSRef et 1,4% pour les CCom. A l'évidence, c'est l'accès au secteur privé qui va absorber la plus grande part de la dépense couverte, le secteur public coûtant peu. On reviendra sur ce point à propos du panier de soins.

3-1-2 Les OGD

L'INPS et la CMSS ont expérience et ancienneté dans la gestion de la protection sociale de leurs affiliés respectifs. Ils sont présents dans les cercles par leurs unités déconcentrées et ont mis en place des bureaux AMO. L'INPS dispose de médecins dans les CMIE, la CMSS a recruté des médecins pour la fonction de contrôle médical. Ils ont une bonne pratique des transferts monétaires, qui leur permet de faire passer au niveau de la CANAM les cotisations reçues et de faire parvenir au niveau du paiement les dotations reçues de la Caisse nationale.

On peut s'interroger néanmoins sur le niveau de leur performance en matière d'enregistrement des assurés et de contrôle des prestataires de soins. Pourtant, l'essentiel est dit dans les Conventions d'objectifs et de moyens signées avec la CANAM, qui semblent donc inégalement respectées.

En principe, l'enregistrement des affiliés de l'AMO devrait être simple pour l'INPS, puisqu'il est le même que celui qui est en place pour l'affiliation au régime « vieillesse ». Les entreprises enregistrées à l'INPS devraient communiquer la liste des affiliés avec le paiement mensuel des cotisations. Mais le flou qui a présidé au lancement de l'AMO, en laissant entendre que le régime était à adhésion volontaire, a perturbé l'enregistrement. Il semble qu'il y ait aujourd'hui deux filières d'affiliation et d'enregistrement. Celle qui a pour origine les entreprises et celle qui se fonde sur l'initiative des employés qui décident de s'affilier ou qui découvrent qu'ils ne l'ont pas été. Les personnes vont-elles-même dans un bureau de l'INPS

²⁷ Voir ci-dessous et dans l'annexe 3 du Rapport annexe, à propos des Conventions d'objectifs et de moyens.

²⁸ Voir Annexe 3 du Rapport annexe.

(par exemple au point focal AMO à Bamako) et demandent à être affiliées. Le dossier est rempli et ensuite transmis au siège, qui va prendre contact avec l'entreprise pour régulariser la situation. La seconde filière d'enregistrement repose sur une démarche individuelle, ce qui n'est pas très satisfaisant pour une affiliation obligatoire. Les organisations participant à l'AMO devraient faciliter l'affiliation en allant plus vers les adhérents, dont la cotisation peut être prélevée directement. Pour l'AMO, il faudrait donc vérifier que l'INPS démarche les entreprises avec suffisamment d'insistance pour éviter l'affiliation individuelle. La situation de la CMSS est un peu différente, puisque c'est l'Etat qui est employeur. Les syndicats de fonctionnaires semblent jouer un rôle d'intermédiation pour négocier la régularisation de ceux qui ont refusé d'adhérer. Quoi qu'il en soit, une démarche globale de régularisation devrait régler la question de l'affiliation et faire le point sur les procédures d'enregistrement des adhérents à partir des deux OGD.

Le contrôle des prestations par les OGD ne semble pas très rigoureux. Pour l'essentiel, les deux organismes effectuent un contrôle de type administratif sur les factures, pour vérifier la conformité des factures avec les actes pris en charge. Ils contrôlent que les prestataires ne facturent pas des actes ou des médicaments qui n'ont pas à être payés par l'AMO, mais on peut s'interroger sur le contrôle d'effectivité et sur le contrôle de pertinence. Plus fondamentalement, le contrôle médical mériterait une investigation particulière pour s'assurer, dans les établissements, des prestations dispensées et, à partir de sondages sur les factures, qu'il n'y a pas de « demande induite ». Les OGD n'effectuent apparemment pas ces tâches et ont, de ce fait une responsabilité limitée dans la gestion de la garantie. En outre, s'ils conservent les factures, le suivi statistique revient à la CANAM sur communication de fichiers. Il semble difficile, dans ces conditions, de repérer des prestataires qui prescrivent beaucoup ou des assurés qui consomment de façon anormale.

L'INPS et la CMSS sont des administrations qui doivent développer des procédures nouvelles dans le cadre de l'AMO. La délégation de gestion devrait les amener à suivre les indications de la CANAM. Il semble que la CANAM n'a pas tout à fait l'autorité pour cela.

Par ailleurs, l'image d'administrations de ces deux organismes n'est pas forcément un atout pour diffuser l'AMU en secteur informel. Les difficultés rencontrées par les deux OGD avec leurs populations de référence doivent faire réfléchir sur le type d'organisme capable de diffuser l'AMU au sein de la population générale.

3-2 L'ANAM

L'agence a été créée et est fonctionnelle depuis 2011. Elle n'a pas reçu le personnel qui était prévu. En revanche, elle dispose de réserves importantes, qui pourraient lui permettre de financer son développement.

La relation de l'ANAM avec sa population cible est insuffisante. Elle ne dispose pas d'une connaissance précise de celle-ci, faute de mettre en œuvre un recensement a priori des indigents ou des autres catégories qui sont censées bénéficier des prestations. Elle n'est pas présente sur le terrain et s'en remet pour le recrutement, aux initiatives individuelles ou aux formations de santé, comme cela a été dit. Le rôle des maires, important, n'est pas formalisé. L'ANAM a pour l'instant une faible coordination avec les services sociaux.

Le contrôle des prestations est purement administratif, l'intervention des trois médecins conseils étant difficile à cerner. Il est fait au siège où sont centralisés les paiements.

L'ANAM n'a reçu que la contribution de l'Etat, largement suffisante pour couvrir le faible montant des dépenses de prestations²⁹. Les Collectivités territoriales (CT), censées contribuer à hauteur de 35% du budget n'ont rien payé à ce jour, bien que leur part soit stipulée dans la loi. Il semble qu'un simple ordre des Gouverneurs les enjoignant de prévoir la ligne budgétaire correspondante pourrait les décider à payer. Mais plusieurs interrogations sont possibles à propos de la non contribution des collectivités territoriales. La première est que leurs budgets sont serrés et qu'il serait peu opportun de les obliger à consacrer des sommes importantes à leur niveau pour financer le RAMED. La deuxième est que la fixation des contributions des CT est particulièrement inéquitable, car elle ne tient pas compte des ressources réelles des CT. Elle a été fixée en prenant une contribution forfaitaire par indigent de 4900 FCFA et en considérant que chaque CT devait contribuer pour 5% de sa population, pourcentage estimé sans base véritable pour le pays entier. Deux CT de même taille vont contribuer à la même hauteur et celle qui est moins riche et qui a peut-être plus de pauvres devra payer autant que la CT plus fortunée, qui aura peut-être moins de pauvres. Les CT peuvent ainsi avoir l'impression de cotiser en fonction du nombre d'indigents, ce qui ne les incite pas à recenser ceux-ci a priori. Elles craignent peut-être qu'en cherchant à faire affilier plus d'indigents, elles ne puissent plus refuser de contribuer. L'ANAM peut apparaître comme l'instrument d'un transfert inéquitable de ressources vers le centre, ce qui peut nuire à son image.

3-3 L'UTM et les mutuelles

Les mutuelles sont très proches de la population et, comme elles en sont par construction une émanation, leurs responsables ont une réelle capacité de sensibilisation sur l'assurance maladie. Leur statut d'organisme privé leur permet d'éviter la méfiance souvent associée aux services publics ou aux EPA. Mais, les mutuelles ne sont pas présentes partout et le programme de montage de mutuelles dans toutes les communes n'est pas achevé. L'UTM est présente sur le terrain grâce à ses antennes régionales, sa relation avec la population se faisant aussi par des représentants de groupes : Chambre de métiers, syndicats, Chambres d'agriculture, etc.

Les mutuelles et l'UTM ont une bonne expérience de collecte de cotisations. Le caractère volontaire de l'adhésion fait que le prélèvement bancaire peut être pratiqué après autorisation, mais uniquement pour les personnes ayant des comptes. Il entraîne pour les autres soit un démarchage à domicile (mutuelles), soit la nécessité pour les adhérents de venir payer leur cotisation. Si l'adhésion volontaire est un handicap pour l'obtention d'un taux de couverture élevé, elle a des avantages pour le suivi des adhérents : les mutualistes doivent rester en contact avec les cotisants et, si le nombre de personnes qui ne sont pas à jour est un problème, au moins sait-on exactement combien il y a d'assurés et de bénéficiaires. Autrement dit, même si elles sont effectuées de façon artisanale, les fonctions d'enregistrement et d'attestation des droits sont bien rôdées en mutualité.

²⁹ Voir Annexe 4 du Rapport annexe.

La garantie des mutuelles de base est limitée. Mais les relations des responsables avec les prestataires, souvent des relations de proximité avec les CSCoM, sont régulières. L'accompagnement des mutualistes malades, l'intervention auprès du prestataire en cas de difficulté sont fréquentes et contribuent à l'effectivité des prestations. La vérification et le paiement des factures sont effectués systématiquement. Le monitoring est assuré. Il reste que ces opérations sont souvent faites manuellement, ce qui convient à un petit nombre de bénéficiaires et de prestations. Mais les mutuelles ne sont pas toutes informatisées et il n'est pas question pour elles de réaliser une véritable gestion du risque. Les responsables perçoivent les difficultés, mais ils ne sont pas toujours à même de les analyser et de trouver les remèdes adéquats. La gestion mutualiste est rigoureuse, mais elle n'est pas adaptée à un passage à l'échelle en termes de nombre de bénéficiaires et de prestataires.

En revanche, l'UTM a une grande expérience de gestion de l'assurance maladie. Elle effectuée le conventionnement des prestataires de soins pour son produit AMV et réalise à cette occasion toutes les opérations nécessaires à la gestion de la garantie (vérification et paiement des factures) et à la gestion du risque (analyse des dépenses, prévisions). Le savoir-faire en matière de gestion de la garantie a été transféré dans ses antennes. L'UTM utilise les services d'un médecin conseil, mais elle n'a pas développé cette fonction pour intervenir de façon systématique et, de ce fait, elle a une faible capacité de pression sur l'offre de soins.

L'UTM a des compétences de gestion, mais souffre de moyens limités pour l'appui et le développement. De façon évidente, elle ne peut déployer sur le terrain le personnel de marketing qui permettrait de pallier les inconvénients de l'adhésion volontaire. Le développement piloté par l'UTM se fait à la suite de la négociation d'appuis extérieurs et de la collaboration avec le MSAHRN, qui fournissent des moyens non négligeables, mais fournis avec des calendriers incertains et pour une durée limitée.

Si la couverture volontaire se développe très lentement, c'est probablement que le modèle originel de mutuelle, fondé sur la participation a montré ses limites. Par ailleurs, on a vu que la subvention de cotisations avait un effet faible³⁰, ce qui ferait penser que la faible capacité à payer des populations n'explique pas tout. En fait, la mise en œuvre de la subvention ne s'est pas faite de façon parfaite (non prise en compte des nouveaux adhérents, anticipation de certaines mutuelles qui ne leur a fait percevoir que la moitié de la cotisation auprès des adhérents et ne recevoir finalement que la moitié de la subvention prévue). En outre la situation de crise a perturbé l'expérimentation

On a vu aussi que la mise en place de mutuelles communales prenait du temps et l'on peut se demander si un développement conçu sur un mode administratif (Une mutuelle = une commune) est la solution dans tous les contextes. Dans certaines zones, une mutuelle pourrait cibler la population de plusieurs communes, dans d'autres plusieurs mutuelles pourraient se partager la population communale.

³⁰ Voir le rapport d'évaluation du projet PKS (cf. références)

3-4 Forces et faiblesses des organismes existant du point de vue de l'exécution des fonctions techniques de l'AMU

Le tableau suivant résume les forces et faiblesses des organismes existant, compte tenu des fonctions à assurer pour la CSU.

Tableau 2 : forces et faiblesses fonctionnelles des organismes existant dans la perspective de l'AMU

	CANAM	INPS	CMSS	ANAM	UTM/mutuelles
Relation avec les affiliés ou adhérents potentiels	Aucune	Via les entreprises ou les points focaux AMO de l'INPS	Via le service de la solde ou avec les syndicats de fonctionnaires	Aucune	Mutuelles de base ou communales Antennes de l'UTM
Dispositifs de proximité utilisables		Bureaux de cercles de l'INPS	Bureaux de cercles de la CMSS	Mairies Directions régionales de l'action sociale	Mutuelles de base ou communales Antennes de l'UTM
Enregistrement Immatriculation Attestation des droits	Service d'immatriculation Suivi des droits imparfait Délivrance de cartes	Pré immatriculation Transfert des listes d'affiliés imparfait	Pré immatriculation Transfert des listes d'affiliés imparfait	Si éligibilité, délivrance de récépissé annuelle	Procédure bien rodée Délivrance de cartes mutualistes Délivrance de la carte AMV
Collecte des ressources	Subvention publique	Reçoit cotisations AMO des entreprises	Reçoit cotisations AMO du Trésor	Subvention publique	Mutuelles ou antennes collectant la cotisation mutualiste
Mutualisation des ressources	Subvention publique Cotisations versées par l'INPS et la CMSS			Pas de subvention des CT	Cotisations AMV à l'UTM
Conventionnement	Responsabilité exclusive				UTM pour l'AMV Mutuelles pour leurs prestataires
Contrôle de l'effectivité des prestations facturées	Contrôle médical a posteriori possible			Agents dans les FS à Bamako seulement	Mutuelles Antennes de l'UTM Contrôle médical a posteriori possible
Réception/saisie des factures		Bureaux de l'INPS (points focaux AMO)	Bureaux de la CMSS	Service de l'ANAM	Mutuelles UTM pour AMV (antennes)

Tableau 2 : forces et faiblesses fonctionnelles des organismes existant dans la perspective de l'AMU (suite)

Contrôle des factures	Service des prestations pour factures communiquées par les OGD Médecins conseil descendant dans les FS	Contrôle de conformité par les bureaux et le siège	Contrôle de conformité par les bureaux et le siège Contrôle de conformité bureaux et siège	Contrôle de conformité au siège de l'ANAM Médecins conseil descendant dans les FS	Mutuelles Antennes de l'UTM pour l'AMV
Enregistrement des dépenses	Service des prestations	Au siège	Au siège	Au siège	Mutuelles UTM et pour l'AMV
Paiement des prestataires		Service comptable au siège	Service comptable au siège	Service comptable au siège	Mutuelles et antennes de l'UTM pour l'AMV
Monitoring (suivi des dépenses)	Service des prestations			Siège	Mutuelles et UTM
Gestion du risque Régulation	Service de la CANAM			Siège	UTM
Reporting	CANAM			ANAM	UTM
Tutelle	MSAHRN	Contrat CANAM et MSAHRN	Contrat CANAM et MSAHRN	MSAHRN	MSAHRN

Seconde partie : Propositions relatives au panier de soins et à la couverture maladie du secteur informel

L'analyse des forces et des faiblesses du dispositif de couverture maladie amène au constat qu'il est nécessaire de renforcer les organismes existants, avant même que les changements institutionnels destinés à la mise en œuvre de la CRMU soient appliqués. Les mesures de renforcement de l'existant doivent préparer **la CRMU, qui demande quant à elle une véritable réforme, fondée sur une loi spécifique et ses décrets.**

1- Mesures de renforcement du dispositif existant

1-1 Les organismes participant à l'AMO

On ne prétend pas ici faire le tour des préconisations destinées à améliorer le fonctionnement de l'AMO. L'évaluation en cours de la CANAM sera sans aucun doute plus complète et plus précise que l'analyse faite ici, à partir d'une observation limitée dans le temps et sans accès direct aux documents internes. On se contente ici de pointer ce qui doit à l'évidence faire l'objet d'une réflexion et de mesures de renforcement.

Les fonctions d'enregistrement des affiliés et le contrôle des prestations constituent les points faibles de l'organisation actuelle de l'AMO.

En premier lieu, il faut arriver à ce que la CANAM ait une connaissance aussi exacte que possible de ses affiliés et des ayants droit à jour de leur cotisation. Cette connaissance doit pouvoir être partagée par les unités qui effectuent le contrôle des prestations. A la base, l'envoi de la liste nominative des cotisants par les OGD doit être effectué et la CANAM doit prévoir une procédure d'actualisation continue des droits des affiliés. La consultation des droits des affiliés devrait être possible au niveau des OGD et, ultérieurement, dans les FS conventionnées.

Sur ce point, une clarification des rôles de la CANAM et des OGD s'impose. L'application (et une éventuelle révision) des contrats d'objectifs et de moyens entre eux seraient indispensables.

En second lieu, le contrôle des prestations est actuellement conçu sur un mode administratif. On vérifie, à réception de la facture, si ce qui est facturé fait partie de la garantie et si le bénéficiaire des soins a bien les droits requis. Ce contrôle est apparemment effectué plusieurs fois par les OGD et la CANAM. **Ce contrôle (nécessaire) ne suffit pas à vérifier que les prestations ont bien été délivrées, aux bonnes personnes et étaient justifiées médicalement.** Un contrôle administratif devrait autant que possible être réalisé sur les lieux de soins, ce qui suppose la présence d'un agent de l'AMO dans les principaux hôpitaux, voire dans les CSRef. Le contrôle médical devrait aussi être développé, non pas à travers des visites dans les établissements, mais à partir d'un examen des factures réalisé par échantillonnage, systématisé pour les factures coûteuses et de la mise au point d'un repérage informatique des gros prescripteurs et des gros consommateurs. En fonction de ces opérations, la visite sur site et la convocation d'assurés pourra produire des résultats. La mise en place de ces procédures suppose une estimation des besoins de personnel du contrôle médical et une réflexion sur

l'intérêt de leur dispersion entre la CANAM et les OGD. Le poids des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses prises en charge constitue un premier sujet de contrôle médical qui devrait être abordé.

Secondairement, le fonctionnement de l'AMO devrait être amélioré par ses **outils de gestion du risque**. La CANAM devrait se doter de logiciels lui permettant d'obtenir rapidement des états statistiques des dépenses, par catégories de prestations et prestataires aussi rapprochés que possible dans le temps. La sortie mensuelle n'est pas suffisante, en situation de montée en charge. **Ces sorties d'informations devraient être analysées en liaison avec le contrôle médical**, pour pouvoir réagir rapidement en cas de besoin. Il semble difficile d'obtenir aujourd'hui une estimation de l'effet de l'extension de la garantie sur la dépense technique de l'AMO. Cette estimation sera encore plus nécessaire lorsque l'accès aux cliniques privées conventionnées aura été officialisé. **Une réflexion sur le panier de soins basée sur l'actuariat devrait être développée, pour éviter d'être pris au dépourvu face à la montée des dépenses.**

1-2 Les mutuelles et l'UTM

Dans le cadre de l'adhésion volontaire à l'assurance maladie, il ne faut pas attendre des mutuelles qu'elles couvrent rapidement l'ensemble du secteur informel. Dans la perspective de la CRMU, si l'on considère que le potentiel technique de gestion est acquis au niveau de l'UTM, la diffusion du savoir-faire gestionnaire de l'UTM en régions est une démarche dont l'utilité est évidente. L'augmentation des moyens d'action de l'UTM est la condition de cette diffusion : recrutement dans les antennes, formation par le siège des nouveaux salariés. Corrélativement, il faudra se demander si les locaux occupés par l'UTM et son équipement sont suffisants pour que le renforcement de ses moyens humains soit productif. Un meilleur positionnement, des bureaux plus vastes seraient utiles et devraient faire partie des mesures indispensables de renforcement du mouvement mutualiste.

Il reste que le développement de la présence mutualiste sur le terrain et du marketing social, destiné à sensibiliser la population, ne doit pas être négligé. Il faut alors se demander comment l'UTM peut contribuer à l'accélération du processus de développement des mutuelles à la base. La question se pose pour deux raisons. La première est que le modèle traditionnel de création de mutuelle suppose fondamentalement une initiative de la base et qu'il n'est pas simple de positionner un opérateur d'appui, qui viendrait susciter cette création. La seconde est que l'UTM a cette mission depuis sa mise en place en 1998 et qu'elle semble avoir mieux réussi comme gestionnaire de produit d'assurance maladie comme *l'AMV* que comme promoteur de mutuelles de terrain. L'hypothèse la plus plausible est que l'UTM, en dépit des nombreux appuis dont elle a bénéficié, n'a pas eu suffisamment de moyens, au siège et sur le terrain, pour effectuer ou encadrer de près toutes les tâches indispensables à la sensibilisation, au suivi des adhérents, à la contractualisation et à la gestion de la garantie. L'UTM a été conçue comme structure d'appui légère, en faisant l'hypothèse que l'on allait trouver dans la population les promoteurs et les gestionnaires bénévoles qui feraient le travail.

Aussi, pour contribuer au développement des mutuelles sur le terrain, l'UTM devrait-elle se doter d'une véritable direction du développement. Corrélativement, l'action à la base devrait

être appuyée par les antennes de l'UTM, renforcées à cette occasion, notamment au niveau des ressources humaines. On doit néanmoins calibrer le renforcement de l'UTM en matière d'appui au développement de terrain, en tenant compte de la future architecture de l'AMU et du fait qu'on va passer d'une adhésion volontaire à une adhésion obligatoire. En anticipant sur les propositions qui seront faites plus loin, on peut dire qu'on aura surtout besoin de points d'entrée à l'AMU et qu'il s'agit, prioritairement, de faciliter l'adhésion. La sensibilisation devra être orientée en fonction d'un message relatif à la couverture publique et, en ce sens, l'UTM pourrait ne pas être le seul vecteur de mutualisation. Il existe, au sein des directions régionales de la santé et du développement social, un potentiel de promotion qui pourrait être utilisé, en donnant des moyens de déplacement aux fonctionnaires basés dans ces directions. On peut alors imaginer un partenariat dans lequel l'UTM et ses antennes fourniraient le savoir-faire et l'Etat une partie de la main d'œuvre de terrain. **Sans aller jusqu'à une création des mutuelles de base par l'Etat, la participation conjointe de l'UTM et des fonctionnaires du MSAHRN au développement de la base mutualiste semble pertinente.** Elle permettrait de réduire le nombre des recrutements à l'UTM, notamment pour faire la liaison entre les antennes et les mutuelles de base.

Avec quelle stratégie de création ?

Le développement à la base devrait logiquement suivre le programme qui a été initié et qui pose le principe d'une mutuelle par commune. Il semble toutefois qu'un peu de flexibilité pourrait être introduite selon les zones. Là où il est difficile de descendre à un niveau inférieur, il faut poursuivre le mouvement amorcé, en fusionnant des mutuelles si nécessaire, en transformant les mutuelles de base fusionnées en sections pour maintenir la dynamique mutualiste, en créant de nouvelles mutuelles directement au niveau communal. Mais, l'antenne de l'UTM et la direction régionale pourraient proposer des formules alternatives : mutuelles pluri communales ou infra communales, **l'objectif étant d'atteindre la fonctionnalité dans les meilleurs délais.**

Le principe d'affectation d'un animateur-gestionnaire dans chaque mutuelle de base est à appliquer aussi largement que possible. Ces mutuelles devront faire un effort particulier de sensibilisation et il conviendra, dans chaque cas, d'envisager un élargissement de la garantie, pour que les prestations des CSRef, puis celles de HR puissent être couvertes par chaque mutuelle.

L'appui devrait être apporté directement aux mutuelles de bas. Dans la perspective de la CRMU, il ne semble pas pertinent que l'appui consacre de l'énergie au montage d'unions de district, opération qui oblige à de nombreuses réunions et discussions, alors que la diffusion de la capacité de gestion de l'UTM peut se faire par ses antennes.

1-3 Le RAMED

L'ANAM assure la visibilité du RAMED au niveau central. Le volume des prestations à traiter n'appelle pas un renforcement particulier de l'Institution. Elle a les moyens de régler les problèmes qu'elle a rencontrés en utilisant les logiciels de la CANAM. La centralisation des liquidations n'est pas forcément la meilleure option, mais, avant le lancement de l'AMU, il ne serait pas opportun de monter des bureaux de l'ANAM en région, voire au niveau des

cercles. Il conviendra de mener une réflexion sur le rôle de l'ANAM dans ce domaine (liquidation vs régulation) lorsque des dispositifs de gestion de proximité auront été montés dans le cadre de la CRMU, pour le secteur informel. **Le principal effort de l'ANAM devrait porter sur l'identification des indigents et la relation avec les communes.**

L'identification des indigents devrait être systématisée et se greffer sur les procédures mises en place par le programme « Filets sociaux ». Ce programme, financé par la Banque mondiale, a pour objectif d'effectuer des transferts monétaires aux ménages vulnérables, pour leur donner les moyens de développer une activité de production, pour alléger le poids financier de la scolarisation des enfants, pour les aider à accéder aux soins, etc. Pour cela, il faut identifier les ménages éligibles aux transferts, qui pourront être conditionnels ou non. Ainsi, les mêmes personnes ont de chances de bénéficier des transferts monétaires et du RAMED. Le programme se développe actuellement sous forme de pilotes, mais la constitution d'un registre des personnes bénéficiant de l'aide sociale est prévue. **Elle devrait évidemment être menée en partenariat avec l'ANAM.** Lorsque le registre sera fonctionnel, il n'y aura plus besoin de certificats d'indigence et il suffira de transmettre à l'ANAM la liste des personnes éligibles aux prestations pour qu'une carte leur soit délivrée.

En attendant, les listes déjà produites dans le cadre des pilotes du programme « filets sociaux » devraient pouvoir donner lieu sans formalités excessives (certificats individuels) à la délivrance des récépissés. Pour aller au-delà, puisque le programme « filets sociaux » ne couvre pas tout le territoire, l'ANAM devrait passer un contrat d'objectifs et de moyens avec la Direction nationale de l'action sociale en vue du recensement des indigents. L'implication des services des Directions régionales serait ainsi formalisée, de façon à ce que les moyens non utilisés par l'ANAM puissent pallier les faibles ressources des directions pour aller sur le terrain. Le recensement aussi systématique que possible des indigents devrait permettre que l'entrée au RAMED sur initiative individuelle ou urgence médicale disparaisse. Si les services de l'Etat recensent des indigents selon un protocole standard, le certificat d'indigence délivré par les maires n'aurait plus de raison d'être. L'ANAM devrait délivrer des cartes au lieu de récépissés. Il est suggéré aussi que la durée de validité des cartes soit portée à deux ans, pour éviter que chaque année soit faite la vérification de la situation des personnes.

La révision de la contribution des CT devrait être mise à l'ordre du jour à l'ANAM. La contribution des CT devrait découler de la carte de pauvreté, les communes ou cercles pauvres payant moins que les autres, indépendamment du nombre de pauvres affiliés au RAMED. Cette révision devrait permettre aux CT de signaler plus librement les pauvres aux services des directions régionales et d'être plus actives dans la détermination des affiliés au RAMED. On a un peu l'impression que les CT ont été uniquement vus comme source de financement du RAMED et que les notions de solidarité et de redistribution n'ont pas été prises en compte pour fixer leur contribution. La révision de la base contributive des CT sur une base moins mécanique devrait ainsi permettre la collecte de fonds supplémentaires. Le partage 65%/35% est peut-être trop difficile à appliquer pour les CT. Un partage 75%/25% pourrait être plus facile à appliquer.

2- Le panier de soins de référence pour l'AMU

Le terme « panier de soins » doit être bien compris et équivaut en fait à la garantie de l'AMU. Il ne suffit pas de produire une liste de prestations de soins, mais il faut aussi définir dans quelles conditions les bénéficiaires de l'AMU accéderont à ces prestations. Conditions physiques d'abord : quels seront les établissements de soins conventionnés qui dispenseront les soins pris en charge par la CRMU ? A cet égard se pose la question du conventionnement des structures privées, principalement des rémunérations qui leur seront proposées pour participer à la CRMU. Le cas des officines est important, car la liste des médicaments couverts par l'AMU peut ou non écarter les spécialités médicales. Conditions financières d'accès au panier ensuite : quels copaiements appliquer pour limiter le hasard moral, sans pénaliser les plus modestes ? Enfin, l'AMU doit définir aussi les ayants droit des cotisants, paramètre qui a un effet important sur le coût du panier par assuré.

S'agissant du panier de soins, les Tdr de l'étude indiquent :

« Le paquet de soins de base sera défini comptes tenus 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 »³¹.

Le panier de soins sera défini en s'appuyant sur les hypothèses suivantes :

- Coût par personne et par an approximant les 6000 FCFA (prestations hors gestion)
- Co-paiement adapté aux objectifs contradictoires d'accès aux soins et de maîtrise des coûts
- **Panier peu différent du panier défini au démarrage de l'AMO pour le secteur formel**³²
- Panier réaliste du point de vue de l'offre disponible
- Panier détaillé en montant sur les prestations faisant l'objet de « gratuité » officielle à ce jour.

La référence au panier de l'AMO est reprise dans le compte rendu de la réunion technique préparatoire aux études à réaliser dans le cadre de la mise en place du régime de couverture maladie universelle, qui s'est tenue le 25 août 2014 : « Le panier de soins de base pour la CMU au Mali sera développé en tenant compte des nouvelles orientations du département , notamment la volonté de rendre l'assurance maladie plus attractive pour favoriser une adhésion massive de la population. Pour ce faire, **le panier actuel de l'AMO**³³ sera la référence à partir de laquelle le consultant fera des propositions qui tiennent compte des réflexions en cours au niveau de la CANAM dans le domaine de la révision des actes et de la liste de médicaments pris en charge par l'AMO (...) ».

La référence à l'AMO est donc appuyée et prend implicitement acte des transformations que

³¹ Politique (p23)

³² C'est moi qui souligne

³³ Id.

la CANAM a opérées par rapport au panier de démarrage de l'AMO pour le secteur formel. L'orientation suivie est claire : pour rendre le panier plus attractif, il faut faire sauter la condition relative à la prise en charge des médicaments qui stipule qu'ils doivent être en DCI et ouvrir l'accès au secteur privé. De fait le nouveau panier a prévu une liste de 2163 médicaments, qui comprend des spécialités ; des conventions ont été passées avec 344 officines (dont 177 à Bamako) et avec 9 laboratoires privés. En outre, quelques cliniques privées vont être prochainement conventionnées par la CANAM à des tarifs déjà négociés.

L'argument de la CANAM est l'attractivité du panier, (même s'il faut connaître les tickets modérateurs pour savoir si l'ouverture au secteur privé correspond aux capacités de paiement des assurés). L'attractivité du panier serait une incitation à respecter le principe d'obligation de l'adhésion.

En tout cas, on sait déjà que l'accès aux spécialités médicamenteuses a un effet sur le niveau des dépenses prises en charge par l'AMO. Le tableau des prestations payées par l'AMO entre le 1^{er} janvier 2011 et le 8 juillet 2014 indique clairement le poids du médicament acheté en officine (tableau 2). Du point de vue de la gestion du risque de l'AMO, on peut voir que l'on a une tendance à la croissance de la dépense, qui devrait convaincre la CANAM de l'importance des prévisions actuarielles et du contrôle médical. A terme, la nécessité d'une hausse de cotisation peut s'imposer. Les pressions à l'attractivité du panier subies par la CANAM se transformeront-elles en pressions pour l'équilibre du régime ?

Tableau 3 : prestations payées par l'AMO du 1/1/2011 au 8/7/2014

Etablissement conventionné	Région	Montant en FCFA	Pourcentage
Pharmacie	Bamako et régions	4424423635	75,72%
Laboratoires	Bamako	323422434	5,54%
Hôpital	Bamako	288965063	4,95%
CSREF	Bamako	212987507	3,65%
CSCom	Bamako	79490815	1,36%
Toutes FS	Sikasso	200336662	3,43%
	Mopti	60244043	1,03%
	Ségou	81972872	1,40%
	Tombouctou	2791143	0,05%
	Gao	3598339	0,06%
	Kidal	193167	0,00%
	Kayes	38024320	0,65%
	Koulikoro	126329438	2,16%
TOTAL		5842779438	100,00%

Pour l'AMU, la référence au panier de l'AMO actuel ne va donc pas de soi.

Il serait très utile de pouvoir comparer, **avec des données correspondant réellement aux dépenses payées par l'AMO**, le coût du panier actuel à celui du panier originel. Mais les données nécessaires pour cela (fréquences d'utilisation des actes et tarifs correspondants) ne nous sont pas disponibles et cette étude ne prévoyait pas d'exploitation de base de données. En vérité, c'est un travail d'actuariat que la CANAM ne nous a pas communiqué. On se contentera ici de calculs imparfaits sur la dépense par bénéficiaire, pour illustrer la conjecture

d'un panier AMO trop cher pour la CSU. Ces calculs sont imparfaits pour deux raisons : les montants de dépenses payées par l'AMO ne sont pas issus de la même source, bien que la CANAM ait été apparemment la source originelle ; les effectifs de bénéficiaires ne nous semblent pas très fiables et ne nous sont connus que pour fin 2012 et 2013. Les données utilisées sont rassemblées dans le tableau 4.

Tableau 4 : effectifs de bénéficiaires et prestations payées par l'AMO de 2011 à 2013

Année ou période	Effectifs	Dépenses payées
2011		629 millions FCFA*
2012	557 082*	495 millions FCFA**
2013	365 201**	
1 ^{er} janvier 2011 au 8 juillet 2014		5843 millions FCFA**

*Données du rapport Etat des lieux du financement. Source CANAM ** Données communiquées par la CANAM à l'occasion de la mission

On observe immédiatement que le montant de la dépense cumulée, pour 42 mois, est sans commune mesure avec les montants de 2011 et 2012. En valeur moyenne mensuelle, on passe de 52 millions et 41 millions en 2011 et 2012 à 139 millions sur la période 2011-2014. Il est donc évident qu'on a eu une accélération de la dépense entre 2013 et la mi-2014 (18 mois), qui correspond à une dépense de 4 729 millions FCFA sur cette période. Il est difficile de ne pas voir là un effet du nouveau panier et notamment de la prise en charge des spécialités médicamenteuses. On a vu que les sommes payées aux pharmacies représentaient 75% de la dépense sur la période de 42 mois (tableau 2). L'examen des données relatives à l'année 2012 montre que le pourcentage des dépenses payées aux pharmacies n'était que de 43% pour cet exercice.

Si l'on admet que le chiffre de 365 000 bénéficiaires (effectifs fin 2013) correspond au nombre moyen de bénéficiaires sur la période 2013-mi 2014 (18 mois), on obtient une dépense par bénéficiaire de $4\,729\,000\,000 / 365\,000 = 12\,956$ FCFA qui, ramenée à 12 mois vaut 8 637 FCFA. Curieusement, on est proche du montant retenu pour les dotations aux OGD dans les conventions d'objectif et de moyens (8 358 FCFA). Ce montant découlait des études préliminaires et était associé au panier originel, mais avait dû être estimé à partir de fréquences de recours aux soins supérieures à celles des assurés de l'AMO lorsqu'on ne leur proposait que le panier sans spécialités médicales.

Pour l'année 2012, le même ratio est de $495\,000\,000 / 557\,000 = 889$ FCFA.

Sans prétendre que ces valeurs représentent respectivement le coût du nouveau et l'ancien panier de l'AMO, on doit admettre que le panier actuel est porteur d'une consommation forte, notamment pour les médicaments sous forme de spécialités. Il ne paraît pas adapté à la CSU, à moins que le budget que l'Etat consacrera à la CRMU soit dimensionné pour couvrir le coût correspondant. Compte tenu du calcul fait ci-dessus de la dépense par tête et de la montée en charge du régime, on peut considérer que le coût réel du panier actuel de l'AMO s'établit actuellement à 9000 FCFA, avec tickets modérateurs.

Quelles sont les alternatives ?

Le panier originel de l'AMO peut être une référence, mais l'estimation de son coût réel,

compte tenu de la consommation probable de la population du secteur informel est à faire. La valeur de 8 358 FCFA semble excessive. En outre, si l'on souhaitait supprimer les tickets modérateurs de 20% et 30%, il faudrait se référer au chiffre de 11 855 FCFA, issu des études préliminaires.

Le ratio de 889 FCFA calculé pour 2012 est peut-être trop faible, car il correspond à la consommation d'une population (secteur formel) qui n'est pas très intéressée par ce panier. Tout laisse penser que le panier originel pourrait avoir un coût réel en secteur informel acceptable, compte tenu du chiffre de 6000 FCFA indiqué dans les Tdr, mais il faudrait que le service d'actuariat de la CANAM le confirme.

Une deuxième possibilité est de faire référence au panier actuel de la CANAM, mais d'appliquer un ticket modérateur élevé aux spécialités médicales : au moins 50%, plutôt que les 30% actuels. Cette solution conduirait quand même très probablement à un coût réel du panier élevé, 6310 FCFA, selon l'estimation effectuée avec les données disponibles³⁴.

En fait, une référence intéressante est celle du produit AMV de l'UTM, qui offre les soins ambulatoires et hospitaliers, dans le secteur public et avec des médicaments en DCI, pour 575 FCFA par personne et par mois. L'intérêt de cette référence est que cette garantie satisfait les adhérents. On a vu que la montée en charge de l'AMO n'avait pas encore eu d'effet dépressif sur les adhérents de l'AMV. La cotisation annuelle est de 6900 FCFA, mais inclut une charge de gestion, qu'on peut estimer à 20% à partir des données sur les mutuelles³⁵. Ainsi, le coût technique du panier AMV se situerait, hors gestion, à 5520 FCFA.

Toutefois, il faut examiner quelques détails de la garantie associée à l'AMV.

En premier lieu, le ticket modérateur est de 25%, pour les soins ambulatoires et hospitaliers. **Si l'on souhaite supprimer ce ticket modérateur pour le secteur informel**, il faut prévoir un coût technique de 7360 FCFA hors gestion.

En second lieu, le panier proprement dit devrait être enrichi. Il comprend actuellement une couverture ambulatoire : consultations, médicaments essentiels, laboratoires de base, consultations prénatales, accouchement simple, consultations postnatales ; et une couverture hospitalisation : actes chirurgicaux, actes médicaux, maternité dystocique, transport (urbain, interurbain), frais de chambre, soins ophtalmologiques et dentaires sans prothèse et lunette. Selon le directeur général de l'UTM, le panier devrait être renforcé pour inclure des actes d'imagerie. On peut penser aussi qu'il pourrait être complété à un coût raisonnable en incluant quelques laboratoires privés dans l'ensemble des établissements conventionnés. Enfin, il pourrait aussi être opportun de prévoir la prise en charge de quelques spécialités, lorsque les médicaments correspondant n'existent pas en DCI. **Tout cela conduit à afficher un coût technique sans ticket modérateur supérieur de 10% au chiffre précédent, soit 8040 FCFA hors gestion.** Selon le ticket modérateur (20%, 25% ou 30%), le coût du panier hors gestion pour l'AMU sera réduit à 6432 FCFA, 6030 FCFA ou 5628 FCFA.

³⁴ Voir Annexe 7 du Rapport annexe.

³⁵ Voir Base de données des mutuelles.

Les chiffres indiqués ici ne sont évidemment pas issus de calculs précis. Toutefois, on peut arriver aux conclusions suivantes :

- Le panier actuel de l'AMO est trop cher et porteur d'un risque important d'inflation de la consommation, avec les médicaments et, bientôt, l'accès aux cliniques privées ;
- Le panier originel de l'AMO est probablement une référence acceptable en termes de coût, mais il peut décevoir, quand la population prendra conscience qu'il a été peu apprécié par les affiliés à l'AMO ;
- La garantie AMV est une référence intéressante, d'autant plus acceptable en termes de coût qu'un ticket modérateur de 30% sera appliqué. Le panier de soins actuel doit être enrichi, sans toutefois systématiser la prise en charge des spécialités et le conventionnement des formations privées.

La solution du problème viendra d'un travail d'actuariat associant CANAM et UTM pour confronter de façon précise la composition du panier originel de l'AMO et celle de la garantie de l'AMV. **Mais c'est un mixage de ces deux paniers qui nous paraît la proposition la plus pertinente, du point de vue des soins couverts et du coût.**

Quant au ticket modérateur, il pourrait être oublié ou bien modulé : 30% pour les soins ambulatoires, 10% pour les soins hospitaliers. Ici, dans l'impossibilité de distinguer soins ambulatoires et soins hospitaliers, on ne peut proposer de modulation. Toutefois, le principe d'un co-paiement semble nécessaire pour limiter le hasard moral. Ici, compte tenu du poids des dépenses de médicaments, on retiendra **un ticket modérateur de 30%. Cela revient à retenir un coût technique du panier de soins de 5628 FCFA, hors gestion.**

Mais les soins gratuits doivent évidemment être inclus dans le panier de l'AMU, en principe sans ticket modérateur. Dans la mesure où ils n'entraînent de paiement, ni de l'AMO, ni des mutuelles, le coût de ces soins n'est pas compris dans le coût du panier envisagé jusqu'ici ci-dessus. Or, les soins gratuits ont un coût qu'on ne saurait négliger. Le chiffre de 7 milliards de FCFA correspondait au coût des intrants en 2011. Si l'on retient un chiffre de 8 milliards pour 2014, on obtient **un coût par tête de 516 FCFA, hors gestion, pour ces soins gratuits dans l'AMU³⁶.**

3- Pour aller vers l'AMU : des propositions clés d'architecture institutionnelle dans un contexte d'obligation

Pour avancer dans la construction de l'AMU, il convient de fixer autant que possible la place des organismes existant dans la future architecture institutionnelle. On précisera ensuite comment sera effectuée la distribution des tâches, dans un contexte où le principe d'obligation d'adhésion aura été officialisé par l'Etat malien. Plusieurs propositions clés sont faites :

- Donner à la CANAM une place d'institution faîtière ;
- Préciser les OGD et leur rôle ;

³⁶ En supposant que les dispositifs gratuits fonctionnent bien et que l'on restera sur la base d'un coût limité aux intrants.

- Donner aux mutuelles un rôle majeur dans la mise à disposition de la CRMU pour le secteur informel et le monde rural ;
- Envisager pour l'ANAM un rôle d'identification et de suivi de la catégorie des indigents pour la CSU ;
- Concevoir le pilotage de la CRMU (rôle de régulation).

3-1 Une institution faîtière créée à partir de la CANAM

Il a déjà été dit qu'il n'y avait pas énormément de choix pour mettre en place une caisse unique de l'AMU et il semble que la création d'un nouvel EPA constituerait une opération coûteuse en temps et en moyens par rapport à la transformation de la CANAM en CANAM-U. Toutefois, ce rôle étendu suppose d'abord l'amélioration du fonctionnement actuel de la Caisse pour l'AMO et le choix de ne pas charger l'institution en lui affectant l'exercice de multiples fonctions.

La proposition est de concevoir la CANAM comme organisme faîtier et caisse unique de l'AMU, mais avec des fonctions limitées. Les fonctions suivantes reviendraient à cette CANAM-U :

- Enregistrement, affiliation et suivi des droits ;
- Mutualisation des ressources collectée (Fonds AMU) et répartition des ressources aux organismes de gestion délégués ;
- Conventionnement des FS ;
- Régulation de l'AMU : fixation et évolution du panier de soins et de la contribution des diverses catégories de population, gestion du risque
- **Contrôle médical national élargi ;**
- Fourniture de cadres de gestion (informatique) et actuariat ;
- Contentieux et fonctions juridiques.

Dans ce rôle, la CANAM conserverait la gestion de l'AMO pour le secteur formel en améliorant la gestion des assurés, comme cela a été dit plus haut. Les questions de contrôle des prestations seraient traitées dans un cadre plus large, celui de l'AMU.

La mise en place d'un service national de contrôle médical, utilisé pour l'AMO et l'AMU constitue sans doute la plus importante innovation à mettre en œuvre, par rapport à l'organisation actuelle de l'AMO. Pour le reste, le principe des OGD serait maintenu, en effectuant les ajustements utiles pour une amélioration du service de l'AMO.

Pour la couverture du secteur informel, un nouvel OGD sera désigné, en l'occurrence l'UTM, dans le seul cadre de l'AMU. On précisera ci-dessous ce point, puis toute une série de dispositions à mettre en place dans le cadre de la CRMU.

3-2 La couverture maladie du secteur informel dans le cadre de la CRMU

Il a été dit que le principe d'obligation avait comme corollaire la mise en place d'une offre publique d'AMU accessible à tous les maliens. Il est proposé d'organiser cette offre en s'appuyant sur le mouvement mutualiste, qui aura été préalablement renforcé, dans le sens qui a été indiqué plus haut.

En premier lieu, les mutuelles communales seront à la fois des acteurs de sensibilisation de la population et des guichets d'entrée à la CRMU.

Même si l'adhésion à la CSU est obligatoire, il sera nécessaire d'expliquer à la population ce que cela va lui apporter et quelles sont les conditions et les procédures d'adhésion. Les mutuelles sont bien placées pour cela étant donnée leur proximité de la population. En outre, il faut rappeler que l'UTM a construit des liens et formalisé des conventions de partenariat avec des Chambres de métier et d'agriculture³⁷ et que la sensibilisation pourra utiliser des relais locaux de ces instances pour accroître son efficacité.

1° Les mutuelles de base sont conçues aussi comme guichets de l'AMU.

Il existe environ 140 mutuelles de base au Mali³⁸, dont bon nombre sont au niveau communal. Comme cela a été dit plus haut, il convient de continuer le développement raisonné des mutuelles de base, en associant l'UTM et ses antennes, conçues comme structures d'appui technique au développement, et les directions régionales du MSAHRN. L'objectif est que tous les maliens puisse accéder facilement à une mutuelle de base, disons une mutuelle communale.

Ces mutuelles de base auront à réaliser :

- Un pré enregistrement des adhérents à l'AMU;
- la collecte de cotisations d'AMU ;

Les dossiers d'adhésion et les cotisations seront transférés à un niveau supérieur (antenne de l'UTM ou bureau de district de l'UTM), puis au siège. L'immatriculation, la délivrance de carte seront du ressort de la CANAM-U, qui recevra également l'argent des cotisations recueillies par les mutuelles communales.

Comme pour leur propre garantie, les mutuelles pourront faire l'accompagnement des patients au CSCCom. Elles recevront les factures de ce type de FS, les vérifieront et les valideront en appliquant la démarche qu'elles utilisent pour leur propre garantie. Ces factures seront envoyées au niveau supérieur (antenne de l'UTM ou bureau de district de l'UTM).

Dans la mesure où l'entrée « par la mutualité » ne sera pas la seule possible (voir plus bas), l'adhésion obligatoire à l'AMU « par la mutualité » se fera en lui associant une adhésion volontaire à la mutuelle, matérialisée par le paiement du droit d'entrée et, si les personnes le

³⁷ Voir annexe 5 du Rapport annexe.

³⁸ En ne tenant pas compte des mutuelles nationales, de fonctionnaires et d'entreprises. Source : base de données du MSAHRN.

désirent, d'une cotisation donnant accès à un panier de services complémentaires que la mutuelle pourra offrir. Le droit d'entrée à la mutuelle pour adhérer à l'AMU augmentera de 1000 FCFA environ le coût de l'adhésion à l'AMU. Ce sera en même temps une rémunération de la mutuelle, qui pourra être complétée par une dotation de gestion versée par l'UTM, pour la rémunération des fonctions décrites plus haut.

2°) **Des bureaux mutualistes de gestion de l'AMU seront déployés par l'UTM**

L'UTM mettra en place des plateformes de gestion de l'AMU dans les régions qui assureront plusieurs fonctions :

- transfert à l'UTM des dossiers et de cotisations reçus des mutuelles communales ;
- enregistrements correspondants ;
- réception des cartes d'AMU délivrées par la CANAM-U et transmises par l'UTM, enregistrement correspondant et rapprochement avec les enregistrements des dossiers ;
- transmission aux CSRef et HR des listes d'affiliés des districts et région ;
- réception des factures des CSCom validées par les mutuelles de base ;
- réception des factures des CSRef et HR, validées par l'agent du contrôle médical positionné dans ces formations ;
- contrôle administratif et enregistrement des factures ;
- paiement des factures (sans passage obligé par l'UTM) ;
- transmission à l'UTM des enregistrements des factures et des paiements
- appels de cotisations transmis aux mutuelles de base.

Les plateformes de gestion mises en place par les régions seront d'abord les antennes régionales de l'UTM (renforcées comme indiqué plus haut). L'UTM elle-même jouera le rôle de plateforme de gestion pour le district de Bamako et la région de Koulikoro. Si nécessaire, des bureaux de gestion seront montés au niveau des districts. Les antennes et les bureaux de district sont des services déconcentrés de l'UTM. Leur renforcement ou leur création dépend du siège. **Cette formule a été préférée à celle qui aurait confié la gestion à des Unions mutualistes de district.** Il semble que le montage de ces unions prendrait du temps, aurait une dimension politique (élection des administrateurs issus des mutuelles communales). Les unions tiendraient de toute façon leurs compétences de formations et d'appuis réalisés par l'UTM ou les antennes ; leur contrôle par l'UTM ou la CANAM serait plus difficile que celui des services de l'UTM.

Les antennes et bureaux de gestion de district recevront des budgets de l'UTM et seront responsables devant le siège de leur activité.

3°) **L'UTM sera un OGD de la CANAM-U**

Une convention et un contrat d'objectifs et de moyens seront passés entre la CANAM-U et l'UTM, sur le modèle de ceux qui existent avec l'INPS et la CMSS. L'UTM assurera les fonctions suivantes dans le cadre de l'AMU :

- Rassemblement des cotisations collectées par les mutuelles de base, via les plateformes de gestion ;
- Enregistrement des données saisies par les plateformes (noms et montants) ;
- Transfert à la CANAM-U des cotisations et des listes nominatives ;
- Réception des cartes délivrées par la CANAM-U et envoi en région ;
- Réception des données de gestion transmises par les plateformes (l'UTM étant elle-même plate-forme pour Bamako et Koulikoro) et transfert à la CANAM-U ;
- Réception des factures validées (par les agents du contrôle médical) des hôpitaux nationaux et des FS de Bamako et Koulikoro, vérification administrative et paiement des établissements ;
- Appel de cotisations transmis aux plates formes qui les enverront ensuite aux mutuelles
- Participation à la sensibilisation à la CSU au niveau national en lien avec la CANAM-U.

L'UTM aura une dotation de gestion et une dotation pour la prise en charge des dépenses de prestations de soins pour l'ensemble du mouvement mutualiste, qu'elle répartira entre plateformes de gestion et mutuelles communales.

L'UTM passera une convention avec les mutuelles communales pour formaliser la contribution de celles-ci à la délégation de gestion de la CSU, qui sera donnée par la convention spécifique avec l'AMU.

3-3 L'AMU pour les Indigents et l'intégration des dispositifs de gratuité dans l'AMU

Dans le cadre de la CSU, les indigents n'auront rien à payer. Par ailleurs, le montant des subventions finançant les dispositifs de gratuité seront, à terme, transférés à la CANAM-U, qui les ajoutera aux contributions collectées par les assurés des secteurs formel et informel qui contribuent à l'AMU.

Le RAMED n'a plus lieu d'être dans le cadre de la CRMU. La loi sur l'AMU prévoira l'affiliation gratuite des indigents qui rejoindront ainsi le régime général. Corrélativement, la gestion des prestations des indigents ayant reçu la carte ne se justifie pas au niveau de l'ANAM. Cette gestion pourra être aisément regroupée avec celle des exclus de l'AMO, donc confiée principalement au mouvement mutualiste. Dans ce cadre, le droit d'entrée des indigents dans les mutuelles communales (voir ci-dessus) devrait être payé par la solidarité nationale et ajouté aux dotations des mutuelles.

Il reste toutefois que le problème de l'identification des indigents n'est pas pour autant résolu. La séquence de fonctions (identification, immatriculation, délivrance de cartes) est particulière par rapport à celle que les mutuelles sont censées assurer. En ce sens, le maintien (peut-être transitoire) de l'ANAM pourrait se justifier, sa fonction se limitant à **la réalisation complète de l'identification et à la gestion du fichier des indigents**. Ce fichier, transmis à

la CANAM-U serait ensuite confié à l'UTM pour les fonctions de gestion proprement dites. Elle pourrait aussi produire les données de la CSU pour les indigents, si la CANAM-U ou l'UTM ne le font pas. Ce dispositif a des chances d'être transitoire. Si un registre des bénéficiaires de prestations sociales est mis sur pied. Il suffira alors de transmettre ce registre à la CANAM-U et il deviendra difficile de trouver une place à l'ANAM dans le cadre de l'AMU. Tant qu'elle serait maintenue, l'ANAM recevrait une dotation de gestion de l'Etat pour son fonctionnement (fonctions relatives à l'identification et au suivi de la catégorie des indigents). Cette dotation comprendrait la prise en charge des droits d'entrée des indigents aux mutuelles de base. Le montant correspondant serait versé à l'UTM qui répartirait entre les mutuelles communales. Une convention entre l'ANAM et l'UTM formaliserait cette relation.

S'agissant des dispositifs de gratuité, la première question à résoudre est celle de la sélection des prestations à inclure dans le panier de l'AMU. La liste suivante est proposée : dans le tableau 5.

Tableau 5 : dispositifs, services et cibles des dispositifs de gratuité à inclure dans l'AMU

Dispositifs	Paquets de service	Cible
Césarienne	Examen pré et post opératoire, kits médicament, hospitalisation, acte	Femmes enceintes
Paludisme	CTA, kit médicament, MII, TDR, SP	Enfants de 0-5 ans, femmes enceintes
VIH/SIDA	ARV, examens et autres médicaments	Tout âge
Vaccination	Vaccins contre les maladies du PEV	Enfants de moins d'un an, femmes 15-49 ans
Tuberculose	Examen, médicaments	Tout âge
Lèpre	Examen, médicaments	Tout âge
Cécité	Médicament contre le trachome, intrant pour la chirurgie du trichiasis et de la cataracte	Tout âge (pendant des campagnes)
Fistule	Examen pré et post opératoire, hospitalisation, médicament et acte	Femmes en âge de procréer
Ver de Guinée	Médicaments, filtres et tamis	Tout âge
Maladie tropicales négligées (filariose, onchocercose, schistosomiase et géo helminthiase)	Médicament	Tout âge (pendant des campagnes)
Malnutrition	Farines enrichies, aliments thérapeutiques, micronutriments, Médicaments	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes
Cancer	Examens, chimiothérapie et médicaments	Tout âge

Le principe de l'intégration des dispositifs retenus dans l'AMU est simple : les actes qu'ils représentent entrent dans le panier de soins de référence, la CANAM-U reçoit le montant financier dont le MSHP dispose pour les mettre en œuvre ? Du point de vue du financement, l'opération est neutre, toutes choses égales par ailleurs. Le coût du panier de

soins augmente, mais le financement supplémentaire est apporté par transfert simple. Certes, si l'intégration des actes gratuits dans le panier de soins de l'AMU provoquait une augmentation de consommation, le financement transféré serait insuffisant. L'hypothèse n'est pas absurde, puisqu'on a observé une sous-consommation des dispositifs gratuits et que la communication autour de l'AMU pourrait augmenter la notoriété des actes gratuits. Mais il serait alors possible d'introduire une contribution pour les catégories aisées : est-il légitime qu'un accouchement soit gratuit pour une femme qui a largement les moyens de le payer ? Si le transfert des fonds gérés par le MSHP était insuffisant, comme cela a déjà été suggéré, le secteur formel (notamment) pourrait apporter une contribution supplémentaire pour que la dispensation de ces services soit effective dans le cadre de l'AMU. La question devra de toute façon être étudiée à partir des données issues du suivi de la gestion du risque.

En fait, l'intégration des dispositifs gratuits dans l'AMU pose un problème pratique qu'il ne faut pas négliger : même gratuits pour la personne, les actes intégrés dans le panier de la CSU ne seront remboursés à la FS que si le bénéficiaire est déjà immatriculé. Ainsi, tous ménages du secteur informel qui vont attendre pour s'affilier, en dépit de l'obligation, ne seront pas immatriculés et leurs membres ne pourraient plus, en principe, profiter des dispositifs gratuits. Autrement dit, l'accès aux services gratuits relèverait d'une approche un peu coercitive, selon laquelle l'affiliation à l'AMU serait une conditionnalité pour en bénéficier.

Une approche plus douce consistera à envisager que l'intégration de ces dispositifs dans la CSU soit progressive. Au début, il y aura deux régimes de remboursement pour les FS dispensant les actes gratuits : le régime ancien (MSHP) lorsque les bénéficiaires ne seront pas encore affiliés à l'AMU, le nouveau régime (CANAM-U) s'ils sont immatriculés. Le transfert des ressources sera également progressif : le MSHP remboursera la CANAM-U pour les immatriculés selon les effectifs de ceux qui utiliseront les dispositifs de gratuité. En même temps, le recours aux dispositifs gratuits pourrait être l'occasion d'inciter à l'affiliation à la CSU. Les FS auraient alors un rôle de sensibilisation auprès des personnes.

4- La couverture maladie du secteur informel : compléments

Il a été proposé que la couverture maladie du secteur informel par l'AMU soit confiée, à titre principal, au mouvement mutualiste. Les principes de la délégation de gestion à l'UTM ont été décrits, en regard des fonctions à assurer. Cette proposition appelle deux précisions. La première est que le mouvement mutualiste n'a pas de raison de recevoir un monopole de délégation de gestion pour le secteur informel. La seconde est que le coût du panier de soins doit tenir compte de la capacité contributive des ménages du secteur informel ou du monde rural et qu'il faut prévoir un appui pour que l'obligation d'adhésion soit réaliste.

Un principe de choix et un principe de subventionnement sont proposés pour compléter ce qui a déjà été dit sur la couverture maladie du secteur informel et du monde rural.

Le principe de choix revient à laisser aux ménages le choix de son gestionnaire délégué entre le mouvement mutualiste, l'INPS et la CMSS. Il est adapté à l'hétérogénéité du secteur informel et du monde rural. Certaines professions indépendantes, certains commerçants résidant en milieu urbain n'auront pas forcément de difficulté à aller dans les bureaux de

cercles de l'INPS ou de la CMSS. Il faut leur donner la possibilité d'entrer dans l'AMU par cette voie, même si la proximité des mutuelles communales devrait mieux convenir à une majorité d'exclus de l'AMO. Les procédures d'adhésion seraient les mêmes que pour l'entrée par les mutuelles. Du point de vue légal, il conviendra d'adapter les textes régissant les deux EPA, pour leur permettre d'accueillir des ménages exclus de l'AMO. Par exemple, il serait souhaitable que l'assurance volontaire de l'INPS dissocie le produit retraite et le produit maladie. Si cette dissociation n'était pas faite, le coût d'entrée dans l'AMU par l'INPS serait assez coûteux. De même, la CMSS devrait introduire dans les textes qui la régissent la possibilité d'affilier des non fonctionnaires à l'AMU. L'introduction du principe de choix introduit une certaine distorsion entre le secteur formel et le secteur informel. D'un côté, les employés des entreprises adhérant à l'INPS et les fonctionnaires n'ont pas le choix de l'OGD d'affiliation, puisque c'est inscrit dans la loi ; de l'autre, les exclus de l'AMO auront le choix. Par ailleurs, il semble assez logique que les indigents ne puissent adhérer que par les mutuelles, pour simplifier et encadrer géographiquement leur affiliation. Enfin, il faut indiquer que pour les ménages exclus de l'AMO qui choisiraient de s'affilier via l'INPS ou la CMSS, le mode de collecte des cotisations et le rappel de cotisations vont introduire des procédures nouvelles dans les deux OGD, habitués au prélèvement à la source et à la médiation des entreprises ou du service de la solde. Il leur appartiendra de s'organiser pour cela.

Le principe de subventionnement des cotisations du secteur informel et du monde rural revient à ne demander aux ménages qu'une contribution partielle au coût du panier de soins. Le mécanisme, dit de « topping up », qui consiste à multiplier la cotisation payée par l'adhérent par une subvention publique pour couvrir le coût total du panier AMU devrait s'appliquer dans le cadre de la couverture maladie de cette catégorie de population. Un partage 20/80 a été proposé, soit 20% du coût du panier pour le ménage et 80% pour l'Etat.

Laissons d'abord de côté les soins gratuits du panier, pris en charge entièrement par l'Etat. Si l'on raisonne sur un coût du panier « à partager » de 8040 FCFA, hors gestion et sans ticket modérateur, cela revient à fixer la cotisation des personnes à 1608 FCFA et à 6432 FCFA la subvention, par personne et par an. Selon le ticket modérateur (20%, 25% ou 30%), le coût technique du panier « à partager » pour l'AMU sera réduit à 6432 FCFA, 6030 FCFA ou 5628 FCFA.

Ces chiffres seront modifiés selon l'imposition d'un ticket modérateur et l'imputation de la gestion. L'imputation de la gestion est délicate, d'autant plus que le coût d'administration du nouveau régime est difficile à estimer. On a retenu ici le principe **d'un coût de gestion égal à 10% du coût technique de l'AMU**³⁹, dans tous les cas de figure, avec ou sans ticket modérateur. Cette convention est évidemment discutable, mais il s'agit surtout de donner une idée du partage du financement entre assuré et Etat.

Le tableau suivant résume les options possibles de partage du coût du panier sans les soins gratuits (tableau 6)

³⁹ Ce taux est celui qui a été pris dans le document de Politique de financement. Il est beaucoup plus faible que celui qui est appliqué pour les mutuelles. .

Tableau 6 : options possibles de partage du coût du panier sans les soins gratuits

	Gestion prise en charge par l'Etat			Gestion incluse dans la cotisation		
	Pas de TM	20%	30%	Pas de TM	20%	30%
Coût technique AMU	8040	6432	5628	8040	6432	5628
Part assuré 20%	1608	1286,4	1125,6	1608	1286,4	1125,6
Part Etat 80%	6432	5145,6	4502,4	6432	5145,6	4502,4
Coût total de gestion AMU	804	643,2	562,8	804	643,2	562,8
Part assuré	0	0	0	160,8	128,64	112,56
Part Etat	804	643,2	562,8	643,2	514,56	450,24
Coût total AMU	8844	7075,2	6190,8	8844	7075,2	6190,8
Part assuré	1608	1286,4	1125,6	1768,8	1415,04	1238,16
Part Etat	7236	5788,8	5065,2	7075,2	5660,16	4952,64

*Hors soins gratuits

La cotisation par personne varierait entre 1125,6 FCFA (gestion prise en charge par l'Etat et ticket modérateur de 30%) et 1769 FCFA (coût de gestion partagé et sans ticket modérateur). La contribution de l'Etat par personne varierait entre 4953 FCFA (coût de gestion partagé et ticket modérateur de 30%) et 7236 FCFA (gestion prise en charge par l'Etat et sans ticket modérateur).

Le coût des soins gratuits a été estimé à 516 FCFA par personne sans gestion. En conservant le ratio de 10% du coût technique pour la gestion, on obtient 51,6 FCFA de coût de gestion. L'ensemble, 567,6 FCFA, sans ticket modérateur est à la charge de l'Etat.

5- Compléments et précisions sur la CRMU

Divers compléments et précisions sur l'organisation de l'AMU sont utiles à la compréhension des propositions faites en matière de CSU.

5-1 Le Fonds national de l'AMU

La CANAM-U réalise la mutualisation de ressources issues de plusieurs sources. Elle abrite ainsi un Fonds national de l'AMU qui doit recevoir, immédiatement ou progressivement :

- La part des cotisations AMO nécessaire pour couvrir l'AMU du secteur formel, issue de la CANAM ;
- Les cotisations du secteur informel collectées par les mutuelles, les bureaux de l'INPS et de la CMSS, transmises par l'UTM, l'INPS et la CMSS ;
- Les subventions de « topping up » du secteur informel, fournies par le MSAHRN (ligne budgétaire);
- Les fonds du RAMED, fournis par le MSAHRN (ligne budgétaire)

- Les fonds servant à couvrir les dispositifs de gratuité, issus du MSHP (ligne budgétaire).

A terme, les fonds publics n'auront pas vocation à transiter par les Ministères et c'est une ligne budgétaire du budget général qui fournira les ressources issues de l'Etat.

On notera qu'il est prévu de mutualiser les ressources dans une seule institution et qu'il n'est pas proposé de créer un organisme public chargé de la collecte des cotisations. Un tel organisme ne fournirait de toute façon que la part contributive de l'AMU et il faut avoir en mémoire que les cotisations du secteur formel et du secteur informel sont de nature différente. Les premières sont définies par des taux sur les rémunérations salariales, les secondes sont forfaitaires. On bute toujours sur la difficulté de définir une assiette de cotisation pour le secteur informel ou le milieu rural, où les ressources des ménages sont mal connues. Pour certaines catégories (professions indépendantes, commerçants, agriculteurs possédant des terres ou un cheptel), il serait sans doute possible de définir une assiette de cotisation et des taux. Mais la démarche serait vite compliquée pour une majorité de ménages. Dès lors que le forfait est la base de la contribution du secteur formel et du monde rural, il vaut mieux que des organismes habitués à ce type de cotisation, les mutuelles, soient chargées de la collecte. Pour le secteur formel, une réflexion sur l'unicité de la collecte serait possible, mais on peut douter que l'INPS et la CMSS soient favorables à un changement des pratiques actuelles.

5-2 La CANAM redéfinie

Le passage de la CANAM à la CANAM-U constitue un changement et une extension de l'EPA créée par la loi de 2009. La CANAM-U restera sous tutelle du MSAHRN. Compte tenu du montant de fonds d'origine budgétaire qu'elle gèrera, la question d'une tutelle partagée avec le MEF mériterait d'être posée, sachant que la question de la tutelle doit, de toute façon, être traitée clairement.

La CANAM-U aura en pratique deux fonctions de gestion. Elle gèrera l'AMU en s'appuyant sur le Fonds de l'AMU, sur un Service national de contrôle médical et sur trois OGD (UTM, INPS, CMSS). Elle continuera de gérer l'AMO, qui conservera sa propre garantie et conservera des fonds propres. L'AMO utilisera le Service national de contrôle médical et les 2 OGD (INPS et CMSS).

La création d'un Service national de contrôle médical, domicilié à la CANAM-U est une innovation importante pour le Mali. Ce service devrait développer son activité en utilisant deux types de qualifications : des médecins déployés au niveau régional, des agents administratifs, présents dans les CSRef et les HR et HN. Les médecins seraient chargés de veiller à la pertinence et à l'efficacité des prestations de soins. Pour cela, ils feraient le suivi statistique des dépenses présentées au paiement par type d'acte, d'établissement et par assuré pour repérer d'éventuelles anomalies ; le repérage de telles anomalies entraînerait le déplacement sur site et la convocation des assurés. Ce suivi statistique pourrait être effectué mensuellement par sondage et en fin d'exercice sur des informations globales. Les médecins conseils pourraient intervenir en cas de planification de soins coûteux et en cas de litiges entre malades, OGD et prestataires. Ils seraient aussi mobilisés sur requêtes des agents

présents dans les FS. Ces derniers seraient chargés de l'accueil des assurés et de la vérification de l'effectivité des prestations.

Rattaché à la CANAM-U, le Service national de contrôle médical apporterait sa contribution à la gestion du risque qui incombe à l'institution faîtière.

La création de ce Service et son déploiement sur le territoire constituerait la modalité d'extension territoriale de la CANAM actuelle et permettrait aux OGD de se passer de médecins conseils. De même, l'UTM utiliserait si besoins ce service national. **En fait, le contrôle médical n'a pas vocation à être délégué.**

La gestion de deux régimes à la CANAM-U est justifiée par le fait que le panier de l'AMU a toutes chances d'être réduit par rapport au panier de l'AMO et va coûter moins cher. En ce sens, la création du régime AMU ne fait pas disparaître le régime AMO, mais fournit une partie de la garantie AMO.

Tout se passe comme si l'AMO se composait d'un régime obligatoire de base (AMU) et d'un régime complémentaire obligatoire, qui donne accès à un panier de soins élargi, en contrepartie d'une contribution supplémentaire. Cette contribution n'a pas vocation à être mutualisée dans le cadre du Fonds de l'AMU et va rester à la seule disposition de la gestion de l'AMO (Fonds de l'AMO). Toutefois, l'Etat pourrait décider qu'au nom de la solidarité nationale, une partie du Fonds AMO soit transférée au Fonds national de l'AMU, un peu à l'image du Rwanda. Cela allégerait la contribution de l'Etat ou pourrait réduire la contribution de certaines catégories du secteur informel et du milieu rural.

Ce découpage implicite entre couverture de base et couverture complémentaire pourrait être repris par les mutuelles, qui pourraient proposer une couverture complémentaire à l'AMU, volontaire et gérée par elles.

5-3 L'UTM redéfinie et renforcée

Dans la CRMU, l'UTM aurait une importante fonction de gestion effectuée par l'UTM et ses bureaux déconcentrés : antennes dans les régions, bureaux dans certains districts. Cette fonction s'appuierait sur le rôle de sensibilisation et de « guichets » des mutuelles communales. Cela implique que les mutuelles communales adhèrent à l'UTM pour être habilitées à participer à l'AMU. L'adhésion à l'UTM devrait comprendre adjonction d'un protocole incluant la fonction de terrain pour les mutuelles communales. Mais les mutuelles communales ne seraient pas, stricto sensu, obligées d'adhérer à l'UTM. C'est uniquement une conditionnalité pour être partie prenante de l'AMU.

Il faut donc insister que les rôles conférés au mouvement mutualiste et à l'UTM en particulier n'obligent pas à changer le code de la mutualité, ni le statut privé de l'UTM. La délégation de gestion peut aussi bien se faire avec un organisme privé, si la future loi l'autorise.

Corrélativement, mutuelles et UTM conservent leur indépendance et elles peuvent proposer des prestations complémentaires exclues du panier AMU. La participation à la CSU se traduit par le fait que les mutuelles peuvent diffuser l'AMU et que l'UTM gère par délégation la

garantie de l'AMU, dont **le risque reste porté par la CANAM-U, comme le risque associé à l'AMO.**

6- Ce qu'il faut faire

La mise en œuvre de la CSU suppose un certain nombre de changements qu'on peut présenter brièvement en distinguant leurs aspects juridiques, institutionnels et financiers.

6-1 Aspects juridiques

Le texte juridique essentiel est évidemment une Loi sur l'AMU, qui stipule en particulier le principe d'obligation de l'adhésion à l'AMU, qui précise la garantie du régime (panier de soins, tickets modérateurs, bénéficiaires), qui donne la gestion de l'AMU à la CANAM transformée en CANAM-U, qui définit la mutualisation des ressources dans un Fonds national de l'AMU, basé à la CANAM-U et qui pose le principe de la délégation de gestion aux trois OGD : INPS, CMSS et UTM. Le principe de choix et le principe de subventionnement pour les assurés de l'AMU exclus de l'AMO doivent également figurer dans le texte.

Un deuxième texte doit être dédié à la création de la CANAM-U, en précisant les fonctions de gestion de l'AMU et de l'AMO et en instituant le Service national de contrôle médical. Ce texte doit aussi définir les relations avec les OGD, ce qui peut être une occasion d'un meilleur équilibre avec l'INPS et la CMSS, notamment à propos des dotations techniques de gestion. Il pourra aussi intégrer les éléments de réorganisation de la CANAM actuelle, en vue de l'AMU et d'une meilleure gestion de l'AMO.

Pour l'INPS et la CMSS, la possibilité d'adhésion des exclus de l'AMO dans le régime AMU doit se traduire dans les textes définissant leur mission.

Pour l'UTM, le principe de conditionnalité de l'adhésion des mutuelles de base en vue de leur association à l'AMU doit être précisé dans les statuts de l'Union. Son règlement doit être modifié pour rendre possible la délégation de gestion de l'AMU pour le exclu de l'AMO.

Pour l'ANAM, deux conventions doivent être passées. La première convention doit être passée avec la Direction de l'Action sociale pour formaliser le rôle des directions régionales dans le recensement a priori des indigents et préciser la contribution financière de l'ANAM à ce travail. La seconde convention est à passer avec le programme « Filets sociaux » pour la transmission des listes d'indigents et la collaboration en vue de la construction du registre unique des bénéficiaires de prestations d'aide sociale.

La loi sur le RAMED doit être aménagée en vue de la simplification de l'adhésion (possibilité de certificats collectifs d'indigence par exemple) et de la redéfinition des contributions des CT, à fonder sur la carte de pauvreté.

6-2 Aspects institutionnels

Il n'y a pas, stricto sensu, de création d'institution nouvelle, sous la forme d'EPA. Certes, la CANAM est transformée et son champ d'intervention est étendu, mais la base institutionnelle est utilisée pour construire la CANAM-U.

La CSU est une politique publique qui implique l'affirmation de la tutelle de l'Etat sur les organismes publics et privés qui y participent. Le MSAHRN a déjà la tutelle des 3 OGD retenus. Il convient d'**organiser cette tutelle pour qu'elle soit effective**. Il semble par exemple que la tutelle doive s'assurer que les fonctions assignées à chacun sont bien remplies et intervenir si tel n'est pas le cas. On a vu par exemple que la CANAM se plaignait de ce que les OGD ne lui fournissait pas chaque mois de liste nominative des cotisants, alors que cela est prévu dans les Conventions d'objectifs et de moyens passées entre la CANAM et l'INPS et la CMSS. La tutelle aurait dû régler ce problème.

S'agissant des mutuelles et de l'UTM, le rôle qui est proposé dans l'AMU implique un renforcement du bureau des Mutuelles pour qu'il ait les moyens de vérifier que les mutuelles communales d'une part, les services déconcentrés de l'UTM et le siège respectent bien la délégation de gestion qui devrait leur être donnée.

De façon générale, le renforcement de la DNPSDS au MSAHRN s'impose avec la création de l'AMU. Une sous-direction devrait rassembler les fonctions tutélaires des 5 organismes (CANAM-U, INPS, CMSS, UTM, ANAM) pour leur implication dans la CRMU.

Il a été dit que le MEF pourrait aussi avoir la tutelle de la CANAM-U, afin d'effectuer le suivi des opérations impliquant le Fonds national de l'AMU. La coordination de cette tutelle financière avec la tutelle technique du MSAHRN se ferait via la sous-direction de l'AMU évoquée ci-dessus.

Le MSHP n'est pas associé formellement au fonctionnement de l'AMO et du RAMED. La couverture maladie actuelle est montée sans qu'il y ait une place importante, ce qui est probablement une erreur, compte tenu de l'importance des prestataires de soins. Il gère, un peu de son côté, les dispositifs de gratuité et, dans la CRMU, ces dispositifs sont censés intégrer le régime général. Il est donc nécessaire qu'il tienne son rôle dans le développement de la CRMU et toute sa place dans la politique de CSU, en l'occurrence via la politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle. Pour la CRMU proprement dite, l'objectif sera de favoriser l'adhésion du secteur public de soins à l'AMU et de faciliter l'application de toutes les procédures comprenant un volet médical.

Outre, l'association systématique du MHSP aux commissions qui vont préparer l'AMU, deux rôles importants devraient lui être donnés. Le premier est une participation importante aux procédures de conventionnement dont la responsabilité reviendra à la CANAM-U. Le conventionnement ne devrait intervenir qu'avec des établissements accrédités (ce qui dépend du MHSP) et après avis de non objection du MHSP sur les tarifs de prise en charge. En pratique, une commission commune CANAM-U et MHSP devrait présider au conventionnement en proposant au DG de la CANAM-U la liste des établissements éligibles. Corrélativement, le suivi de l'accréditation devrait alimenter le suivi du conventionnement, indépendamment des questions de procédure administrative qui peuvent aussi influencer sur le conventionnement. Autrement dit, si le non-respect des procédures (facturation, fraude, etc.) peut entraîner le dé-conventionnement, la perte d'accréditation ou le signalement d'un établissement seraient aussi des motifs de dé-conventionnement.

Enfin, le MHSP devrait être associé à la création du Service national de contrôle médical, à la production de son règlement et des conditions d'intervention des médecins conseils dans les établissements.

6-3 Aspects financiers

Les aspects financiers de la réforme ont trait au coût de fonctionnement de la CRMU et aux investissements nécessaires pour la réaliser.

6-3-1 Le coût de fonctionnement

S'agissant du coût de fonctionnement, il est facile de définir la contribution de chacun : assuré à l'AMO, assuré du secteur informel, indigent, Etat en prenant les chiffres indiqués ci-dessus relatifs au coût du panier sans et avec soins gratuits. Il convient toutefois de préciser les hypothèses du calcul :

- Les assurés AMO prennent en charge l'ensemble du coût du panier estimé avec un ticket modérateur de 30%, gestion incluse ;
- Les assurés du secteur informel partagent avec l'Etat le coût technique du panier, mais la gestion est à la charge de l'Etat ;
- Les indigents ne payent rien.

Les contributions de chacun sont indiquées dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 7 : contribution de chacun au coût du panier

Type d'assuré		Panier hors gratuité	Panier gratuité	Panier complet
Affilié AMO	Contribution assuré	6190,8	0	6190,8
	Contribution Etat	0	567,5	567,5
Affilié AMU	Contribution assuré	1125,6	0	1125,6
	Contribution Etat	5065,2	567,5	5632,8
Indigent	Contribution assuré	0	0	0
	Contribution Etat	6190,8	567,5	6758,4

Ces chiffres sont des estimations supposées valables pour 2014. On peut alors estimer les contributions totales en 2014 de la CSU, **si le taux de couverture de 100% était atteint aujourd'hui.**

Les affiliés AMO (17% de la population) paieraient 16,3 milliards FCFA, les assurés AMU du secteur informel (78% de la population) 13,6 milliards, les indigents (5% de la population) rien du tout et l'Etat **74,8 milliards FCFA**, répartis de la manière suivante : 1,5 milliards au profit des affiliés AMO, 68,1 milliards au profit du secteur informel qui contribue et 5,2 milliards au profit des indigents. Le coût total, 105 milliard FCFA, serait couvert à 71,4% par l'Etat et à 28,6% par les contributions du secteur formel et informel.

Rien n'empêche de faire des projections à un horizon de 15 ou 20 ans, **en faisant des hypothèses sur les taux de couverture des trois catégories d'assurés, sur la croissance du**

coût du panier (6% l'an par exemple) et sur la croissance des effectifs de chaque catégorie, compte tenu de la croissance de la population malienne. De tels calculs ont déjà été faits et sont à la base de la politique de financement qui traite de la CRMU. Comme ces calculs ont tablé sur un coût du panier de 6600 FCFA, peu différent des chiffres proposés ici et que les hypothèses de croissance des effectifs des diverses catégories sont assez hasardeuses, on ne les reprend pas ici. L'intérêt de ces projections est d'apprécier si le dispositif est soutenable financièrement, compte tenu du niveau et de l'évolution possible du budget de l'Etat. On peut dire aujourd'hui que l'effort budgétaire est considérable, mais qu'il n'est pas hors de portée du Mali, compte tenu du budget actuel de la santé, si la volonté politique est là.

6-3-2 Coût d'investissement

La première partie du processus va entraîner surtout des dépenses d'investissement pour renforcer le système actuel : renforcement de la CANAM et du mouvement mutualiste surtout.

Les montants de ces investissements pourront être fixés à partir des projets précis de la CANAM et de l'UTM. Pour la CANAM, c'est surtout la création du Service national de contrôle médical qui va représenter l'effort le plus important. Pour l'UTM, la contribution au développement accéléré des mutuelles communales et, surtout, la mise en place d'équipes de gestion dans les antennes, voire dans des bureaux de cercles, ainsi que la rénovation de l'UTM sont les postes importants. En 2011, la stratégie nationale d'extension des mutuelles sur 3 régions avait été évaluée à 19 milliards de FCFA sur 3 ans. Un ordre de grandeur du coût de l'investissement de 7 milliards par an pour la CRMU semble réaliste.

Conclusion : recommandations pour le pilotage du processus

La mise en place de la CRMU ne va pas se faire en un jour et les propositions faites distinguent une phase de renforcement de l'existant qui pourrait se dérouler de 2015 à 2016 et une phase de réforme qui commencerait en 2017. Il est évident que le pilotage du processus est essentiel à la réussite du projet et il est recommandé d'envisager ce pilotage sous deux aspects : le pilotage politique et le pilotage technique.

Le pilotage politique est fondamental, mais il revient aux autorités maliennes d'en définir le contenu précis. Le pilotage politique a pour fonctions :

- D'affirmer continûment la volonté politique d'aboutir ;
- De veiller à ce que les imputations budgétaires nécessaires soient faites ;
- De vérifier l'état d'avancée du processus avec les Ministères concernés ;
- D'organiser la concertation entre ces Ministères : MEF, MSAHRN, MSHP et Ministère de la Promotion de la femme ;
- D'arbitrer d'éventuels conflits techniques entre eux ;
- D'encadrer la communication politique autour de la CSU.

Ces fonctions peuvent être assurées par une cellule politique placée au plus haut niveau de l'Etat.

Le pilotage technique de la réforme revient au MSAHRN, mais celui-ci doit veiller à ne pas s'isoler des autres Ministères partenaires. La mise en place du groupe de travail technique en juin dernier, dont la composition exacte devait être finalisée en septembre est la meilleure solution pour cela. Ce groupe devrait :

- Etre doté d'un règlement pour son fonctionnement ;
- Avoir un point focal dans chaque Ministère ;
- Organiser des réunions fréquentes des points focaux ;
- Établir un plan de travail avec des commissions ad hoc, selon ce qu'il faut faire ;
- Se donner un agenda.

Les propositions faites ici donnent une idée de ce que pourraient être le plan de travail et les commissions. Trois commissions pourraient s'occuper respectivement :

- du renforcement de la CANAM
- du renforcement de l'UTM et des mutuelles
- du renforcement de l'identification des indigents ;

Une quatrième commission devrait être dédiée à la finalisation du panier de soins, en s'appuyant sur un actuariat mené conjointement par la CANAM et l'UTM.

Une cinquième commission devrait aborder les aspects juridiques de la réforme.

Ces commissions devraient avoir un rythme de travail assez élevé (au minimum mensuel) et rendre compte au groupe technique de l'avancée de leurs travaux. Les aspects financiers de la

réforme reviendraient au groupe entier, qui devrait se réunir au moins tous les deux mois et rendre compte aux pilotes politiques du projet.

Références

CANAM, *Projet de budget 2013*

CANAM, *Convention sectorielle entre la CANAM et le Centre de santé de la Police, 2013*

CANAM, MDSSPA, *Contrat d'objectifs et de moyens entre la CANAM et la CMSS, 2012*

CANAM, MDSSPA, *Contrat d'objectifs et de moyens entre la CANAM et l'INPS, 2012*

Kouamé M., Kelly A., *Rapport d'évaluation externe du projet Kénéya Sabatili (PKS)« assurer la santé » de Sikasso, 2012*

MDSSPA, *Phase Pilote de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension de la Couverture Maladie par les Mutuelles de santé dans les régions de Sikasso, Ségou et Mopti 2011 – 2013*

MDSSPA, OMS, *Étude de la faisabilité de l'établissement de passerelles entre l'AMO, le RAMEL et l'Assurance mutualiste d'une part et les autres dispositifs de couverture sanitaire instaurés par l'État, novembre 2012*

MSAHRN , *Base de données sur les mutuelles, 2013*

République du Mali, *Loi n°09/015 du 26 juin 2009 portant institution du Régime d'assurance maladie obligatoire*

République du Mali, *Décret n°09/552 du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du Régime d'assurance maladie obligatoire*

République du Mali, *Loi n°09/16 du 27 juillet 2009 portant institution du Régime d'assistance médicale*

République du Mali, *Décret n°09/555 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du Régime d'assistance médicale*

République du Mali, *Loi n°09/016 du 26 juin 2009 portant création de la Caisse nationale d'assurance maladie*

République du Mali, *Décret n°09/553 du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Caisse nationale d'assurance maladie*

République du Mali, *Loi n°09/031 du 27 juillet 2009 portant création de l'Agence nationale d'assistance maladie*

République du Mali, *Décret n°09/554 du 12 octobre 2009 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de l'Agence nationale d'assistance maladie*

République du Mali, *Stratégie nationale d'extension de la couverture maladie aux secteurs agricole et informel par les mutuelles de santé, mai 2010*

République du Mali, *Politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle 2014-2023, 2013*

