

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE**

**CELLULE DE PLANIFICATION ET DE
STATISTIQUE SECTEUR SANTÉ,
DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET
PROMOTION DE LA FAMILLE**

RÉPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi



**COMPTES DE LA SANTÉ
DU MALI, ÉDITION 2013**

Juin 2016



Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES GRAPHIQUES	V
PREFACE.....	VI
REMERCIEMENTS	VIII
SIGLES ET ABBREVIATIONS	IX
RESUME	XII
INTRODUCTION.....	14
OBJECTIFS	16
1. GENERALITES	18
1.1. PRESENTATION GENERALE DU MALI.....	18
1.2. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTE.....	18
1.2.1. <i>Organisation du système de santé au Mali</i>	18
1.2.2. <i>Circuit du médicament au Mali</i>	19
1.2.3. <i>Situation sur les politiques de gratuité</i>	19
1.3. EVOLUTION DES INDICATEURS DE COUVERTURE.....	20
1.4. FINANCEMENT DU SYSTEME.....	21
1.4.1. <i>Etat</i>	21
1.4.2. <i>Partenaires extérieurs</i>	21
1.4.3. <i>Collectivités territoriales</i>	22
1.4.4. <i>Assurance et Mutuelles de Santé</i>	22
2. METHODOLOGIE ET SOURCES DE DONNEES	23
2.1. DEFINITIONS DES CONCEPTS DU SHA 2011	23
2.2. UTILITE DES COMPTES DE LA SANTE	24
2.3. PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE.....	26
2.4. COLLECTE DE DONNEES ET METHODES	26
2.4.1. <i>Collecte des données primaires</i>	26
2.4.2. <i>Collecte des données secondaires</i>	27
2.4.3. <i>Estimation des dépenses de santé des ménages</i>	27
2.5. ELABORATION DES CLES DE REPARTITION	29
2.6. DIFFICULTES RENCONTREES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	29
3. RESULTATS ET ANALYSE DES COMPTES DE LA SANTE (CS) 2013.....	31
3.1. ANALYSE DES RESULTATS DES COMPTES DE LA SANTE	31
3.1.1. <i>Analyse de la dimension financement de la santé</i>	32
3.1.2. <i>Dépenses par facteur de prestation des soins de santé</i>	37
3.1.3. <i>Dépenses courantes par fonction sanitaire</i>	39
3.1.4. <i>Répartition des dépenses de santé par bénéficiaire</i>	41

3.2.	ANALYSE SECTORIELLE DES DEPENSES DE SANTE 2013	42
3.2.1.	<i>Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé</i>	42
3.2.2.	<i>Répartition de l'exécution des dépenses dans le budget du Ministère de Santé et de l'Hygiène Publique</i>	44
3.2.3.	<i>Participation des autres Ministères aux dépenses de santé</i>	45
3.2.4.	<i>Financement de la santé par les collectivités territoriales</i>	45
3.2.5.	<i>Financement de la santé par les entreprises privées et parapubliques</i>	45
3.2.6.	<i>Financement de la santé par l'assurance maladie</i>	46
3.2.7.	<i>Financement de la santé par les ménages</i>	46
3.2.8.	<i>Financement de la santé par les Organisations Non Gouvernementales</i>	46
3.3.	CALCUL DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE FINANCEMENT DE LA SANTE 2013	47
3.4.	RESULTATS DES DEPENSES SUR LA FORMATION BRUTE DE CAPITAL	47
4.	RESULTATS DES DEPENSES DU PALUDISME.....	50
4.1.	APERÇU SUR LA SITUATION DU PALUDISME AU MALI	50
4.2.	RECETTES DES REGIMES DE FINANCEMENT DES DEPENSES DU PALUDISME	51
4.2.1.	<i>Régime de financement des dépenses du paludisme</i>	51
4.3.	REPARTITION DES DEPENSES DU PALUDISME PAR UNITE INSTITUTIONNELLE	52
4.4.	REPARTITION DES DEPENSES DU PALUDISME PAR TRANCHE D'AGE.....	52
4.5.	REPARTITION DES DEPENSES PAR PRESTATAIRES DE SERVICES	53
4.6.	REPARTITION DES DEPENSES PAR FONCTION	55
4.7.	REPARTITION DES DEPENSES EN FACTEUR DE PRESTATION	55
5.	RESULTATS DES DEPENSES SUR LA TUBERCULOSE.....	56
5.1.	APERÇU SUR LA SITUATION DE LA TUBERCULOSE AU MALI	56
5.2.	VOLUME DES DEPENSES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE	57
	<i>Recettes des régimes de financement des dépenses de la</i>	58
5.2.1.	<i>Régimes de financement de la santé pour la tuberculose</i>	58
5.2.2.	<i>Dépenses par agents de financement de la santé pour la tuberculose</i>	58
5.2.3.	<i>Dépenses par prestataires des soins de santé pour la tuberculose</i>	59
5.2.4.	<i>Répartition des dépenses de la tuberculose par fonction</i>	60
6.	RESULTATS DES DEPENSES DU VIH ET DU SIDA	61
6.1.	APERÇU SUR LA SITUATION DU VIH ET DU SIDA AU MALI	61
6.2.	VOLUME DES DEPENSES POUR LA LUTTE CONTRE LE VIH SIDA	61
6.2.1.	<i>Dépenses par recettes des régimes de financement de la santé pour le VIH et du SIDA</i>	62
6.2.2.	<i>Dépenses par régime de financement de la santé pour VIH et le SIDA</i>	62
6.2.3.	<i>Dépenses par agent de financement de la santé pour le VIH et le SIDA</i>	63
6.2.4.	<i>Dépenses par prestataires de soins de santé pour le VIH et du SIDA</i>	63
6.2.5.	<i>Dépenses du VIH et du SIDA par fonction sanitaire</i>	64
7.	RESULTATS DES DEPENSES DE LASANTE DE LA REPRODUCTION	65

7.1.	APERÇU SUR LA SITUATION DE LA SR AU MALI.....	65
7.2.	VOLUME DES DEPENSES LIEES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION	66
7.2.1.	<i>Recettes des régimes de financement des dépenses de la santé de la reproduction</i>	<i>66</i>
7.2.2.	<i>Régimes de financement des dépenses de la SR par région</i>	<i>67</i>
7.2.3.	<i>Répartition des dépenses de la SR par unité institutionnelle.....</i>	<i>68</i>
7.2.4.	<i>Répartition des dépenses de la santé de la reproduction par prestataire</i>	<i>68</i>
7.2.5.	<i>Répartition des dépenses de la SR par fonction</i>	<i>69</i>
7.2.6.	<i>Répartition des dépenses de la SR par domaine.....</i>	<i>69</i>
	CONCLUSION.....	70
	RECOMMANDATIONS.....	72
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	EQUIPE TECHNIQUE D'ELABORATION DES COMPTES DE LA SANTE	II
	COORDINATION	II
	ANNEXES	III

Liste des tableaux

Tableau 1.3.1 : Evolution des indicateurs de couverture.....	20
Tableau 3.1.1 : Récapitulatif de la dépense totale de santé en 2013	31
Tableau 3.1.2: Récapitulatif des dépenses des régimes de financement en 2013.....	33
Tableau 3.1.3 : Récapitulatif des revenus des régimes de financement en 2013.....	34
Tableau 3.1.4 : Répartition des dépenses par agent de financement en 2013	35
Tableau 3.1.5 : Répartition des dépenses courante de santé par prestataire.....	36
Tableau 3.1.6 : Répartition des dépenses par facteur de prestation.....	37
Tableau 3.1.7 : Répartition des dépenses par fonction sanitaire	39
Tableau 3.1.8 : Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge.....	42
Tableau 3.2.1 : Evolution du budget d'Etat alloué à la fonction santé et au Ministère de la Santé	44
Tableau 3.2.2: Exécution du budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique au titre de l'année 2013.....	45
Tableau 3.3.1 : Indicateurs de comparaison internationale de l'UEMOA	47
Tableau 3.4.1 : Répartition des dépenses de formation brute de capital par rubrique d'investissement	48
Tableau 3.4.2: Répartition des dépenses de santé selon les maladies/affections.....	48
Tableau 4.2.1 : Répartition des dépenses de santé par recettes des régimes de financement.....	51
Tableau 4.3.1 : Répartition des dépenses de paludisme par unité institutionnelle fournissant les fonds. ...	52
Tableau 4.5.1 : Répartition des dépenses de paludisme par prestataires de soins de santé	54
Tableau 4.6.1 : Répartition des dépenses de santé du paludisme par type de soins	55
Tableau 4.7.1: Répartition des dépenses par facteur de prestation.....	56
Tableau 5.2.1: Recettes des régimes de financement des soins de santé.....	58
Tableau 5.2.2: Répartition des dépenses de la tuberculose par régimes de financement	58
Tableau 5.2.3: Dépenses des agents de financement de la santé pour la tuberculose	59
Tableau 5.2.4: Dépenses par prestataires de soins de santé pour la tuberculose	59
Tableau 5.2.5: Dépenses de la lutte contre la tuberculose par fonction.	60
Tableau 6.2.1: Dépenses par recettes des régimes de financement de la santé pour le VIH et le SIDA	62
Tableau 6.2.2: Dépenses par régime de financement de la santé pour le VIH et du SIDA	62
Tableau 6.2.3 : Dépenses par agents de financement de la santé pour le VIH et le SIDA.....	63
Tableau 6.2.4 : Dépenses des prestataires des soins de santé pour le VIH et le SIDA	63
Tableau 6.2.5 : Répartition des dépenses du VIH et du SIDA par fonction sanitaire	64
Tableau 7.2.1 : Répartition des dépenses de la Santé Reproduction Recettes de régimes de financement CS 2013.....	66
Tableau 7.2.2 : Répartition des dépenses de la santé de la reproduction par région	67
Tableau 7.2.3 : Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par unités institutionnelles	68
Tableau 7.2.4 : Répartition des dépenses de SR par prestataire	68
Tableau 7.2.5 : Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par fonction	69
Tableau 7.2.6 : Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par domaine.....	69
Tableau annexe 1: Description des clés de répartition utilisées pour la codification des données.....	III
Tableau annexe 2: Répartition des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les recettes des régimes de financement en francs CFA	V
Tableau annexe 3: Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires de soins de santé et les régimes de financement en francs CFA.....	VI
Tableau annexe 4: Répartition des dépenses courantes de santé selon les fonctions de soins de santé et les régimes de financement en francs CFA.....	VIII
Tableau annexe 5: Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires et les fonctions de soins de santé en francs CFA	XI

Tableau annexe 6 : Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires de soins de santé et les facteurs de prestation en francs CFA	XII
Tableau annexe 7 : Répartition des dépenses courantes de santé selon les maladies/affections et les régimes de financement en francs CFA	XIII
Tableau annexe 8 : Répartition des dépenses d'investissement de santé selon les Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement en francs CFA	XIII

Liste des graphiques

Graphique 3.1.1 : Situation des DTS en 2004 et en 2013.....	32
Graphique 4.2.1 : Répartition des dépenses par régime de financement.....	52
Graphique 4.4.1 : Répartition des dépenses de paludisme par tranche d'âge.....	53

Préface

Le Programme Décennal de Développement Social et Sanitaire est le fruit d'un processus participatif et itératif qui a impliqué tous les acteurs clés du secteur Santé, Développement social et Promotion de la Famille.

Ainsi, des synergies, axes et stratégies ont été développés dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de la population afin d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

L'atteinte de ces objectifs suppose aussi la mise en œuvre de certaines réformes parmi lesquelles le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé qui vise à renforcer l'offre de soins et à rendre solvable la demande en vue non seulement de permettre un accès plus large aux services et soins de santé, mais aussi d'assurer la viabilité des structures.

Les Comptes de la Santé (CS) sont un outil indispensable du dispositif de suivi de la mise en œuvre de l'engagement de l'Etat et de ses Partenaires pour un financement adéquat du secteur de la santé. Ils permettent d'estimer le volume des dépenses et de retracer les flux des financements utilisés dans le but de restaurer, d'améliorer ou d'entretenir la santé des individus, de la famille et de la communauté.

L'institutionnalisation des comptes de la santé demeure une priorité des pays membres de l'espace UEMOA. A cet effet, dans un souci de comparabilité des indicateurs de santé dans l'espace UEMOA, les Etats membres ont décidé de la production régulière des comptes.

Le Mali a élaboré les comptes nationaux de la santé en 1989 (couvrant la période de 1983-1987) et 1992 (couvrant la période de 1988-1991) ; mais ces comptes ne répondaient pas au format universel des comptes de la santé.

Le Mali a produit ses premiers comptes de la santé dans le format universel en 2006 (couvrant la période 1999-2004). La production des présents comptes traduit la volonté du Mali de rattraper le retard accusé dans cet exercice.

Le rapport des comptes de la santé 2013 fait ressortir des informations qui permettent de mieux connaître l'importance du rôle joué par les différents acteurs qui interviennent dans le financement de la santé en tant que sources de financement, gestionnaires des fonds ou prestataires de services de santé. Il a été élaboré avec la nouvelle méthodologie internationale des Comptes de la Santé (SHA 2011) développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires.

Je félicite l'ensemble des parties prenantes du processus, les experts nationaux, les Partenaires Techniques et Financiers et tous ceux qui ont contribué à la production des présents Comptes de la Santé (CS).

Nos remerciements s'adressent particulièrement à l'Organisation Mondiale de la Santé, au Fonds des Nations Unies pour la Population pour les efforts techniques et financiers consentis pour nous accompagner dans cet exercice.

J'invite tous ceux qui s'intéressent aux questions de financement de la santé à faire une exploitation judicieuse de ce document et à apporter toute contribution dans le sens de l'enrichir.

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Docteur TOGO Marie Madeleine TOGO
Chevalier de l'Ordre National

Remerciements

La présente édition des Comptes de la Santé a été réalisée par une équipe technique composée de cadres de la Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille, de la Direction Nationale de la Santé, de l'Institut National de Recherche en Santé Publique, de l'Institut National de la Statistique, des Directions des Finances et du Matériel du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord et du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'enfant et de la Famille et de la Direction Générale du Budget.

Cette édition des Comptes de la Santé(CS) a été financée par le Gouvernement du Mali, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Elle a aussi bénéficié de l'assistance technique de l'OMS.

Grâce à la synergie d'actions et la franche collaboration des personnes ressources, des agences et des institutions partenaires, la présente édition a pu être conduite malgré les multiples difficultés.

Nous saisissons cette occasion pour adresser nos remerciements :

- Aux bailleurs de fonds du système de santé, aux Organisations Non Gouvernementales (ONG), aux entreprises qui ont accepté de mettre les données sur leurs dépenses de santé, à la disposition de l'équipe technique d'élaboration des comptes de la santé ;
- Aux agents enquêteurs de la collecte des données.

Notre reconnaissance et notre profonde gratitude à l'équipe d'appui inter-pays de l'OMS pour avoir mis à notre disposition un consultant afin d'appuyer l'équipe technique pendant la phase complémentaire d'analyse des comptes de la santé. Nos remerciements à tous les partenaires techniques et financiers qui nous ont accompagné et soutenu de façon constante, au cours de cette opération. Il s'agit de l'OMS et de l'UNFPA. Enfin, nos sincères remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de cette édition des comptes de la santé.

Le Directeur de la CPS/ SS DS PF

Dr Mountaga BOUARE
Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Sigles et abréviations

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM :	Agence Nationale d'Assurance Maladie
ARV :	Antirétroviraux
ASACO :	Association de Santé Communautaire
CANAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CDV :	Conseil de Dépistage Volontaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CNOS :	Centre National d'Odontostomatologie
CNS :	Comptes Nationaux de la Santé
CPN :	Consultation Périnatale
CPS/ SS DS PF :	Cellule de Planification et de Statistique du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille
CROCEP :	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CS :	Comptes de la Santé
CSCoM :	Centre de Santé Communautaire
CSCRp :	Cadre de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSLS :	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
CSRéf :	Centre de Santé de Référence
DCS :	Dépenses Courantes de Santé
DFM :	Direction de Finances et du Matériel
DIS :	Maladies et Affections de santé
DPS :	Domaines de Prestations de Services
DRH :	Direction des Ressources Humaines
DSSA :	Direction du Service de Santé des Armées
DTS :	Dépenses Totales de Santé
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
FBR :	Financement Basé sur les Résultats

FCFA :	Franc de la Communauté Financière Africaine
FP :	Facteur de Prestation
FS :	Recettes des régimes de financement
FS.RI :	Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement
HAAT :	Outil d'Analyse des Comptes de la Santé
HAPT :	Outil de Production des Comptes de la Santé
HC :	Fonctions de Soins de Santé
HCNLS :	Haut Conseil National de Lutte contre la Pauvreté
HHA :	Harmonisation pour la Santé en Afrique
HK :	Compte de Capital
IDH :	Indice de Développement Humain
IEC :	Informations, Educations, Communications
IHP :	Partenariat International pour la Santé
IHPC :	Indice Harmonisé des Prix à la Consommation
INPS :	Institut National de Prévoyance Sociale
INSTAT :	Institut National de la Statistique
IOTA :	Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
MIILDA :	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MILD :	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée
MSHP :	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PDDSS :	Plan Décennal de Développement Sanitaire Social
PEC:	Prise En Charge
PIB :	Produit Intérieur Brut
PID :	Pulvérisation Intra Domiciliaire
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNP :	Politiques Normes et Procédures
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention de la Transmission Mère Enfant

PRODESS :	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSPHR :	Projet Santé Population et Hydraulique Rurale
PTF :	Partenaires Techniques et Financiers
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PV/VIH :	Personnes Vivant avec le VIH
RG :	Région
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SHA :	Système des Comptes de la Santé
SIDA :	Syndrome Immunodéficitaire Acquis
SLIS :	Système Local d'Information Sanitaire
SMC :	Seasonal Malaria Chemotherapy
SME :	Monitoring Et Evaluation
SNV :	Organisation Néerlandaise de Développement
SR :	Santé de la Reproduction
SSP :	Soins de Santé Primaires
TPI :	Traitement Préventif Intermittant
TPS :	Traitement Préventif Saisonnier
UEMOA :	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	Agence Américaine de Développement Internationale
USD :	Dollar Américain
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé

L'objectif de cet exercice est d'estimer et d'analyser la répartition des dépenses de santé selon :

- la dimension financement ;
- le prestataire ;
- les intrants utilisés ;
- les bénéficiaires ;
- les types de soins de santé consommés.

La dépense totale de santé est estimée en 2013, à 363,035milliards de FCFA dont 343,504milliards de FCFA pour les dépenses courantes de santé et 19,531milliards de FCFA pour les investissements contre 165 milliards de FCFA en 2004, soit un accroissement de 117 %. La dépense de santé par tête d'habitant en 2013 est de 21369 FCFA (42,7 \$ US) contre 13 600 FCFA (27,2 \$ US) en 2004 \$ US. Cet indicateur est en deçà de la norme de l'OMS qui est de 54 \$USD.

Les ménages constituent toujours la source principale de financement du système (51% en 2004 et 50,41% en 2013).

Les ressources mobilisées par le système national de santé sont consacrées pour 41,34% aux produits pharmaceutiques. Les soins curatifs représentent 65,47% de la dépense courante de santé en 2013 dont 93,77% pour les soins ambulatoires et 6,23% pour les soins hospitaliers.

Les dépenses consacrées aux services de soins préventifs constituent 19,09% des dépenses courantes de santé en 2013 dont 8,29% sont consacrées au Programme Elargi de vaccination (PEV). La part de la prévention est encore faible. Ce qui ne permet pas de prendre en compte toutes les préoccupations de la santé de la population.

Par ailleurs, la répartition des dépenses de santé par maladie fait ressortir les principales informations suivantes :

Les dépenses de paludisme s'élèvent à 119,485milliards de F CFA soit 34,83%, des dépenses courantes de santé et 54,10% par rapport aux dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;

Les dépenses consacrées à la lutte contre la tuberculose en 2013 ont été évaluées à 92,364millions de F CFA soit 0,02%, des dépenses courantes de santé et 0,03% par rapport aux dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;

Les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA en 2013 ont été évaluées à 12,178milliards de F CFA soit 3,55% des dépenses courantes de santé et 5,51% par rapport aux dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;

Les dépenses liées à la santé de la reproduction représentent 20,443milliards de FCFA soit 5,95% des dépenses courantes de la santé en 2013 ; parmi ces dépenses les affections maternelles viennent en première position avec 63,47% suivies des affections périnatales avec 22,63% et de la planification familiale avec 12,42% du total.

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres partenaires du secteur de la santé recommandent vivement de recueillir et d'utiliser des données financières fiables afin de renforcer les politiques de santé. Les Comptes de la Santé constituent une des voies pour y parvenir.

En effet, les Comptes de la Santé (CS) permettent de faire une évaluation chiffrée des dépenses de santé. Ils visent entre autres à :

- Contribuer à l'élaboration et à l'ajustement des politiques de santé en permettant aux décideurs de prendre des décisions en matière de santé en étant mieux informés et d'éviter de faire des choix politiques sur la base des estimations erronées pouvant avoir des conséquences néfastes ;
- Mettre à la disposition des donateurs des informations utiles pour leurs décisions quant au montant de leur appui financier et à son affectation aux différents programmes ou activités ;
- Faire des comparaisons entre pays de mêmes caractéristiques socio-économiques et en tirer des leçons ;
- Mettre à la disposition des chercheurs nationaux et internationaux des informations utiles pour leurs travaux de recherche sur le financement de la santé.

Le Mali a réalisé des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) bien avant l'application de la nomenclature universelle dans les pays en développement : les premiers sont été réalisés en 1989 et les deuxièmes en 1992. Ces comptes ont été réalisés dans le cadre de la recherche sur le financement de la santé. Après l'application de la nomenclature universelle dans les pays en développement à partir de 2003, le Mali a réalisé un seul exercice publié en 2006 et couvrant la période 1999 - 2004.

Le rapport de 2013 a été élaboré suivant la méthodologie de production des comptes de la santé (SHA, 2011).

L'outil de production (HAPT) et l'outil d'analyse (HAAT) des comptes de la santé ont été mis à la disposition des équipes CS pour le traitement et l'analyse des données. Ces outils ont été élaborés dans un souci d'harmonisation des approches méthodologiques, de réduction des coûts et délais de production et d'institutionnalisation des CS.

Le présent rapport permettra aux décideurs des politiques de santé, aux chercheurs, aux acteurs du système de santé et partenaires techniques et financiers de disposer de façon permanente des réponses fiables aux questions telles que :

- D'où proviennent les fonds affectés au financement du secteur de la santé ?
- Qui gèrent ces fonds ?
- Quels prestataires ou types de prestataires reçoivent ces fonds?
- Quels types de services ont pu être fournis grâce à ces fonds ?

Par ailleurs, l'UEMOA a adopté lors de sa réunion des experts sectoriels de septembre 2014 à Ouagadougou, le projet de décision instituant la production des comptes de la santé dans ses Etats membres. Il apparaissait alors opportun de réaliser au plus urgent, un nouvel exercice CS après celui de 2006.

Le rapport 2013 est structuré en trois grandes parties :

- La première partie présente le contexte du système de santé du pays et la méthodologie qui a servi à la production des comptes.
- La deuxième partie porte sur les résultats de ces comptes.
- Enfin, la troisième présente l'état des dépenses sur le paludisme, la tuberculose, le VIH et le SIDA, et la santé de la reproduction.

Objectifs

Les objectifs des Comptes de la Santé 2013 sont :

- Produire les principaux tableaux des Comptes de la Santé permettant de dégager les flux des dépenses de santé entre les différents acteurs du système que sont, les sources de financement, les agents de financement, les prestataires de soins de santé et les différentes fonctions de soins de santé ;
- Analyser l'efficacité des financements publics entre les zones de pauvreté du Mali prenant en compte les thématiques de la santé de la reproduction ;
- Faire des recommandations permettant d'améliorer le système de financement des soins et services des différents programmes de santé.

PREMIERE PARTIE

1. Généralités

1.1. Présentation générale du Mali

Pays sahélien, situé au centre de l'Afrique de l'ouest, le Mali est un pays continental. D'une superficie de 1.241.238 km², le Mali partage ses frontières avec sept pays : l'Algérie au nord ; la Mauritanie au nord-ouest ; le Sénégal à l'ouest ; la Guinée-Conakry au sud-ouest ; la Côte d'Ivoire au sud ; le Burkina Faso au sud-est ; le Niger à l'est. Le Mali est divisé en trois grandes zones climatiques du sud au nord : la zone soudanienne et soudano-guinéenne (25% de la superficie), la zone sahélienne (50% du territoire) et le désert saharien (25% de la superficie). La pluviométrie diminue du sud au nord allant de 1300 mm en zone soudano-guinéenne à moins de 200mm en zone sahélienne. A l'absence de façade maritime, s'ajoute l'enclavement interne, lié à la faiblesse des infrastructures de communication. Le relief est peu accidenté. Le pays est arrosé par deux grands fleuves (Niger et Sénégal) et leurs affluents. La population du Mali en 2013 est estimée à 16,8 millions d'habitants (RGPH 2009). Elle a été multipliée par près de 1,5 depuis 1998, ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 3,6%. Les femmes représentent 50,4% de la population contre 49,6% pour les hommes.

1.2. Présentation du système de santé

1.2.1. Organisation du système de santé au Mali

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CSRéf). Le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux (deuxième référence) et nationaux (troisième référence).

Au niveau du secteur public, il y a 5 hôpitaux nationaux qui sont tous des Centres Hospitaliers Universitaires(CHU), CHU-Gabriel Touré, CHU-Point G, CHU-IOTA, CHU-CNOS, CHU Hôpital du Mali et 7 hôpitaux régionaux.

En dessous des hôpitaux, se situent les Centres de Santé de Référence (CSRéf), liés aux Directions Régionales de la Santé (DRS) et présents dans chaque district sanitaire. Leur rôle est d'agir en tant que lien entre les Centres de Santé Communautaires (CSCom) et les hôpitaux.

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau (niveau primaire CSCom, puis secondaire CSRéf, puis tertiaire hôpitaux).

Les CScCom sont gérés par des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

A chaque niveau du système de santé, le recouvrement des coûts est mis en place pour les consultations, les médicaments et tous les autres produits nécessaires pour les traitements.

L'avènement de la libéralisation de l'exercice privé de la profession médicale en 1985 au Mali a conduit à la création de cliniques, de cabinets médicaux et de laboratoires privés.

1.2.2. Circuit du médicament au Mali

Le secteur public reçoit ses approvisionnements de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) basée à Bamako. La PPM fournit des médicaments génériques à tous les niveaux des secteurs public et privé de la santé via les magasins régionaux de la PPM (MRPPM).

Les besoins en médicaments sont exprimés aux niveaux les plus bas du système de santé (CScCom, CSRéf) puis sont remontés par étape jusqu'à la PPM. Les réactifs de laboratoire sont fournis par le secteur privé.

Pour les maladies « dites sociales » (Lèpre, Tuberculose et VIH) les médicaments sont gérés à un niveau central par la Direction Nationale de la Santé (DNS). La DNS envoie les médicaments au niveau régional et ils sont distribués aux CSRéf. Ces médicaments sont fournis à la population gratuitement.

Le secteur privé fournit les médicaments en spécialité, le matériel de soin et les réactifs de laboratoire. Le circuit privé est très bien développé avec de très grosses structures pharmaceutiques comme Laborex et MultiM qui approvisionnent l'ensemble du Mali.

1.2.3. Situation sur les politiques de gratuité

1.2.3.1. Césarienne

Dans le cadre de la gratuité de la césarienne, 19753 interventions ont été réalisées soit un taux de réalisation de la césarienne de 2,3% en 2013 contre 2,4 en 2012.

Il progresse timidement et reste en deçà de la norme retenue par l'OMS (5%) pour un accès acceptable aux soins obstétricaux.

1.2.3.2. Paludisme

La gratuité en matière de lutte contre le paludisme s'est poursuivie en 2013 et s'est faite à travers les formations sanitaires publiques et le niveau communautaire et la prise en charge des cas de paludisme à domicile (PECADOM).

Elle a concerné les Combinaisons Thérapeutiques à base de dérivés d'Artémisinine (CTA), les kits de traitement du paludisme grave pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, les test de diagnostic rapide (TDR), les réactifs de laboratoire pour la réalisation des GE /FM, la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI) du paludisme chez la femme enceinte et les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides Longue Durée (MIILD) pour la routine et la couverture universelle.

Selon les résultats de l'EDSM V (2012-2013), 84,4% des ménages disposaient d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action ; 69,9 % des enfants de moins de 5 ans dormaient sous moustiquaires imprégnées d'insecticides; 75,2 % des femmes enceintes dormaient sous moustiquaires imprégnées d'insecticide.

1.2.3.3. VIH et Sida

La prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PV VIH) a été possible sur 84 sites en 2013 dont 73 faisaient la Prise en charge clinique (PEC) pédiatrique. Le tableau ci-dessous donne la situation des PV VIH du démarrage de la prise en charge ARV au 31 décembre 2013.

Les services de prévention de la transmission mère enfant du VIH étaient offerts sur 347 sites, dont 59 non fonctionnels suite à la crise du Nord du Mali.

Dans le cadre de la PTME, 1527 femmes enceintes ont été mises sous ARV ainsi que 1029 nouveau-nés contre 1 115 femmes enceintes et 829 nouveau-nés en 2012.

1.3. Evolution des indicateurs de couverture

Le tableau 1.3.1 ci-dessous donne l'évolution des indicateurs de couverture de 2006 à 2013.

Tableau 1.3.1 : Evolution des indicateurs de couverture

Indicateurs	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de CSCOM fonctionnels	785	826	873	993	1050	1086	1134	1170
PMA < 5 Km (%)	51	53	58	57	58	59	56	57
PMA < 15 Km (%)	76	79	80	85	88	84	85	87
Fréquentation (Nouveau Contact/Habitant/An)	0,26	0,29	0,29	0,33	0,33	0,32	0,31	0,35
Consultations Prénatales (%)	75	78	82	90	79	76	68	74
Taux d'Accouchement Assisté (%)	55	58	61	64	57	58	56	55
DTCP3/Penta3 <12mois (%)	92	94	94	101	92	88	88	89
Taux d'utilisation des services PF	3,76	4,17	4,05	4,55	4,86	6,13	5,79	9,35
Taux de césarienne %	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2	2,4	2,4	2,3

Source : Annuaire SLIS 2013

Le taux d'utilisation des services de PF est passé de 6,13% en 2011 à 9,65% en 2013. Il y a eu un bond important en matière de planification dans toutes les régions. Cette augmentation pourrait

s'expliquer par les activités menées dans le cadre du repositionnement de la PF, entre autres activités : la sensibilisation, la disponibilité des produits contraceptifs etc.

Le taux d'utilisation de la consultation prénatale a évolué de façon irrégulière de 2006 à 2013 et il a varié entre 59 et 90%. Après une baisse du taux en 2012, on constate une reprise de l'activité en 2013.

Les taux de consultations curatives ont augmenté de 2006 à 2010 en passant de 0,26 à 0,33 Nouveau Contact/habitant/an. Une légère baisse due à la crise socio politique a été constatée de 0,32 en 2011 à 0,31 en 2012.

La couverture vaccinale a baissé en dessous du seuil de 90% depuis 2011 et elle est restée stagnante entre 88% et 89% entre 2011 et 2013.

1.4. Financement du système

Le système de santé au Mali est financé par différents acteurs disposant chacun des mécanismes à travers lesquels, les fonds sont mobilisés.

Il s'agit de :

1.4.1. Etat

Les différents mécanismes à travers lesquels les fonds du budget d'Etat sont mobilisés pour financer la santé sont :

- Budget alloué au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ;
- Budget alloué aux autres Ministères dans le volet « Fonction Santé » ;
- Appui Budgétaire Général (ABG) ;
- Appui Budgétaire Sectoriel (ABS).

A travers le budget alloué au Ministère de la Santé, l'état fournit une dotation minimum en matériel de soins, de laboratoires etc. qui correspond aux activités que la structure doit prendre en charge en fonction de son niveau.

1.4.2. Partenaires extérieurs

Pour le financement de la santé, les fonds des partenaires extérieurs sont mobilisés à travers quatre mécanismes à savoir :

- Les procédures du Budget d'Etat
- Les appuis directs aux services des départements
- Le financement des ONG et autres organisations de la société civile
- L'assistance technique.

Les fonds des partenaires sont le plus souvent utilisés en fonction de leurs domaines d'intervention.

1.4.3. Collectivités territoriales

La contribution des collectivités territoriales au financement de la santé dans le cadre de la décentralisation demeure très faible (moins de 3% en 2011) et l'essentiel du financement va dans la réalisation d'infrastructures au niveau périphérique telle que la construction de CSCom.

1.4.4. Assurance et Mutuelles de Santé

Du côté des Institutions de Protection Sociale, la mutualisation des ressources pour la santé est constituée par les assurances maladies dont la contribution au financement de la santé est faible aujourd'hui. Les principaux acteurs sont la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), l'Agence Nationale d'Assistance Médicale (ANAM) et les mutuelles de santé.

2. Méthodologie et sources de Données

2.1. Définitions des concepts du SHA 2011

- **Délimitation de la santé :** les activités de soins de santé comprennent l'ensemble des activités exercées par des institutions ou des individus qui mettent leurs connaissances et leur maîtrise des techniques médicales, paramédicales et infirmières au service des objectifs ci-après:
 - o promouvoir la santé et prévenir les maladies;
 - o guérir les maladies et réduire la mortalité prématurée;
 - o prendre soin des malades chroniques requérant des soins infirmiers;
 - o prendre soin des personnes atteintes de déficiences, d'incapacité ou de handicaps requérant de soins infirmiers;
 - o concevoir et mettre en œuvre des actions de la santé publique;
 - o concevoir et gérer des programmes sanitaires, des mécanismes d'assurance maladie et d'autres mécanismes de financement.

- **Dépenses de santé:** Les dépenses de santé sont constituées des dépenses liées aux activités dont le but essentiel est de restaurer, améliorer et entretenir la santé d'une nation et des individus sur une période définie. Cette définition s'applique indépendamment de la nature de l'institution qui fournit les soins ou qui finance l'activité de santé.
- **Dépenses courantes de santé :** Elles sont constituées des dépenses de santé effectuées pour de bien ou service n'excédant pas l'année.
- **Formation du capital :** Il s'agit des dépenses de santé en investissement. Les dépenses effectuées pour la recherche sont systématiquement considérées comme des investissements.
- **Biens médicaux dispensés :** Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.
- **Paiement direct des ménages :** Les paiements directs sont les dépenses effectuées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire, en médecine traditionnelle ou en automédication. Les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie) sont exclues de ce champ.

- **Régimes de financement :** Ils désignent les systèmes qui mobilisent les ressources financières pour prendre en charge les activités de soins de santé.
- **Recettes des régimes de financement :** Une recette est l'augmentation des fonds d'un régime de financement de la santé, au moyen de mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la classification sont des types de transactions particulières au moyen desquelles les régimes de financement obtiennent leurs recettes.
- **Agents de financement :** Les agents de financement sont des unités institutionnelles qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement.
- **Prestataires de soins de santé :** Ensemble des organisations et acteurs qui fournissent des biens et services médicaux y compris des structures de l'administration de la santé et les ONG exerçant des activités de prévention.
- **Prestataires primaires:** Prestataires dont l'activité principale consiste en l'offre des biens et services médicaux (cliniques, hôpitaux, centres de santé, pharmacies, ...).
- **Prestataires secondaires :** Prestataires offrant, en plus de leurs activités principales, des services de santé (supermarchés avec des rayons des produits pharmaceutiques, services de santé des prisons, etc.).
- **Facteurs de prestation :** Les facteurs de prestation sont les biens et services sanitaires ou non, employés par les différents prestataires pour fournir les services de soins de santé.
- **Fonctions des soins de santé :** biens et services fournis et les activités réalisées dans la délimitation selon les comptes de la santé.

2.2. Utilité des comptes de la santé

Les comptes de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. Ils contribuent par ailleurs à évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps.

Les comptes de la santé permettent aux décideurs d'évaluer les flux et l'utilisation des ressources et de corriger les déséquilibres du financement du système de santé. Ils permettent de répondre aux questions ci-dessous :

- Comment les ressources sont-elles mobilisées et gérées pour le système de santé? Les comptes de la santé aident à fournir la base qui permet d'évaluer si les ressources financières mises à la disposition du système de santé sont adéquates, et de concevoir des stratégies qui permettent d'augmenter ces ressources;
- Qui paye pour les soins de santé et combien est dépensé? Savoir quels sont les acteurs qui financent les soins de santé ;
- Qui fournit les biens et les services et avec quelles ressources? Les réponses à ces questions décrivent la répartition des dépenses par différents types de prestataires et selon les facteurs de production utilisés dans le système. Ce sont des dimensions de planification économique et d'analyse d'efficacité économique, toutes deux essentielles dans la prise de décision ;
- Comment les fonds sont-ils répartis entre les différents services, interventions et activités produits par le système de santé? Les comptes de la santé indiquent ce qui est produit et ce qui est dépensé pour ces différents produits. L'allocation des ressources aux fonctions de santé est un bon moyen de mesurer les priorités d'un système de santé. Cela permet de déterminer si oui ou non les ressources sont allouées suivant les priorités du système de santé;
- Qui bénéficie des dépenses en santé? On peut répondre à cette question en observant différentes dimensions telles que, les groupes d'âge/sexe, les zones géographiques, l'état ou les conditions de santé, ou encore les types d'interventions fournies.

Les comptes de la santé se concentrent spécifiquement sur la dimension financière du système de santé, et les données disponibles dans les CS concernent les dépenses en santé. L'existence d'information sur le financement de la santé peut contribuer à l'amélioration de la performance du système. Les données financières fournissent un apport essentiel pour renforcer les politiques visant à améliorer le fonctionnement du système de santé. Elles contribuent également à mesurer les facteurs qui expliquent les résultats du système et si ces résultats sont réalisés efficacement ou non. Réussir à distribuer équitablement la lourde charge financière des soins de santé (particulièrement en réduisant leur effet néfaste sur les pauvres).

C'est pourquoi depuis quelques années, les pays en développement, s'inspirant de l'expérience des pays développés en la matière, se sont lancés dans le processus d'élaboration des CS. Les dernières éditions des Comptes Nationaux de la Santé (CNS) en 1982, 1987, 2004. Le présent exercice portant sur l'année 2013 a été réalisé dans le nouveau système des comptes de la santé (SHA, 2011). Le SHA 2011 utilise deux outils pour la production et l'analyse des données. Ces outils sont :

- l'Outil de Production des Comptes de la Santé (HAPT) ;
- l'Outil d'Analyse des Comptes de la Santé (HAAT).

2.3. Processus d'élaboration des comptes de la santé

L'élaboration des comptes de 2013 du Mali s'est déroulée en 4 étapes :

- La formation des membres de l'équipe technique,
- La collecte des données,
- Le traitement des données,
- La rédaction du rapport.

En plus de la CPS, l'élaboration du rapport a connu la participation de l'INRSP, L'INSTAT, des DFM du Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique, du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, du Ministère de la Femme de l'Enfant et de la Famille, de la Direction Nationale de la Santé et de la Direction Générale du Budget.

2.4. Collecte de données et méthodes

2.4.1. Collecte des données primaires

Pour la collecte de ces données, le questionnaire de chaque entité a été généré. Sur la base de ces questionnaires, les enquêteurs ont été formés et déployés sur le terrain. Cette collecte a couvert toutes les régions du Mali, sauf celle de Kidal. Les enquêteurs étaient munis de questionnaires et de la liste des structures à enquêter.

Les unités d'enquête de sondage sont les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les Entreprises, les Compagnies d'assurance et les bailleurs du système de santé.

Pour les ONG, la méthodologie prévoyait d'enquêter exhaustivement celles qui sont internationales et d'effectuer un échantillonnage parmi les locales.

Pour les entreprises, l'équipe a utilisé le répertoire des entreprises de l'Institut National de la Statistique (INSTAT) pour l'année 2012 afin de tirer un échantillon d'entreprises à enquêter.

En ce qui concerne les compagnies d'assurance, il a été convenu de les enquêter exhaustivement.

Tous des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) ont été enquêtés.

Les données collectées auprès des différentes entités ont été saisies et traitées.

Au sujet des difficultés rencontrées à la collecte de données, il est à souligner une certaine réticence à fournir les données de la part de quelques entités enquêtées. En effet, seulement quatre entreprises ont pu fournir leurs dépenses de santé à l'équipe d'enquête. Aucune compagnie d'assurance privée n'a fourni de données. Il ya eu aussi la difficulté souvent de pouvoir concilier les données des rapports d'activités officiels et celles communiquées aux enquêteurs. Ce qui a entraîné beaucoup de perte de temps avant de rentrer en contact avec nos informateurs. Ces quelques difficultés qui ne sont pas de nature à mettre en cause la qualité du travail s'expliqueraient par le fait que les comptes de la santé, dans le système actuel, sont à leur début. Il importe de sensibiliser conséquemment les différents acteurs du financement de la santé pour rendre plus accessible leurs données.

2.4.2. Collecte des données secondaires

La collecte de ces données a consisté à l'exploitation des rapports d'activité des structures de santé, le compte administratif des Départements ministériels fournis par la Direction Générale du Budget, des rapports d'enquête auprès des ménages, du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) et du Système d'Information Hospitalier (SIH).

2.4.3. Estimation des dépenses de santé des ménages

Les dépenses de santé des ménages ont été estimées à partir des enquêtes ménage déjà disponibles (EDSM IV, EDSM V et EMOP 2013). Il convient de rappeler que le Mali a introduit un module dépenses de santé dans l'EDSM en 2006, puis en 2012-2013 afin de pouvoir estimer les dépenses de santé des ménages.

L'estimation des dépenses annuelles de santé des ménages en 2013 est faite en utilisant la dépense de santé moyenne par malade et la proportion de malade pour les cinq (5) premières régions administratives fournies par EDSM 2012-2013. En outre, pour la région de Mopti dont trois cercles n'ont pas été couverts par l'édition 2012-2013 de l'EDSM, la dépense moyenne par malade et la proportion de malades estimées sur les cercles enquêtés sont considérées comme celles de la région entière. En ce qui concerne les régions de Tombouctou, Gao et Kidal qui n'ont pas été couvertes par la dernière édition de l'EDSM, l'EDSM IV a été utilisée pour avoir la dépense moyenne par malade. Cette dépense a été corrigée par le taux d'accroissement de la dépense moyenne générale par malade pour la partie couverte par l'EDSMV. La proportion générale de malades pour les régions enquêtées en 2012-2013 est considérée comme celle des trois régions non couvertes par l'enquête.

Pour corriger la saisonnalité, les taux de morbidité trimestriels estimés par l'EMOP ont été utilisés.

La collecte des données de l'EDSMV 2012-2013 s'est étalée sur le 4^{ème} trimestre 2012 pour 64 % et le mois de janvier 2014. La collecte étant effectuée pour la majorité au 4^{ème} trimestre, l'équipe d'élaboration des comptes de la santé estime qu'il s'agit des données d'un mois de ce trimestre.

L'estimation des dépenses annuelles de santé des ménages a été faite par région suivant les étapes suivantes :

- **Etape 1 :** La dépense moyenne par malade des régions de Tombouctou, Gao et Kidal en 2012 a été calculée en multipliant celle de 2006 par l'accroissement de la dépense moyenne générale de santé par malade entre les deux éditions.
- **Etape 2 :** La dépense moyenne mensuelle par malade du 4^{ème} trimestre 2013 a été obtenue en corrigeant celle de 2012 par l'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) pour la fonction santé.
- **Etape 3 :** Le nombre moyen de malades pour un mois du 4^{ème} trimestre a été estimé en faisant le produit de la proportion de malades par la population de la région.
- **Etape 4 :** La dépense mensuelle de santé pour le 4^{ème} trimestre a été obtenue en faisant le produit du nombre de malades et de la dépense moyenne mensuelle de santé.
- **Etape 5 :** La dépense trimestrielle de santé pour le 4^{ème} trimestre a été obtenue en multipliant la dépense mensuelle par trois (3). Pour ceci il a été émis l'hypothèse que la dépense mensuelle moyenne de santé ne varie pas significativement au cours du trimestre.
- **Etape 6 :** Pour les trois autres trimestres, l'équipe technique a utilisé les taux de morbidité trimestrielle de 2013 estimés par l'Enquête Modulaire Permanente auprès des Ménages (EMOP). Ce taux n'étant pas disponible pour le premier trimestre, c'est celui du second qui a été utilisé pour les deux. Ensuite, il a été élaboré des coefficients de pondération des dépenses de santé trimestrielle des ménages en rapportant les taux de morbidité de deuxième et troisième trimestres à celui du quatrième. Enfin, les dépenses des ménages pour chacun des trois autres trimestres ont été calculées en multipliant son coefficient par les dépenses trimestrielles.
- **Etape 7 :** Dans cette dernière étape, les dépenses trimestrielles ont été additionnées pour avoir les dépenses annuelles de santé des ménages par région.

2.4.4 Triangulation :

Certaines triangulations ont été faites en croisant différentes sources pour les mêmes données en vue d'éliminer les doubles comptes. Il s'agit notamment des dépenses des partenaires techniques et financiers qui ont été rapportées par eux-mêmes et éventuellement par les structures gouvernementales et les ONG.

2.5. Elaboration des clés de répartition

Pour répartir les dépenses transversales entre des sous classes, l'utilisation des clés de répartition a été nécessaire. Ces clés ont été élaborées à partir des annuaires statistiques du système national d'information sanitaire, l'EDSM, L'EMOP, les rapports d'activités de certains programmes etc. La liste de ces clés est en annexe.

2.6. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Au cours de ce processus, nous avons rencontré entre autres les difficultés suivantes :

- retard dans le décaissement des fonds pour la réalisation de l'activité ;
- non tenue des assises du lancement et du comité de pilotage ;
- difficultés de disposer des données exhaustives au niveau de certaines structures notamment les assurances, les entreprises, les ONG et des informations claires relatives aux médicaments traditionnels ;
- faiblesse du système d'information existant au niveau de plusieurs structures rendant difficile l'accès à l'information recherchée ;
- l'insuffisance dans l'élaboration des clés due à la multiplicité des sources utilisées.

DEUXIEME PARTIE

3. Résultats et analyse des comptes de la santé (CS) 2013

3.1. Analyse des résultats des comptes de la santé

Les Comptes de la Santé (CS) selon le SHA 2011, permettent de déterminer deux agrégats de la dépense de santé qui sont :

- **La dépense courante de santé (DCS)** : couvrant toutes les dépenses en santé qui relèvent de la délimitation fonctionnelle (hormis la formation de capital) ;
- **La formation de capital ou les dépenses d'investissement (HK)** : regroupant toutes les dépenses d'investissement.

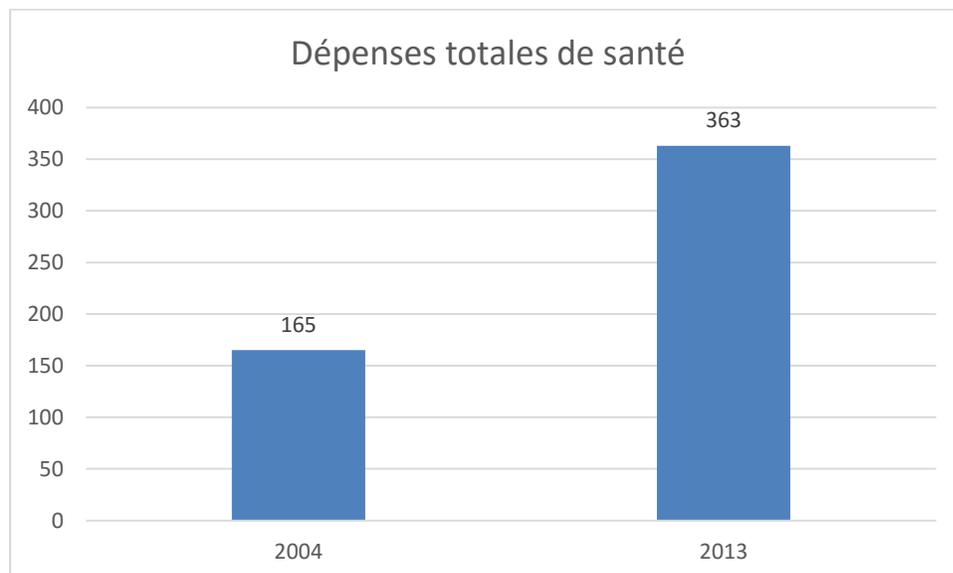
La somme de ces deux grands agrégats de dépense de santé constitue la Dépense Totale de Santé (DTS) comme indiqué dans le tableau 3.1.1.

Tableau 3.1.1: Récapitulatif de la dépense totale de santé en 2013

Indicateur	Montant	%
La dépense courante de santé	343 504 354 799	94,62
La formation de capital ou Dépenses d'investissement en santé	19 531 458 009	5,38
La dépense totale de santé	363 035 812 808	100,00

La dépense totale de santé est la somme des dépenses engagées par l'ensemble des financeurs du système de santé (État, collectivités locales, Ménages, Partenaires techniques et financiers, Sécurité sociale, organismes de protection complémentaire -Mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance, ONGs etc.). La dépense totale de santé englobe toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée. Cette dépense au Mali est estimée en 2013 à environ 363 milliards de FCFA contre 165 milliards en 2004. Cette évolution est illustrée par le graphique 3.1.1.

Graphique 3.1.1 : Comparaison des DTS de 2004 à celles de 2013 (en milliards de F CFA)



Dépense courante (DCS)

La dépense courante de santé du Mali est estimée en 2013 à 343,504 milliards de francs CFA, soit 94,49 % des dépenses totales de santé comme indique le tableau 3.1.1 ci-dessus¹.

Formation de capital

Les dépenses de capital du système de santé s'élève à 19,531 milliards de F CFA, soit 5,51 % des dépenses totales de santé comme indique le tableau 3.1.1.

3.1.1. Analyse de la dimension financement de la santé

3.1.1.1. Les régimes de financement

Les dépenses des régimes de financement de la santé sont récapitulées dans le tableau 3.1.2.

¹Des ajustements ont été faits sur les comptes de 2004 afin de permettre la comparabilité avec les comptes de 2013.

Tableau 3.1.2: Récapitulatif des dépenses des régimes de financement en 2013

Régimes de financement	Montant des dépenses	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	73 540 678 121	21,41
Régimes publics	68 610 512 267	19,97
Régimes de l'administration centrale	68 610 512 267	19,97
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	4 930 165 854	1,44
Régimes d'assurance maladie sociale (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)	4 930 165 854	1,44
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	86 930 913 468	25,31
Régimes d'assurance maladie facultative	692 399 615	0,20
Régimes d'assurance complémentaire/supplémentaire	692 399 615	0,20
Assurance communautaire	692 399 615	0,20
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	84 926 059 975	24,72
Régimes de financement des ISBLSM (à l'exception du HF.2.2.2)	64 396 271 565	18,75
Régimes des agences de développement étrangères résidentes	20 497 490 410	5,97
Autres systèmes de financement des ISBLSM	32 298 000	0,01
Régimes de financement des entreprises	1 312 453 878	0,38
Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)	1 312 453 878	0,38
Paiement direct des ménages	183 032 763 209	53,28
Paiement direct sans partage de coûts	183 032 013 209	53,28
Autres paiements directs des ménages	750 000	0,00
Ensemble	343 504 354 799	100,00

Ce tableau 3.2 montre que ce sont les paiements directs des ménages qui ont permis de financer plus de la moitié des dépenses de santé en 2013, soit 53,28 % du total. Cette situation n'est pas du tout l'idéale, étant donné que la performance d'un système de santé doit résider dans sa capacité à rendre les soins accessibles à tous par des mécanismes de solidarité qui permettent, d'alléger davantage le fardeau économique de la santé pour les plus démunis

Ensuite viennent les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé avec 25,31 % du total. Cette part est essentiellement imputable aux systèmes de financement des Institutions Sans But Lucratif au service des Ménages (ISBLSM), y compris les agences de développement et les ONG avec 24,72% du total. Les différents régimes d'assurance privée n'en occupent que 0,58 %.

Les régimes de l'administration publique et les régimes contributifs obligatoires de financement n'ont permis de mobiliser que 21,41 % des dépenses de santé. C'est la situation inverse qui aurait été la meilleure pour qu'on puisse aspirer à une couverture maladie universelle tant attendue et souhaitée. Ces 21,41 % sont essentiellement dus aux régimes publics de l'administration centrale avec 19,97 %. La contribution de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au financement de la santé en 2013 n'est que de 1,44 % des dépenses courantes de santé. En effet, l'AMO ne concerne qu'une petite frange de la population, à savoir les fonctionnaires, les conventionnaires de l'Etat, les salariés du code du travail et les retraités. A présent, elle n'a pas entièrement couvert cette cible et le mécanisme mérite toujours plus de promotion.

3.1.1.2. Recettes ou revenus des régimes de financement de la santé

En 2013, les différents revenus des régimes de financement des soins de santé sont récapitulés dans le tableau 3.1.3.

Tableau 3.1.3: Récapitulatif des revenus des régimes de financement en 2013

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	42 144 438 682	12,27
Transferts internes et allocations	31 498 899 102	
Transferts par l'administration publique pour le compte de groupes particuliers	10 645 539 580	
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	26 638 261 499	7,75
Appui par programme/projet	26 638 261 499	
Cotisations d'assurance sociale	4 930 165 854	1,44
Cotisations d'assurance sociale venant des employés	2000661304	
Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs	2 929 504 550	
Prépaiement volontaire	400 981 615	0,12
Prépaiement volontaire venant des individus/des ménages	400 981 615	
Autres revenus nationaux n.c.a.	196 913 171 338	57,32
Autres revenus venant des ménages n.c.a.	183 032 763 209	53,28
Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1 312 453 878	0,38
Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	12 567 954 251	3,66
Transferts directs étrangers	72 477 335 811	21,1
Transferts financiers directs étrangers	72 477 335 811	
Transferts financiers directs bilatéraux	2 440 512 954	0,71
Transferts financiers directs multilatéraux	70 036 822 856	20,39
ENSEMBLE	343 504 354 799	100

Le tableau 3.1. 3montre qu'en 2013, ce sont les autres revenus nationaux qui ont mobilisé 57,32 % des revenus des régimes de financement. Dans cette part, les ménages occupent l'essentiel des revenus avec 53,28 %. Les revenus venant des entreprises et des ISBLSM n'en occupent que 3,66%.

Le deuxième poste le plus important des revenus des régimes de financement est celui des transferts directs étrangers avec 21,1 %, dont 20,39 % pour les transferts financiers directs multilatéraux et 0,71 % pour les transferts financiers directs bilatéraux.

Ensuite viennent les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) avec 12,27 %. Les cotisations d'assurance sociale sont à 1,44 % et les prépaiements volontaires n'atteignent même pas 1 % (0,12 %).

Il faut retenir de cette répartition que le financement de la santé est assuré pour la plus grande partie par les fonds nationaux, soit 71,15 %, les fonds du reste du monde représentent 28,85 %. Ce qui est une situation rassurante, car elle rend moins vulnérable le système de santé en matière de financement.

Mais, une bonne partie des fonds étrangers affectés au financement de la santé échappent au contrôle du Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique. En effet, 21,1 % des fonds étrangers sont directement injectés dans le système de santé contre 7,75% seulement qui passent par l'administration publique. Ce qui affecte la pertinence et l'efficacité des décisions prises par le Ministère de la santé de l'Hygiène Publique en matière de planification du financement de la santé.

3.1.1.3. Dépenses des régimes de financement par agent de financement

Le tableau 3.1.4 récapitule les dépenses courantes de santé par agent de financement en 2013

Tableau 3.1.4 : Répartition des dépenses par agent de financement en 2013

Agents de financement (aussi utilisés pour les classes HF.RI.1)	Montant en F CFA	%
Administrations publiques	70 599 648 129	20,55
Administration centrale	65 160 881 275	
Ministère de la santé	53 428 185 401	
Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	11 732 695 874	
Administration provinciale/régionale/locale	508 601 000	
Agence de sécurité sociale	4 930 165 854	
Caisse nationale d'assurance maladie	4 930 165 854	
Sociétés (hors sociétés d'assurances) (part de HF.RI.1.2)	1 312 453 878	0,39
Sociétés (hors prestataires de services de santé)	1 312 453 878	
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	88 559 489 582	25,78
Ménages	183 032 763 209	53,28
ENSEMBLE	343 504 354 799	100

Le tableau 3.1.4 montre que ce sont les ménages qui ont assuré la plus importante part des dépenses courantes de santé avec 53,28 %, puis vient l'administration publique avec 20,55 %. Les Institution sans but lucratif au service des ménages en ont géré 25,78 %.

L'analyse croisée des agents de financement et des régimes de financement (cf. tableau 4bis en annexe) fait ressortir que les ménages ont assuré la plus importante part des dépenses des régimes de financement, soit 53,28 % de l'ensemble des dépenses des régimes de financement. Ce taux représente l'ensemble des dépenses des régimes de paiement direct des ménages.

L'Administration publique suit les ménages en termes de financement des dépenses de santé avec 20,55 % de l'ensemble. Cet agent de financement gère les dépenses des régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé dont 1,44 % sont générés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Institutions sans but lucratif aux services des ménages (ISBLSM) ont géré 25,78 % des dépenses de l'ensemble des régimes de financement de la santé. Ce qui représente le troisième poste le plus important.

3.1.1.4. Dépenses par prestataires de soins de santé

Le tableau 3.1.5 récapitule les dépenses courantes de santé par prestataire.

Tableau 3.1.5: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataire

Prestataires de soins de santé	Montant en F CFA	%
Hôpitaux	122 772 505 036	35,74
Prestataires de soins de santé ambulatoire	103 729 284 122	30,20
Prestataires de services auxiliaires	123 923 893	0,04
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	25 190 631 040	7,33
Prestataires de soins préventifs	67 973 940 141	19,79
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	23 383 439 749	6,81
Reste du monde	313 917 000	0,09
Autres prestataires de soins de santé	16 713 817	0,00
Ensemble	343 504 354 799	100,00

Ce tableau montre que ce sont les dépenses des prestataires de soins hospitaliers qui ont été les plus importantes en 2013 avec 35,74 % du total. Le deuxième poste important revient aux prestataires de soins ambulatoires avec 30,2 % suivi des prestataires de soins préventifs avec 19,79 %.

3.1.2. Dépenses par facteur de prestation des soins de santé

Le tableau 3.1.6 récapitule les dépenses par facteur de prestation.

Tableau 3.1.6 : Répartition des dépenses par facteur de prestation

Facteurs de prestation	Montant	%
Rémunération des employés	112 782 540 645	32,83
Traitements et salaires	112 782 540 645	
Rémunération des professionnels particuliers	20 771 000	0,01
Equipements et services utilisés	230 165 751 925	67,01
Services de soins de santé	3 622 947 266	1,05
Service de laboratoire et d'imagerie	37 978 998	0,01
Autres services de soins de santé	3 584 968 268	1,04
Biens de santé	151 052 114 529	43,97
Produits pharmaceutiques	141 837 885 713	41,29
ARV	3 290 649 219	
Antipaludiques	2 164 499 841	
Vaccins	5 901 612 000	
Contraceptifs	64 878 000	
Autres produits pharmaceutiques	130 416 246 653	
Autres produits de santé	9 214 228 816	
MII	160 648 195	
Matériels de diagnostique	2 468 286 355	
Différents autres produits de santé	6 585 294 266	
Services non sanitaires	41 211 821 417	
Training / Formation	1 934 953 778	
Assistance technique	580 535 250	
Recherche opérationnelle	42 096 260	
Autres services non sanitaires	38 654 236 130	
Biens non sanitaire	32 426 742 313	
Autres équipements et services utilisés	1 852 126 400	
Autres facteurs de prestation de soins de santé	535 291 229	0,16
Ensemble	343 504 354 799	100,00

En s'intéressant aux dépenses engagées dans les facteurs de prestation, on constate que ce sont les équipements et services utilisés qui ont coûté plus de la moitié (67,01 %) des dépenses. Ce poste est constitué à 60,69 % des produits pharmaceutiques. Ce qui veut dire que le poids des médicaments dans les dépenses de santé demeure toujours un problème.

Ensuite, c'est la rémunération des employés qui occupe le deuxième poste le plus grand de ces dépenses. Les autres, à savoir autres facteurs de prestation de soins de santé et la rémunération des professionnels particuliers, n'ont utilisé chacun que moins de 1 % du total, soit respectivement 0,17 % et 0,01 %.

En s'intéressant à la répartition des dépenses de chaque prestataire entre les facteurs de prestations qu'il a utilisés (cf. tableau 5 bis en annexes), on constate que tous les prestataires ont effectué plus de la moitié (entre 60 % et 100 %) de leurs dépenses en facteurs de prestation dans les services et équipements utilisés.

En particulier, le prestataire « reste du monde » n'a utilisé exclusivement que le facteur de prestation « services et équipements utilisés » soit 100 %.

Les prestataires de soins hospitaliers ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation entre les « services et équipements utilisés » pour 64,21 %, les « rémunérations des employés » pour 35,56 % et 0,22 % pour « autres facteurs de prestation de soins de santé ».

Les prestataires de soins ambulatoires ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation entre « rémunérations des employés » pour 35,31 % et services et équipements utilisés » pour 64,69 %.

Quant aux prestataires de soins préventifs, ils ont réparti leurs dépenses en facteurs de prestation comme suit : 68,15 % pour « services et équipements utilisés » et 31,85 % pour « rémunérations des employés ».

Les prestataires de services administratifs et financement du système de soins de santé ont utilisé tous les quatre importants facteurs de prestations avec respectivement 54,99 % pour « services et équipements utilisés », 43,98 % pour « rémunérations des employés », 0,99 % pour « autres facteurs de prestation des soins de santé » et 0,05 % pour « rémunérations des professionnels particuliers ».

3.1.3. Dépenses courantes par fonction sanitaire

Le tableau 3.1.7 Récapitulatif des dépenses courantes de santé par fonction en 2013.

Tableau 3.1.7: Répartition des dépenses par fonction sanitaire

Fonctions des soins de santé	Montant en F CFA	%
Soins curatifs	215 675 074 537	62,79
Soins curatifs hospitaliers	14 271 799 331	
Soins curatifs généraux hospitaliers	11 492 498 029	
Soins curatifs spécialisés hospitaliers	2 151 601 302	
Autres soins curatifs hospitaliers	627 700 000	
Soins curatifs ambulatoires	201 388 543 806	
Soins curatifs généraux ambulatoires	201 249 328 590	
Soins curatifs dentaires ambulatoires	15 433 438	
Soins curatifs spécialisés ambulatoires	24 748 562	
Autres soins curatifs ambulatoires	99 033 216	
Autres soins curatifs	14 731 400	
Curative care and rehabilitative care	215 675 074 537	
Inpatient curative and rehabilitative care	14 271 799 331	
Outpatient curative and rehabilitative care	201 388 543 806	
Other curative and rehabilitative care	14 731 400	
Soins (de santé) de longue durée	1 927 894 474	0,56
Soins (de santé) de longue durée en mode ambulatoire	1 927 894 474	
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	129 650 986	0,04
Services de laboratoire d'analyses médicales	129 090 986	
Transport de patient	560 000	
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	25 190 631 040	7,33
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	24 822 039 070	
Médicaments délivrés sur ordonnance	20 957 790 592	
Médicaments livrés sans ordonnance (automédication)	3 864 248 478	
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	368 591 970	
Autres appareils orthopédiques et prothèses (sauf les lunettes et les appareils auditifs)	368 591 970	
Soins préventifs	77 197 664 012	22,47
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	46 224 568 359	
Programmes IEC relatifs à la nutrition	12 589 000	
Autres programmes, et programmes non spécifiés, d'IEC	46 211 979 359	
Programmes de vaccination	8 720 848 828	
Programmes de détection précoce de maladie	199 582 194	
Programme de suivi de l'état de santé	20 187 880 451	
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	1 387 305 983	
Planification & Gestion	271 467 957	
Supervision & Evaluation (S&E)	274 797 880	
Interventions	118 000 000	
Autres surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	118 000 000	
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la	723 040 147	

Fonctions des soins de santé	Montant en F CFA	%
maladie non spécifiée (n.c.a.)		
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	209 215 000	
Autres soins préventifs	268 263 197	
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	23 383 439 749	6,81
Gouvernance et administration du système de santé	16 479 504 419	
Planification & Gestion	1 092 979 778	
Supervision & Evaluation (S&E)	11 382 477 000	
Gestion des achats et des stocks	721 122 340	
Autres gouvernance et administration du système de santé	3 282 925 301	
Administration du financement de la santé	6 510 525 830	
Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements	393 409 500	
Ensemble	343 504 354 799	100

En 2013, parmi les dépenses de fonctions sanitaires produites, ce sont celles des soins curatifs qui ont été les plus importantes avec 62,79 % de l'ensemble des dépenses en fonction sanitaires comme le montre le tableau 3.1.7. Ensuite viennent les dépenses de soins préventifs avec 22,47 %. Puis, le troisième rang des dépenses de fonctions sanitaires est occupé par les dépenses de biens médicaux avec 7,33 % de l'ensemble. Les dépenses de la fonction « gouvernance, administration du système de santé et des financements » occupe le quatrième rang avec 6,81 %.

Les autres fonctions sanitaires concernées n'en occupent que moins de 1 % du total des dépenses des fonctions sanitaires, soit 0,56 % pour les soins de longue durée et 0,04 % pour services auxiliaires (non spécifiés par fonction).

Si l'on s'intéresse à la distribution des dépenses des prestataires par fonction (cf. tableau 6 bis en annexes), on voit nettement que les prestataires de soins hospitaliers ont consacré 99,54 % de leurs dépenses à la production de soins curatifs contre 0,38 % pour les soins préventifs. Ce qui est tout à fait normal car la prévention revient surtout aux prestataires de soins ambulatoires. La part des dépenses des prestataires de soins hospitaliers consacrés à la prévention (0,38 %) provient des CSRéf. Les prestataires de soins hospitaliers comprennent les hôpitaux nationaux, régionaux et les CSRéf. Ces prestataires ont consacré 0,08 % seulement à la fourniture des services auxiliaires.

Quant aux prestataires de soins ambulatoires, ils ont consacré 97,03 % de leurs dépenses aux soins curatifs contre 0,28% pour les soins préventifs. Cette part des prestataires de soins ambulatoires consacrée à la prévention serait faible, car les soins préventifs doivent constituer un gros paquet dans les activités des formations sanitaires de base, notamment les CSCom.

S'agissant des prestataires de soins préventifs, ils ont consacré 69,18 % de leurs dépenses aux soins préventifs. Cependant, ils ont consacré une part importante aux soins curatifs, soit 30 % du total de leurs dépenses. Cette situation pourrait être due au fait qu'à cause de la crise sécuritaire de 2012, beaucoup de prestataires de soins préventifs, notamment les programmes et les ONG se sont vus dans la nécessité d'offrir des soins curatifs dans les zones durement affectées par la crise.

Les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont consacré 65,50 % à la gouvernance, administration du système de santé et des financements et 34,50 % aux soins préventifs.

3.1.4. Répartition des dépenses de santé par bénéficiaire

Deux types de bénéficiaires sont concernés dans cette partie à savoir les régions et les tranches d'âge.

3.1.4.1. Répartition des dépenses de santé par région

D'après le tableau annexe 2, les régimes de financement ont mobilisé leurs dépenses à 25,35 % pour le district de Bamako, devenant ainsi le premier bénéficiaire des fonds mobilisés par les recettes des régimes de financement. Cela s'expliquerait par la présence d'importantes structures de santé à ce niveau, notamment les hôpitaux de troisième référence et les six centres de santé de référence.

La région de Sikasso est le deuxième bénéficiaire avec 17,81 % des fonds dépensés. Le niveau central est le troisième bénéficiaire avec 11,18 %. Ce niveau regroupe les structures de coordination de la santé.

En s'intéressant à la répartition des dépenses des recettes des régimes de financement par région bénéficiaire, on constate que les trois premiers « recettes des régimes de financement » du tableau 3.1.7 ont tous comme premier bénéficiaire le niveau central avec 62,20 % des dépenses des « transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé), 27,44 % des « transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique » et 44,32 % des « cotisations d'assurance sociale ».

Ces mêmes recettes des régimes de financement font du District de Bamako leur deuxième bénéficiaire avec respectivement 7,52 %, 16,13 % et 37,29 % de leurs dépenses mobilisées. La

région de Sikasso est leur troisième bénéficiaire avec 6,65 % pour « transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé), 12,73 % pour «transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique » et 7,71 % pour « cotisations d'assurance sociale ».

Pour « les prépaiements volontaires », « autres revenus nationaux » et « transferts directs étrangers », le district de Bamako est le premier bénéficiaire des fonds avec respectivement 28,08 %, 31,89 % et 19,91% de leurs dépenses. Les « prépaiements volontaires » et les « autres revenus nationaux » ont pour deuxième bénéficiaire la région de Sikasso avec respectivement 20,18 % et 22,24 de leurs dépenses. Les « transferts directs étrangers ont pour deuxième bénéficiaire la région de Tombouctou avec 17,64 % des dépenses.

3.1.4.2. Répartition des dépenses par tranche d'âge

Le tableau 3.1.8 récapitule la répartition des dépenses de santé par tranche d'âge en 2013.

Tableau 3.1.8 : Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge

Tranches d'âge	Montant	%
AGE.1 < 5 ans	134 949 680 511	39,29
AGE.2.1 5-14 ans	66 436 044 878	19,34
AGE.2.2 15-49 ans	125 463 491 691	36,52
AGE.2.3 50 ans et plus	16 655 137 720	4,85
Ensemble	343 504 354 799	100

D'après ce tableau, les enfants de moins de 5 ans bénéficient de près de 39,29% des dépenses de santé. Les âges compris entre 15 et 49 ans bénéficient de 36,52 %. Cette tranche d'âge contient les femmes en âge de procréer qui sont d'importantes consommatrices de services de santé.

3.2. Analyse sectorielle des dépenses de santé 2013

3.2.1. Evolution du financement du budget alloué au Ministère de la santé

Les dépenses publiques de santé ont beaucoup augmenté au cours de la dernière décennie en raison de l'amélioration de l'environnement macroéconomique et de la priorité accordée à la santé.

Ainsi les dépenses de l'Etat (fonction santé²) ont significativement augmenté passant de 53,4 milliards de FCFA en 2004 à 84,6 milliards de FCFA en 2013.

La part de ce budget alloué au Ministère de la santé pendant la même période a évolué en dents de scie passant de 40,9 milliards de FCFA en 2004 à 49,7 milliards de FCFA en 2006, de 33,6 milliards de FCFA en 2007 à 74,5 milliards de FCFA en 2011 et de 29,01 milliards de FCFA en 2012 à 35,3 milliards de FCFA en 2013.

Cet effort de l'Etat conjugué à la contribution des autres acteurs de la santé (aide étrangère, collectivités et partenaires locaux) a permis de relever le niveau des dépenses totales de santé (DTS) par tête d'habitant.

En effet, selon les estimations de l'OMS, les DTS ont fortement augmenté pendant la période du PDDSS, passant de 18 à 38 dollars US par tête d'habitant en dépenses totales et de 6 à 18 dollars US en dépenses de l'administration publique. [*Rapport d'évaluation externe du PDDSS 1998-2007*] qui est loin des normes de l'OMS qui sont de 54 dollars US par tête.

Néanmoins le niveau des dépenses de santé reste faible. En effet, les allocations du budget d'Etat à la santé soit 12,07% en 2013 n'atteignent ni le niveau prévu dans les cadres de dépenses à moyen terme ni celui des engagements d'Abuja (15% du budget d'Etat alloué à la santé).

Cependant, plusieurs chantiers de reformes et d'initiatives de politique ayant des implications importantes sur le financement de la santé dans les prochaines années sont en cours au Mali : les réformes de décentralisation administrative et politique et les initiatives d'exemption de paiement des soins.

En raison des reformes de décentralisation administrative et politique en cours dans le pays, le secteur public de la santé a désormais une structure verticale où les priorités en matière de santé sont définies et les décisions d'allocation des ressources sont prises à plusieurs niveaux dont l'Etat et les collectivités territoriales (régions, cercles et communes). Ce nouvel environnement institutionnel ouvre des opportunités pour accroître la mobilisation et améliorer l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé.

² La fonction santé regroupe les budgets santé alloués par l'Etat au Ministère de la santé et ceux des autres Ministères

Tableau 3.2.1 : Evolution du budget d'Etat alloué à la fonction santé et au Ministère de la Santé

Années	Budget d'Etat	Ministère de la Santé	Fonction Santé	Ratios Charges Récurrentes Santé
2004	787 198 778 000	40 932 494 000	53 436 448 000	10,47
2005	850 631 194 000	42 318 305 000	57 099 789 000	10,17
2006	935 759 371 000	49 785 000 000	72 684 302 000	10,63
2007	994 399 544 000	33 556 471 000	65 307 175 000	10,75
2008	1 055 680 132 000	44 521 644 000	78 867 434 000	11,17
2009	1 154 813 824 000	53 506 411 000	90 503 138 000	11,27
2010	1 276 294 430 000	57 849 307 000	96 794 094 000	11,64
2011	1 423 744 885 000	74 965 007 000	120 078 239 000	12,08
2012	988 605 521 000	29 015 791 000	72 979 278 000	11,37
2013	1 482 575 026 000	35 328 791 000	84 634 562 000	12,07
2014	1 559 440 392 000	49 766 631 000	105 757 813 000	12,04
2015	1 785 452 446 000	44 973 213 000	106 091 759 000	12,11

Source : DGB

3.2.2. Répartition de l'exécution des dépenses dans le budget du Ministère de Santé et de l'Hygiène Publique

Selon les données présentées par la Direction des Finances et du Matériel (DFM) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, lors du Comité de Suivi du PRODESS du 18 décembre 2014, les dépenses exécutées dans le budget du Ministère de la Santé en 2013 se chiffrent à 102,81 milliards de Francs CFA.

L'Etat a été le principal contributeur avec 52,52 milliards de francs CFA représentant 51,08% des dépenses suivis des partenaires avec 25,19%. Cependant, il faut signaler que la contribution des partenaires inclut les dépenses des bailleurs, des ONG nationales et internationales voire de quelques entreprises.

Tableau 3.2.2: Exécution du budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique au titre de l'année 2013

Acteurs	Budget prévu	Montant reçu	Dépenses réalisées	Taux d'exécution
	(1)	(2)	(3)	(3/2)X100
Etat	61 581 449	54 416 966	52 524 879	96,52
ABS	0	6 608 792	6 581 552	99,59
Recouvrements	18 761 660	17 579 502	17 238 452	98,06
Communautés	616 856	221 690	219 304	98,92
Collectivités	2 745 903	350 669	349 992	99,81
Partenaires	119 559 828	26 130 571	25 900 466	99,12
TOTAL	203 265 696	105 308 190	102 814 645	97,63

Source : Document de la DFM/MSHP du Comité de Suivi du PRODESS du 18/12/2014

3.2.3. Participation des autres Ministères aux dépenses de santé

La contribution des autres Ministères aux dépenses de santé en 2013 s'élève à 8,522 milliards francs CFA. Ces dépenses proviennent essentiellement des allocations de la « fonction santé ». Elles se composent entre autres, des dépenses du Haut Conseil National de Lutte contre le VIH et le SIDA (HCNLS) avec 1,928 milliards de francs CFA soit 22,62%, de la Direction du Service de Santé des Armées (DSSA) et des garnisons militaires dans les régions, de remboursement des frais d'ordonnances des personnes démunies effectuées par le Ministère de la Solidarité.

3.2.4. Financement de la santé par les collectivités territoriales

Le montant mobilisé par les collectivités territoriales pour les dépenses de santé en 2013 se chiffre à 508,601 millions de francs CFA représentant 0,15% des dépenses courantes de santé. L'essentiel de ce montant, 94,20% a été dépensé dans les soins curatifs ambulatoires. On note une faible contribution des collectivités dans les dépenses de santé. Cependant, il faut noter que ces dépenses représentent uniquement des données des collectivités collectées auprès des structures de santé.

3.2.5. Financement de la santé par les entreprises privées et parapubliques

La contribution des entreprises dans les dépenses de santé en 2013, s'élève environ à 1,31 milliards de francs CFA. Ces dépenses ont été essentiellement orientées vers les soins curatifs généraux soit 1,13 milliards de francs CFA. Le paludisme a été la pathologie la plus consommatrice de ces dépenses avec environ 581 millions de francs CFA soit 44,28%.

3.2.6. Financement de la santé par l'assurance maladie

La part de l'assurance maladie dans les dépenses de santé en 2013 est de 5,622 milliards de francs CFA soit 1,66% des dépenses totales. Ces dépenses sont constituées des contributions des régimes d'assurance maladie sociale (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) avec 4,930 milliards francs CFA et de l'assurance communautaire (mutuelles de santé) 692millions de francs CFA.

3.2.7. Financement de la santé par les ménages

En 2013, la participation des ménages dans les dépenses de santé s'élève à 183,032 milliards de francs CFA soit 50,41% des dépenses totales de santé. Ce montant inclut les paiements directs et les dépenses effectuées par les mécanismes assuranciers. Malgré l'avènement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et d'autres mécanismes assuranciers (mutuelles, assurances privées, assurances volontaires, ...) dans le système de financement de la santé, les paiements directs des ménages restent encore très élevés. En effet, avec 183,032 milliards de francs CFA représentant 53,28% des dépenses courantes et 50,41% des dépenses totales, les ménages constituent les premiers contributeurs dans les dépenses de la santé.

Les paiements directs représentent 98,70% des dépenses totales des ménages. Les soins curatifs avec 160,467 milliards de francs CFA soit 87,67% constituent la principale fonction dans ces dépenses de paiements directs des ménages.

3.2.8. Financement de la santé par les Organisations Non Gouvernementales

Les ONG ont contribué à hauteur de 11,554 milliards de francs CFA dans les dépenses totales de santé en 2013 équivalant à 3,40% des dépenses courantes de santé. Les dépenses des ONG ont été essentiellement orientées vers la lutte contre le paludisme 4,123 milliards, les carences nutritionnelles 3,998 milliards et la santé de la reproduction 1,016 milliards.

3.3. Calcul des principaux indicateurs de financement de la santé 2013

Le tableau 3.3.1 présente la liste des indicateurs retenus par l'UEMOA.

Tableau 3.3.1 : Indicateurs de comparaison internationale de l'UEMOA

Indicateurs	Valeur en 2013
PIB (en millions de FCFA)	5 406 145
Population (en millions)	16,8
Dépenses courantes de santé (en millions de FCFA)	343 504
Dépenses d'investissement de santé (en millions de FCFA)	19 531
Dépenses totales de santé (en millions de FCFA)	363 035
Dépenses des ménages (en millions de FCFA)	185 434
Dépenses publiques de santé (en millions de FCFA)	156 757
Dépenses de soins curatifs (en millions de FCFA)	215 675
Dépenses de soins préventifs (en millions de FCFA)	77 198
Dépenses de médicaments (en millions de FCFA)	141 838
Dépenses de santé par habitant (en FCFA)	21 609
Dépenses de santé en % du PIB	6,7
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	50,41
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de Santé	21,3
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	59,4
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	39,1

3.4. Résultats des dépenses sur la formation brute de capital

Les dépenses en investissement de la santé en 2013 s'élèvent à 19,531 milliards de francs CFA soit 5,5% des dépenses totales de santé. Les constructions et les équipements médicaux ont constitué les premiers postes de dépenses avec respectivement 36,2% et 38,3%. La recherche et développement en santé vient en troisième position avec 17,5%.

L'essentiel de ces dépenses, 11,3 milliards de francs CFA a été effectué dans les hôpitaux (CSRéf, Hôpitaux de région, CHU, Hôpitaux spécialisés). Les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé avec 3,8 milliards de francs CFA, occupent la deuxième position en termes de dépenses d'investissement suivis des institutions de recherche avec 3,4 milliards de francs CFA (cf. Annexes Tableau HK2).

Tableau 3.4.1 : Répartition des dépenses de formation brute de capital par rubrique d'investissement

Rubrique d'investissement	Dépenses	%
Formation brute de capital	16 118 789 340	82,5
Formation brute de capital fixe	13 693 417 182	70,1
Infrastructure	3 538 815 077	18,1
Bâtiments résidentiels et non résidentiels	3 361 369 520	17,2
Autres ouvrages	177 445 557	0,9
Machines et équipements	10 154 602 105	52,0
Equipements médicaux	7 472 286 931	38,3
Matériel de transport	419 127 832	2,1
Equipements TIC	192 921 500	1,0
Machines et équipements nca	2 070 265 842	10,6
Formation brute de capital non spécifiée (n.c.a.)	2 425 372 158	12,4
Total de l'investissement	16 118 789 340	82,5
Recherche et développement en santé	3 412 668 669	17,5
Total du compte de capital	19 531 458 009	100,0

Le tableau 3.4.2 ci-après récapitule les dépenses courantes de santé par maladies :

Tableau 3.4.2: Répartition des dépenses de santé selon les maladies/affections

Classification des maladies / affections	Dépense courantes de santé	Part respective (%)
VIH/SIDA	12 177 868 531	3,55
Tuberculose	92 363 785	0,03
Paludisme	119 484 879 326	34,78
Santé de la reproduction	20 443 087 856	5,95
Autres maladies et affections de santé	191 306 155 302	55,69
Ensemble	343 504 354 799	100,00

Les comptes 2013 font ressortir des dépenses liées aux principales maladies que sont :

- Le paludisme représente 34,88% des dépenses courantes de santé et 62,45% des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;
- Le VIH et le SIDA représente 3,55% des dépenses courantes de santé et 6,36% des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;
- La tuberculose représente 0,03% des dépenses courantes de santé et 0,048% des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires ;
- La Santé de la Reproduction (SR) représente 5,95% des dépenses courantes de santé.

TROISIEME PARTIE

4. Résultats des dépenses du paludisme

4.1. Aperçu sur la situation du paludisme au Mali

Le paludisme constitue l'une des premières causes de morbidité et de mortalité au Mali. Selon l'annuaire du SLIS 2013, le taux d'incidence du paludisme grave (cas cliniques) est de 41,69% et celui du paludisme simple est de 96,78%.

Les enfants de moins de cinq ans, payent le plus lourd tribut pour cette maladie [EDSM-V 2012-2013].

Selon l'EDSM-V 2012-2013, près de trois enfants de moins de cinq ans sur quatre avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête (73 %), dans la majorité des cas sous une MIILDA (67 %). La proportion des femmes enceintes dormant sous une MII était de 73 %, et dans la majorité des cas, la MII était une MIILDA (72 %).

La prévalence palustre parmi les enfants âgés de 6-59 mois est estimée à 52 %. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître une prévalence du paludisme 3,5 fois plus élevée parmi les enfants du milieu rural que ceux du milieu urbain (60 % contre 17 %) [EDSM-V 2012-2013]. Le défi de la lutte est l'atteinte de zéro décès lié au paludisme d'ici à l'an 2015 et au-delà. Pour relever ce défi, les interventions prioritaires suivantes ont été retenues :

- la couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MIILD) (une moustiquaire pour deux personnes) et en médicaments anti paludique ;
- la couverture universelle en prise en charge des cas de paludisme (diagnostic et traitement) ;
- la poursuite de la prévention du paludisme chez les populations cibles notamment à travers le traitement préventif intermittent (TPI) et le traitement préventif saisonnier chez les enfants (TPS) ;
- le renforcement de la lutte anti vectorielle dans le volet pulvérisation intra domiciliaire (PID) et anti larvaire ;
- le renforcement des capacités techniques des formations sanitaires pour le diagnostic et le traitement du paludisme ;
- la poursuite de la gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans tout en assurant son intégration dans le système en place ;
- le renforcement de la recherche opérationnelle (antipaludiques, vaccins, MIILD, Pré transfert, adhésion des prestataires aux Politiques Normes et Procédures (PNP), outils moléculaires simples et efficaces de surveillance de l'indice de portage du plasmodium et de la diffusion de la résistance aux médicaments et insecticides et autres directives etc.) ;

- le renforcement de l'information, l'éducation et la communication sur le fardeau économique (perte de productivité des entreprises), social (journées de bonne santé perdues) et scolaire (retard scolaire) ;
- le renforcement de la surveillance, monitoring et évaluation (SME) surtout dans les sites sentinelles du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP).

4.2. Recettes des régimes de financement des dépenses du paludisme

Le tableau récapitule les dépenses enregistrées dans la lutte contre le paludisme en 2013.

Tableau 4.2.1 : Répartition des dépenses de santé par recettes des régimes de financement

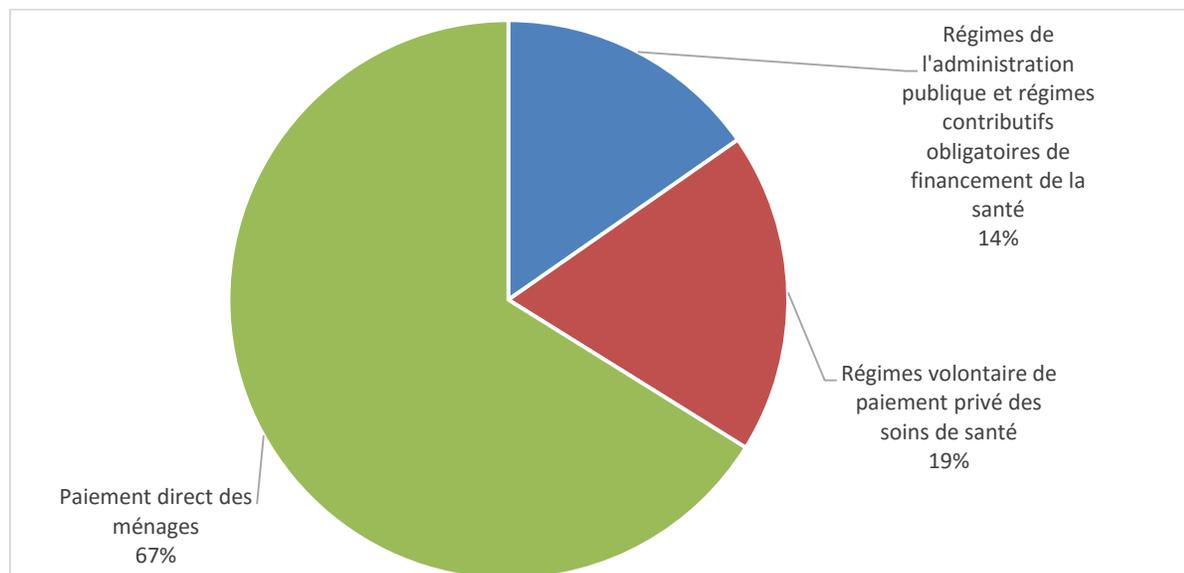
Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépenses	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	15 155 722 426	12,68
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	1 142 041 695	0,96
Cotisations d'assurance sociale	2 058 828 213	1,72
Prépaiement volontaire	174 988 377	0,15
Autres revenus nationaux n.c.a.	84 434 060 383	70,67
Transferts directs étrangers	16 519 238 233	13,83
Total	119 484 879 326	100,00

Le poste autres « revenus nationaux n.c.a. » est constitué par les recettes provenant des ménages, des ONG et des entreprises. Il représente près de 70,67% des recettes des régimes de financement pour le traitement du paludisme. La part des ménages est la plus importante. Elle s'élève à 80,02 milliards de F CFA. Les entreprises quant à elles ont contribué pour 581 millions alors que la part des ONG s'élève à 4,271 milliards de Francs CFA. Les transferts directs étrangers viennent en seconde position avec un montant de 18,224 milliards de francs CFA représentant 15,3% du total des recettes des régimes de financement.

4.2.1. Regime de financement des dépenses du paludisme

Pour les régimes de financement des dépenses liées au paludisme en 2013, la grosse part revient aux ménages avec 67%. L'Etat n'intervient que pour 13,7%. Le graphique 4.2.1 ci-dessous donne le détail de la répartition des dépenses par régime de financement.

Graphique 4.2.1 : Répartition des dépenses par régime de financement



4.3. Répartition des dépenses du paludisme par unité institutionnelle

Le Tableau 4.3.1 récapitule la répartition des dépenses du paludisme par unités institutionnelles en 2013.

Tableau 4.3.1 : Répartition des dépenses de paludisme par unité institutionnelle fournissant les fonds.

Unités institutionnelles fournissant des fonds	Dépenses	%
Etat	16 379 078 150	13,7
Entreprises	581 174 716	0,5
Ménages	80 028 591 015	67,0
ONG/Association/Mutuelles	4 271 467 776	3,6
Partenaires extérieurs	18 224 567 669	15,3
Total	119 484 879 326	100,0

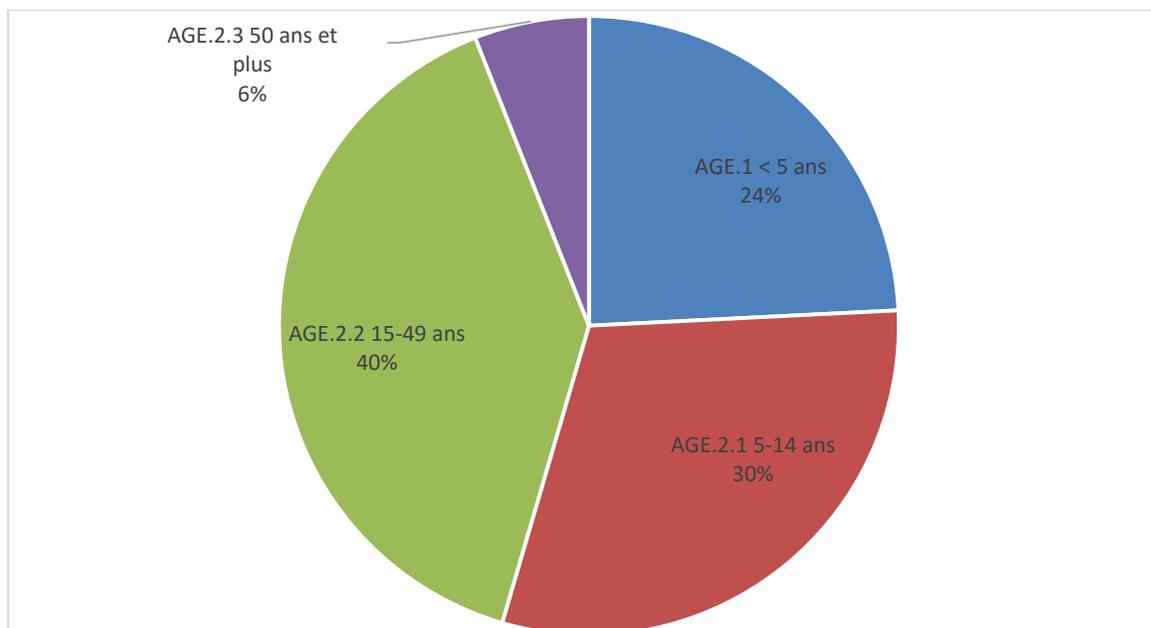
Les ménages payent 67,% des dépenses suivis des partenaires extérieurs avec 15,3%. L'Etat prend en charge 13,7% des dépenses du paludisme. Les Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLSM) interviennent pour 3,6% alors que les entreprises ne dépensent que 0,5% du total.

4.4. Répartition des dépenses du paludisme par tranche d'âge

En 2013, la population de 15 à 49 ans est la couche qui a le plus coûté dans les dépenses du paludisme avec 40%, suivie par la tranche des enfants de moins de 5 ans avec 24%.

Les deux tranches à elles seules font 64% des dépenses totales du paludisme. Cette tendance traduit les efforts déployés par l'Etat et ses partenaires en faveur de ces deux tranches qui sont les plus touchées par la pathologie.

Graphique 4.4.1 : Répartition des dépenses de paludisme par tranche d'âge



4.5. Répartition des dépenses par prestataires de services

Le tableau 4.5.1 récapitule les dépenses du paludisme par prestataire de soins de santé.

Tableau 4.5.1 : Répartition des dépenses de paludisme par prestataires de soins de santé

Prestataires de soins de santé		Dépenses	%
Hôpitaux		48 559 836 907	40,64
Hôpitaux généraux	Hôpitaux généraux publics	44 086 894 630	
	Hôpitaux généraux privés	3 429 048 349	
	Autres Hôpitaux généraux	264 569 273	
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)		779 324 655	
Prestataires de soins de santé ambulatoire		36 438 166 712	30,50
Cabinets médicaux	Cabinets des médecins généralistes	9 107 775 094	
Autres praticiens de soins de santé	Médecine traditionnelle et pharmacopée traditionnelle	2 936 859 244	
Centres de soins ambulatoires	Centres de soins ambulatoires non spécialisés	23 154 220 193	
Autres prestataires de soins de santé ambulatoire		1 239 312 182	
Prestataires de services auxiliaires		51 996 647	0,04
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	Laboratoire public	449 705	
	Laboratoire privé	51 546 943	
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux		10 497 755 059	8,79
Pharmacies		8 864 723 653	
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux		1 633 031 407	
Prestataires de soins préventifs		16 441 007 414	13,76
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé		7 371 748 336	6,17
Agences étatiques de l'administration de la santé		6 277 601 441	
Agences d'assurance maladie sociale		951 702 400	
Autres agences administratives		142 444 495	
Autres prestataires de soins de santé		2 413 913	0,002
TOTAL		119 484 879 326	100

En 2013, l'essentiel des dépenses de lutte contre le paludisme s'est effectué au niveau des hôpitaux avec 48,60 milliards de francs CFA soit 40,64%. Dans ces dépenses, ce sont les hôpitaux généraux publics composés des CSRéf, des Hôpitaux Régionaux et des Hôpitaux Nationaux, qui occupent la première position avec 44,086 milliards de francs CFA. Après les hôpitaux généraux, les prestataires de soins de santé ambulatoire viennent en seconde position avec 30,50% de dépenses consommées à leur niveau. Quant aux prestataires de soins préventifs, ils occupent la troisième position avec 14,05%. Ils sont suivis par les pharmacies, les autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux avec 10,5 milliards de francs soit 8,79% des dépenses de paludisme.

4.6. Répartition des dépenses par fonction

Le tableau 4.6.1 récapitule les dépenses du paludisme par fonction en 2013.

Tableau 4.6.1 : Répartition des dépenses de santé du paludisme par type de soins

Type de soins	Dépenses	Pourcentage (%)
Soins curatifs	84 778 870 748	70,95
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	54 410 560	0,05
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	10 497 755 059	8,79
Soins préventifs	16 782 094 623	14,05
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	7 371 748 336	6,17
TOTAL	119 484 879 326	100,00

La répartition des dépenses de santé par fonction dans le cadre de la lutte contre le paludisme en 2013 a montré que les soins curatifs ont le plus coûté avec 70,95%, suivi des soins préventifs avec 14,05% des dépenses de paludisme.

4.7. Répartition des dépenses en facteur de prestation

Le tableau 4.7.1 récapitule les dépenses par facteurs de prestation du paludisme.

Tableau 4.7.1: Répartition des dépenses du paludisme par facteur de prestation

Facteurs de prestation de soins de santé (intrants utilisés)		Dépenses	%
Rémunération des employés		41 562 604 631	34,78
Traitements et salaires		41 562 604 631	
Rémunération des professionnels particuliers		3 791 724	0,00
Equipements et services utilisés		77 692 042 564	65,02
Services de soins de santé	Service de laboratoire et d'imagerie	1 404 405	
	Autres services de soins de santé	558 604 317	
Biens de santé	Produits pharmaceutiques	Antipaludiques	2 164 499 841
		Autres produits pharmaceutiques	52 835 525 312
	Autres produits de santé	MII	160 648 195
		Matériels de diagnostic	954 083 581
		Différents autres produits de santé	2 311 605 396
Services non sanitaires	Training / Formation		378 258 083
	Assistance technique		243 425 333
	Recherche opérationnelle		13 047 830
	Autres services non sanitaires		13 626 675 596
Biens non sanitaire		4 036 113 935	
Autres équipements et services utilisés		408 150 740	
Autres facteurs de prestation de soins de santé		226 440 407	0,19
TOTAL		119 484 879 326	100,00

Dans ce tableau 4.7.1, ce sont les équipements et services utilisés qui occupent le premier poste de dépenses avec 65,02%. Dans cette proportion, les produits pharmaceutiques représentent 70,79%.

La rémunération des employés représente 34,78% des dépenses de paludisme.

5. Résultats des dépenses sur la tuberculose

5.1. Aperçu sur la situation de la tuberculose au Mali

Le Mali a une incidence de la tuberculose estimée à 62 cas pour 100 000 habitants en 2012. Il s'attend à avoir chaque année au moins 9 900 cas de tuberculose. Des progrès manifestes ont été observés de 2002 à 2009 avant de connaître une chute en 2010.

En 2012, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a notifié 5 602 cas dont 3 724 cas contagieux (TPM+) et le taux de succès pour la cohorte de 2012 des nouveaux cas TPM+ a atteint 79 %. La mission du Programme est de mener des actions visant à :

- Réduire le taux de prévalence de la tuberculose et le taux d'incidence des tuberculoses évitables;
- Renforcer les soins antituberculeux dans le système national des soins primaires.

Les objectifs du PNLT sont de :

- Dépister au moins 70% des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs;
- Traiter avec succès au moins 85 % des cas dépistés ;
- Améliorer la prise en charge de la co-infection TB/HIV par la prise en compte de l'infection VIH chez les tuberculeux et par une meilleure détection de la tuberculose chez les Personnes Vivant avec le VIH ET DU SIDA ;
- Atteindre l'OMD 6, cible 8.

Le Plan stratégique antituberculeux 2013-2017 couvre les interventions de lutte anti-tuberculeuse dans le secteur public, privé, la société civile et le milieu communautaire du Mali dans le respect des droits de l'homme, de l'équité et l'éthique. Le plan décrit les résultats attendus, les objectifs généraux et spécifiques correspondants aux composantes de la stratégie halte à la tuberculose et les interventions correspondant aux Domaines de Prestations de Services (DPS) du Fonds mondial.

En 2013, le taux de détection a été de 37%, inférieur à l'objectif de 70% fixé par l'OMS.

Aussi, le taux de succès au traitement a été de 61% contre 77% en 2012. L'objectif de 85% n'a pas été atteint [SLIS 2013].

Les produits et intrants sont achetés par l'Etat et ses partenaires et leur distribution est faite par le programme suivant un système d'allocation (du niveau Central jusqu'au niveau CScCom).

5.2. Volume des dépenses de lutte contre la tuberculose

Les dépenses de santé consacrées à la lutte contre la tuberculose sont estimées à 92,363 millions de F CFA soit 0,026 % des dépenses courantes de santé estimées à 343, 504 milliards de F CFA.

Recettes des régimes de financement des dépenses de la tuberculose

Les dépenses des recettes des régimes de financement pour la tuberculose sont récapitulées dans le tableau.

Tableau 5.2.1: Recettes des régimes de financement des soins de santé

Recettes des régimes de financement	Montant	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	56 410 787	61,07
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	7 889 556	8,54
Cotisations d'assurance sociale	8 157 354	8,83
Autres revenus nationaux n.c.a.	5 538 799	6,00
Transferts directs étrangers	14 367 289	15,56
Total	92 363 785	100,00

Les dépenses de santé relatives à la prise en charge de la tuberculose sont supportées par les « Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique » (alloués à la santé) avec 61,07 %. Ensuite viennent les « transferts directs étrangers » et les « Autres revenus nationaux » avec respectivement 15,56 % et 6 %.

On constate que l'Etat finance l'essentiel des dépenses de la lutte contre la tuberculose, cette situation est encourageante et mérite d'être pérennisée.

5.2.1. Régimes de financement de la santé pour la tuberculose

Les régimes de financement de la santé pour la tuberculose sont récapitulés dans ce tableau.

Tableau 5.2.2: Répartition des dépenses de la tuberculose par régimes de financement

Régimes de financement	Montant	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	70 216 035	76,02
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	22 147 749	23,98
Total	92 363 785	100,00

L'essentiel des dépenses de la lutte contre la tuberculose, soit 76,02 % a été mobilisé à partir des régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé. Les 23,98 % autres ont été mobilisés par les régimes volontaires de paiement privé de soins de santé.

5.2.2. Dépenses par agents de financement de la santé pour la tuberculose

Les dépenses des agents de financement de la santé pour la tuberculose sont récapitulées dans le tableau.

Tableau 5.2.3: Dépenses des agents de financement de la santé pour la tuberculose

Agent de Financement	Montant	%
Administrations publiques	70 216 035,49	76,02
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	2 069 971,66	2,24
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	20 077 777,35	21,74
Total	92 363 784,50	100

Trois principaux agents de financement ont géré les fonds consacrés à la lutte contre la tuberculose. Il s'agit en premier lieu de l'administration publique suivie des institutions sans but lucratif au service des ménages avec respectivement 76,02 % et 21,74 % et les sociétés (hors sociétés d'assurances) 2,24 % des fonds.

5.2.3. Dépenses par prestataires des soins de santé pour la tuberculose

Le tableau récapitule les dépenses par prestataires de soins de santé pour la tuberculose.

Tableau 5.2.4: Dépenses par prestataires de soins de santé pour la tuberculose

Prestataires de soins	Montant	%
Hôpitaux	40 198 778	43,52
Prestataires de soins de santé ambulatoire	4 066 825	4,40
Prestataires de services auxiliaires	206 018	0,22
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	3 512 436	3,80
Prestataires de soins préventifs	13 836 415	14,98
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	30 050 548	32,53
Reste du monde	483 199	0,52
Autres prestataires de soins de santé	9 564	0,01
Ensemble	92 363 784,50	100,00

Comme le montre le tableau ci-dessus, les hôpitaux occupent la première place avec 43,52% des dépenses courantes de la tuberculose. Cette proportion revient surtout aux CSRéf qui sont assimilés aux hôpitaux dans la classification des comptes de la santé. Les prestataires de soins préventifs participent à la lutte contre la tuberculose pour 14,98% des dépenses. Les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont utilisé 32,53% des dépenses. Les prestataires de soins ambulatoires ont également participé à la lutte contre la tuberculose dans une moindre mesure (4,40%).

5.2.4. Répartition des dépenses de la tuberculose par fonction

Le tableau suivant récapitule les dépenses de la lutte contre la tuberculose par fonction de santé.

Tableau 5.2.5: Dépenses de la lutte contre la tuberculose par fonction.

Fonctions des soins de santé	Montant	Pourcentage
Soins curatifs		
Soins curatifs généraux hospitaliers	3 301 666	3,57
Soins curatifs spécialisés hospitaliers	3 585 171	3,88
Autres soins curatifs hospitaliers	1 048 259	1,13
Soins curatifs généraux ambulatoires	36 807 929	39,85
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)		
Services de laboratoire d'analyses médicales	215 582	0,23
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)		
Médicaments délivrés sur ordonnance	3 512 436	3,80
Soins préventifs		
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	13 213 739	14,31
Programmes de vaccination	466 682	0,51
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	135 415	0,15
Gouvernance, administration du système de santé et des financements		
Gouvernance et administration du système de santé	25 619 259	27,74
Administration du financement de la santé	3 774 296	4,09
Autres gouvernance, administration du système de santé et des financements	656 994	0,71
Ensemble	92 363 785	100,00

Les soins curatifs généraux ambulatoires viennent en première position avec 39,85% ceci est normal dans la mesure où les CSRéf sont en première ligne dans cette lutte, ensuite vient La gouvernance, administration du système de santé et des financements avec 27,74%. Les soins préventifs spécifiquement les programmes d'information, d'éducation et de conseil avec 14,31%, occupe le 3ème rang, suivie des biens médicaux (non spécifiés par fonction avec les médicaments délivrés sur ordonnance pour 3,80%.

6. Résultats des dépenses du VIH et du SIDA

6.1. Aperçu sur la situation du VIH ET DU SIDA au Mali

La séroprévalence du VIH dans la population générale de 15-49 ans reste faible au Mali 1,2% (EDSM V 2012), avec une prédominance chez les femmes 1,3%, que chez les hommes 0,8%.

La surveillance sentinelle du VIH et de la Syphilis chez les femmes enceintes 2012 a montré une prévalence moyenne du VIH (2,9%) et de la syphilis (1,6%) sur 24 sites

Les données des différentes enquêtes sont soutenues par celles des activités de routine de Conseil Dépistage Volontaire (CDV), de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME), du diagnostic précoce, de la prise en charge des IST, de la Planification Familiale et de la Prise En charge (PEC) des PV VIH.

L'objectif de la lutte contre cette maladie au Mali est de contribuer à la réduction de la transmission du VIH et de l'impact du Sida au Mali.

La lutte contre le sida dans le secteur santé est basée sur 5 orientations stratégiques:

- Permettre aux individus de connaître leur statut sérologique ;
- Elargir au maximum la contribution du secteur de la santé à la prévention du VIH ;
- Accélérer l'extension du traitement et des soins du VIH et du SIDA ;
- Renforcer et étendre les systèmes de santé ;
- Investir dans l'information stratégique pour améliorer l'efficacité de la riposte.

La Cellule sectorielle de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (CSLS/MSHP) est appuyée dans la mise en œuvre de ces interventions par les secteurs publics, privés et les ONG.

6.2. Volume des dépenses pour la lutte contre le VIH Sida

En 2013, les dépenses totales du VIH ET DU SIDA sont estimées à 12,178 milliards de F CFA, soit 3,54 % des dépenses courantes de santé estimées à 343,504 milliards F CFA et 34,23% des dépenses des maladies infectieuses et parasitaires.

6.2.1. Dépenses par recettes des régimes de financement de la santé pour le VIH et du SIDA

Le tableau récapitule les dépenses par recettes des régimes de financement de la santé pour le VIH et du SIDA.

Tableau 6.2.1: Dépenses par recettes des régimes de financement de la santé pour le VIH et le SIDA

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Montant	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	1 967 950 965	16,16
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	8 065 523 964	66,23
Cotisations d'assurance sociale	4 933 490	0,04
Autres revenus nationaux n.c.a.	369 870 970	3,04
Transferts directs étrangers	1 769 589 143	14,53
Ensemble	12 177 868 531	100

Ce tableau montre que les dépenses de lutte contre le VIH et le SIDA sont essentiellement subventionnées par les fonds étrangers avec plus des 2/3 (66,23 %). Ce qui rend la lutte contre le VIH et le SIDA très vulnérable en cas de retrait ou de diminution de l'appui des partenaires. De ce financement, 3,04 % échappent au contrôle de l'administration publique et passent directement dans le système. Les fonds nationaux ne supportent que 16,16 % des dépenses courantes de lutte contre le VIH et le SIDA.

6.2.2. Dépenses par régime de financement de la santé pour VIH et le SIDA

Le tableau récapitule les dépenses par régime de financement de la santé pour le VIH et du SIDA.

Tableau 6.2.2: Dépenses par régime de financement de la santé pour le VIH et du SIDA

Régimes de financement	Montant	%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	10 038 409 176	82,43
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	2 139 459 355	17,57
Ensemble	12 177 868 531	100

Les dépenses du VIH et du SIDA ont été mobilisées à travers deux régimes de financement de la santé seulement, les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé pour 82,43 % et les régimes volontaires de paiement privé pour 17,57 %.

6.2.3. Dépenses par agent de financement de la santé pour le VIH et le SIDA

Le tableau récapitule les dépenses par agents de financement de la santé pour le VIH et le SIDA.

Tableau 6.2.3: Dépenses par agents de financement de la santé pour le VIH et le SIDA.

Agents de financement	Montant	%
Administrations publiques	10 038 409 176	82,43
Sociétés (hors sociétés d'assurances)	15 465 608	0,13
Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM)	2 123 993 747	17,44
Ensemble	12 177 868 531	100

Les dépenses de santé du VIH et du SIDA ont été gérées essentiellement par deux agents de financement de la santé, à savoir l'administration publique pour 82,43 % des dépenses dont 26,48% sont gérés par le Haut Conseil National de Lutte contre le Sida et les Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages pour 28,19 %. Le reste, soit 0,13 % a été géré par les sociétés (hors sociétés d'assurance).

6.2.4. Dépenses par prestataires de soins de santé pour le VIH et du SIDA

Les dépenses par prestataires des soins de santé pour le VIH et le SIDA sont récapitulées dans le tableau 6.2.4.

Tableau 6.2.4: Dépenses des prestataires des soins de santé pour le VIH et le SIDA

Prestataires de soins de santé	Montant	%
Hôpitaux	3 941 885 931	32,37
Prestataires de soins de santé ambulatoire	4 564 302 802	37,48
Prestataires de services auxiliaires	124 598	0,00
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	2 124 288	0,02
Prestataires de soins préventifs	1 933 186 342	15,87
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	1 735 946 552	14,25
Reste du Monde	292 234	0,00
Autres prestataires de soins de santé	5 784	0,00

Ce tableau montre que ce sont les prestataires de soins de santé ambulatoire qui ont reçu et utilisé la plus importante part des dépenses pour le VIH et le SIDA, soit 37,48 %. Cette situation est en phase avec la politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA. La deuxième plus importante part des dépenses a été effectuée aux hôpitaux avec 32,37 % du total.

6.2.5. Dépenses du VIH et du SIDA par fonction sanitaire

La répartition des dépenses du VIH sont récapitulées par fonction sanitaire dans le tableau 6.2.5.

Tableau 6.2.5: Répartition des dépenses du VIH et du SIDA par fonction sanitaire

Fonctions sanitaires	Montant	%
Soins curatifs	6 459 942 165	53,05
Soins (de santé) de longue durée	1 927 894 474	15,83
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	130 382	0,00
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	2 124 288	0,02
Soins préventifs	2 051 830 671	16,85
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	1 735 946 552	14,25
Ensemble	12 177 868 531	100

Ce sont les soins curatifs qui ont occupé la plus grande part des dépenses du VIH et le SIDA en 2013 avec 53,05 % du total. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à part les sites de prise en charge, tous les autres acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH et le SIDA font essentiellement de la prévention. Ensuite ce sont les soins préventifs qui occupent le deuxième poste important de dépenses du VIH et du SIDA avec 16,85 % du total.

7. Résultats des dépenses de la Santé de la Reproduction

7.1. Aperçu sur la situation de la SR au Mali

Par santé de la reproduction, on attend le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité. La Santé de la reproduction regroupe les domaines suivants :

- affections maternelles,
- affections périnatales,
- planification familiale,
- autres maladies et problèmes liés à la Santé de la Reproduction.

Au Mali, le pourcentage de population ayant accès à un service offrant les soins prénatals, l'accouchement assisté, les soins post natals, post-abortum et la PF dans un rayon de 5 km est passé de 58% en 2008 à 56% en 2012. Le nombre de CSCoM offrant les services de SR est passé de 873 en 2008 et à 1134 en 2012. Ceci a permis de rendre disponible le paquet minimum d'activité (PMA) complet en SR (CPN, accouchement, GATPA, postnatal, PF) à tous les niveaux.

Concernant la référence/évacuation, elle est organisée dans 100% des CSRéf. Le nombre de SONUC est passé de 51 en 2008 à 61 en 2012. Les prévisions du plan ont été dépassées pour la mise en place des structures SONUC. Par contre, celles des SONUB n'ont pas été atteintes.

Malgré les progrès réalisés, le taux de prévalence contraceptive est resté toujours faible (10,3% en 2012- 2013 selon l'EDSMV). Donc, la nécessité de renforcer les stratégies existantes et de développer de nouvelles stratégies pour toucher le maximum de cibles en milieu rural s'impose.

Le taux de couverture de la PTME, est passé de 69% chez les femmes enceintes vues en CPN dans les sites PTME en 2008 contre une prévision de 30% au terme du plan. Ce taux a atteint les 95,5% en 2011.

L'absence de cartographie des intervenants en matière de SR a renforcé l'incohérence entre les programmes et, l'on note également une incohérence dans le dialogue visant à identifier les priorités de SR et les stratégies efficaces entre les acteurs concernés, y compris les pouvoirs publics, le secteur privé, les communautés, la société civile et les partenaires techniques et financiers.

La faiblesse des mécanismes de concertation limite cependant l'implication des communautés dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions de SR.

Il n'existe pas d'affectation budgétaire directe pour la santé de la reproduction à cause des difficultés de délimitation de celle-ci avec les autres domaines de santé. En outre les mécanismes de tiers payants y compris la gratuité de certains actes comme la césarienne et la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, restent timides en termes de couverture du risque maladie. Ces difficultés de financement ont été accentuées au cours des années 2012 et 2013 du fait de la crise sécuritaire et politique qui a occasionné l'arrêt et/ou la suspension de plusieurs financements extérieurs.

La proportion du budget national alloué à la santé de la mère et du nouveau-né et à la planification familiale est difficile à évaluer. Cependant selon les données fournies par la DFM du ministère de la santé, cette proportion a régressé de 2,1% en 2010 à 1,9% en 2012.

7.2. Volume des dépenses liées à la santé de la reproduction

Le tableau ci-dessous donne la répartition de la dépense de la SR entre les affections maternelles, les affections périnatales, la planification familiale, les autres maladies et problèmes liés à la Santé de la Reproduction.

7.2.1. Recettes des régimes de financement des dépenses de la santé de la reproduction

Cette partie présente les différentes sources ayant mobilisées des fonds pour la santé de la reproduction.

Tableau 7.2.1: Répartition des dépenses de la Santé Reproduction Recettes de régimes de financement CS 2013

Recettes des régimes de financement des soins de santé	Dépense	%
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	937 381 007	4,59
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	2 142 701 219	10,48
Cotisations d'assurance sociale	64 477 289	0,32
Prépaiement volontaire	5 493 448	0,03
Autres revenus nationaux n.c.a.	3 886 697 626	19,01
Transferts directs étrangers	13 406 337 268	65,58
TOTAL	20 443 087 856	100,00

Les ressources mobilisées pour le financement de la SR proviennent principalement des fonds extérieurs. Ces fonds sont estimés à 13,406 milliards de FCFA dont seulement 2 milliards transitent par l'administration publique. La contribution de l'Etat reste faible dans le financement de la SR (4,59%). On note une part non négligeable des revenus nationaux dont les ménages, les ISBLSM et

les entreprises (19%). Ce qui explique la large dépendance du financement de la santé de la reproduction de l'extérieur, rendant ainsi la politique de la SR vulnérable.

7.2.2. Régimes de financement des dépenses de la SR par région

Le tableau 7.2.2 récapitule la répartition des dépenses de la SR et des femmes en âge de procréer par Région

Tableau 7.2.2: Répartition des dépenses de la santé de la reproduction par région

Régions	Dépense	Femme en âge de procréer (FAP)	Dépense/ FAP
KAYES	3 007 747 647	541 910	5 550
KOULIKORO	1 586 497 371	658 470	2 409
SIKASSO	4 057 347 509	718 630	5 646
SEGOU	2 514 035 765	635 675	3 955
MOPTI	2 293 667 396	553 660	4 143
TOMBOUCTOU	778 946 601	183 535	4 244
GAO	619 938 099	47 347	13 094
KIDAL	81 463 973	18 330	4 444
DISTRICT DE BAMAKO	5 385 832 680	492 090	10 945
NIVEAU CENTRAL	117 610 814	-	-
TOTAL	20 443 087 856	3 949 647	5 176

La distribution des dépenses de la SR par femme en âge de procréer et par région laisse apparaître que le district de Bamako est la zone où la dépense de santé par femme en âge de procréer est la plus élevée. Elle est estimée à 10 945 FCFA contre 5 176 pour l'ensemble du pays, cela dénote que les fonds destinés à la SR sont inégalement répartis en faveur du district de Bamako. La région de Sikasso vient en deuxième position avec 5 646 F CFA suivie de celle de Kayes avec 5 550 CFA. La région de Koulikoro a la dépense la plus faible pour la même tranche avec 2 409 FCFA.

7.2.3. Répartition des dépenses de la SR par unité institutionnelle

Le tableau récapitule les dépenses de la SR par unités institutionnelles.

Tableau 7.2.3 : Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par unités institutionnelles

Sources de financement	Dépense	%
Administration publique	975 693 412	4,77
Entreprises	16 361 453	0,08
Ménages	2 508 143 170	12,27
ISBLSM	768 186 487	3,76
Reste du monde	16 174 703 334	79,12
TOTAL	20 443 087 856	100,00

Une analyse des financements de la SR sous l'angle des unités institutionnelles montre que les fonds proviennent en majorité des fonds extérieurs (79, 12%), principalement de l'USAID et l'UNFPA. La contribution des ONG est la plus faible avec (3,76%).

7.2.4. Répartition des dépenses de la santé de la reproduction par prestataire

Le tableau récapitule les dépenses de la SR par prestataires de service de la santé.

Tableau 7.2.4 : Répartition des dépenses de SR par prestataire

Prestataires	Dépenses	%
Hôpitaux	3 392 900 402	16,60
Prestataires de soins de santé ambulatoire	2 039 735 744	9,98
Prestataires de services auxiliaires	1 628 403	0,01
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	325 838 485	1,59
Prestataires de soins préventifs	13 987 121 306	68,42
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	691 968 616	3,38
Reste du monde	3 819 301	0,02
Autres prestataires de soins de santé	75 598	0,00
Total	20 443 087 856	100,00

Les dépenses par prestataires laissent voir que les ressources sont orientées principalement vers les prestataires de soins préventifs avec 68,42 %, les hôpitaux 16,60% et les prestataires de soins ambulatoires avec 9,98%. Cela pourrait s'expliquer par l'effort consenti par les autorités sanitaires dans l'offre des soins préventifs. Cet effort a permis d'améliorer le recours aux soins préventifs et de réserver le rôle de référence aux hôpitaux.

7.2.5. Répartition des dépenses de la SR par fonction

Le tableau 7.2.5 fait ressortir les dépenses par type de soins de la santé de la reproduction.

Tableau 7.2.5 : Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par fonction

Fonction de soins	Dépenses	%
Soins curatifs	5 078 031 230	24,84
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	1 704 001	0,01
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	325 838 485	1,59
Soins préventifs	14 345 545 523	70,17
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	691 968 616	3,38
TOTAL	20 443 087 856	100,00

Les dépenses de la SR sont orientées essentiellement vers les soins préventifs. Ces soins, constitués de l'IEC, du suivi de l'état de santé de la femme, de la prise en charge d'une contraception ont coûté 72% des dépenses courantes de la SR. Les biens médicaux, c'est-à-dire les produits contraceptifs occupent une part faible avec 2%.

7.2.6. Répartition des dépenses de la SR par domaine

Le tableau 7.2.6 récapitule la répartition des dépenses de SR par domaine d'intervention.

Tableau 7.2.6: Répartition des dépenses de la Santé de la Reproduction par domaine.

Santé de la reproduction	Montant	Part (%)
Affections maternelles	13 183 501 941	64,49
Affections périnatales	4 628 913 930	22,64
Prise en charge d'une contraception (planning familial)	2 539 794 556	12,42
Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction	90 877 429	0,44
Ensemble	20 443 087 856	100,00

Les dépenses de santé de la reproduction au Mali sont estimées à 20,443 milliards de FCFA soit 5,95% des dépenses courantes de santé. La plus grosse part de ces dépenses est orientée vers les affections maternelles avec 64,49% suivies des affections périnatales avec 22,64% et de la prise en charge d'une contraception avec 12,42%.

Conclusion

L'essentiel du financement du système de santé du Mali provient des fonds nationaux, soit 78,9 % des dépenses courantes de santé contre 21,1 % pour les fonds étrangers. Ce qui représente une situation rassurante quant à l'indépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur. Cependant, plus de la moitié des dépenses courantes de santé en 2013, soit 53,28 % est supportée par les ménages et dont la quasi-totalité est effectuée par paiement direct. Cette situation n'est pas reluisante surtout à une période où tous les pays aspirent à la couverture maladie universelle.

La contribution de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au financement de la santé en 2013 n'est que de 1,44 % des dépenses courantes de santé et 1,81 % des fonds nationaux. En effet, l'AMO ne concerne qu'une petite frange de la population, à savoir les salariés de l'Etat et des collectivités, les salariés contractuels du public et du privé et les retraités. A présent, elle n'a pas entièrement couvert cette cible.

Les produits pharmaceutiques occupent 41,29 % des dépenses courantes de santé. C'est dire que les médicaments constituent toujours un problème préoccupant.

Les prestataires de soins hospitaliers ont consacré 99,54 % de leurs dépenses à la production de soins curatifs contre 0,38 % pour les soins préventifs. Ce qui est tout à fait normal car la prévention revient surtout aux prestataires de soins préventifs, c'est-à-dire les programmes et les ONG qui ont consacré 69,18 % de leurs dépenses aux soins préventifs. La part des dépenses des hôpitaux consacrée à la prévention (0,38 %) provient des CS Réf.

L'essentiel du financement de la lutte contre le paludisme et la tuberculose en 2013 a été supporté par les fonds nationaux, soit respectivement 84,7% et 84,44 %. Cet effort de la part de l'Etat est à saluer et serait dû d'une part, à la suspension de l'appui du principal partenaire dans la lutte contre ces maladies et d'autre part à l'engagement du gouvernement dans la lutte contre le paludisme et la tuberculose qui a été matérialisé par l'instauration des gratuités de soins dans le cadre de la prise en charge des patients atteints de la Tuberculose. Aussi, par la mise en place des gratuités au profit de certaines cibles notamment les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes dans le cadre du traitement du paludisme.

Contrairement au paludisme et à la tuberculose, plus des $\frac{3}{4}$ des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH et le SIDA sont supportés par les fonds extérieurs, soit 80,76 % de l'ensemble. Ce qui rend la lutte contre le VIH et le SIDA très vulnérable. De ce financement, 3,04 % échappent au contrôle de l'administration publique et passent directement dans le système.

L'Etat doit faire un effort non seulement pour augmenter la part des fonds nationaux, mais aussi pour convaincre ses partenaires à revoir leur part de financement qui échappe à son contrôle.

L'Etat affecte plus de ressources par tête d'habitant au financement de la santé de la reproduction dans la zone³ riche (zone 3) que dans la zone moyennement riche (zone 2), soit 1513 F CFA contre 1 181 F CFA et plus de ressources à la zone moyennement riche qu'à la zone pauvre (zone 1), soit 1 181 F CFA contre 759 F CFA. La dépense publique moyenne par tête est de 948 F CFA. Ce qui prouve à suffisance que les ressources de l'Etat ne sont pas équitablement réparties par zone.

La répartition des fonds consacrés à la santé de la reproduction par région et par femme en âge de procréer montre que Bamako bénéficie d'une dépense par femme en âge de procréer deux fois plus importante que la moyenne pour l'ensemble du pays, soit 10 945 F CFA contre 5 228 F CFA. Les autres régions tournent autour de 4 000 F CFA par femme en âge de procréer. Ce qui dénote de l'iniquité dans l'allocation du financement de la santé de la reproduction.

³ Zone 1 de pauvreté : Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti ;

Zone 2 de pauvreté : Kayes, Tombouctou, Gao, Kidal ;

Zone 3 de pauvreté : Bamako

Recommandations

A l'endroit de l'Etat :

- L'Etat à travers les décideurs politiques de la santé doit développer des mécanismes alternatifs de financement de la santé pour alléger le fardeau économique de la santé supporté par les ménages ;
- Mettre en œuvre la politique de financement de la santé ;
- Poursuivre la mise en œuvre de l'AMO afin de réduire le paiement direct des ménages ;
- Augmenter la part du budget alloué au VIH et au SIDA dans le budget global ;
- Augmenter le budget alloué à la santé conformément aux engagements internationaux (15% du budget d'Etat).

A l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique :

- Améliorer la politique des médicaments essentiels (DCI) à travers le Schéma d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels (SDAME) ;
- Inviter les partenaires à privilégier le financement de la santé à travers le Ministère de la santé et de l'hygiène publique dans le souci du respect de l'esprit du PRODESS ;
- Revoir la politique d'allocation des ressources publiques en fonction des zones de pauvreté ;
- Prendre des dispositions pour corriger l'iniquité dans l'allocation du financement de la SR ;
- Développer le partenariat public et privé ;
- Réaliser une étude sur l'effectivité des différentes gratuités particulièrement le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ;
- Renforcer les mécanismes assuranciers existant de financement de la santé et développer d'autres mécanismes alternatifs dans le cadre de la couverture universelle ;
- Mettre l'accent sur la prévention ;
- Développer des mécanismes pour faciliter la collecte des données ;
- Diversifier les cibles de la restitution (restituer aux parlementaires par exemple) pour diminuer la réticence des structures à la collecte des données.

A l'endroit des PTF

- Poursuivre l'appui à l'élaboration annuelle des comptes de la santé ;
- Mettre régulièrement à la disposition de l'équipe les données financières nécessaires à l'élaboration des comptes.

Bibliographie

1. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), 2014. Annuaire statistique 2013 du Système d'Information Hospitalier (SIH), Bamako ;
2. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), 2014. Annuaire statistique 2012 du Système d'Information Hospitalier (SIH), Bamako ;
3. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), 2014. Annuaire statistique 2011 du Système d'Information Hospitalier (SIH), Bamako ;
4. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013*. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International ;
5. Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. ;
6. Direction Nationale de la Santé (DNS), 2014. Annuaire statistique 2013 du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS), Bamako ;
7. Institut National de la Statistique (INSTAT/MPP) ; Indice harmonisé des prix à la consommation (IHPC) pour les pays membres de l'UEMOA Bamako – décembre 2013 ;
8. Institut National de la Statistique (INSTAT/MPP), 2013, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), avril-juin 2013, Bamako ;
9. Institut National de la Statistique (INSTAT/MPP), 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), juillet-septembre 2013, Bamako ;
10. Institut National de la Statistique (INSTAT/MPP), 2014, Enquête modulaire et permanente auprès des ménages (EMOP), octobre-décembre 2013, Bamako ;
11. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Système des Comptes de la Santé (SHA), 2011, version abrégée, juin 2012.

Equipe technique d'élaboration des comptes de la santé

PRENOMS	Noms	Structure	E-mail
Mme. Fatoumata Tenin	BAGAYOKO ZERBO	CPS/SS-DS-PF	teninlb@gmail.com
Dr. Mamoutou	DIABATE	DNS	diabatemam@yahoo.fr
M. Birama Djan	DIAKITE	INRSP	biramad@yahoo.fr
M. Salah Mahamane	DIALLO	CPS/SS-DS-PF	salahmahamane@yahoo.fr
M. Kafing	DIARRA	INRSP	kafingd@yahoo.fr
Mme. Goundo	KEITA	CPS/SS-DS-PF	kgoundo@gmail.com
M. Cheick Oumar	KONE	DFM/MFEF	cheickoumarkone64@yahoo.fr
Mme. Bintou	KONE TOURE	CPS/SSDSPF	binette1000@yahoo.fr
Mme. Fatoumata	SAMAKE KEITA	CPS/SSDSPF	assetou23@hotmail.com
M. Drissa	SANOGO	CPS/SS-DS-PF	dyngless@yahoo.fr
M. Charles	SANOGO	DFM/MSHP	charlessanogo@yahoo.fr
M. Mahamadou	SIDIBE	DGB	m_sidibe86@yahoo.fr
Mme. Mariam	SISSOKO DOUMBIA	CPS/SS-DS-PF	madoum_frc@yahoo.fr
Dr. Issa	TRAORE	CPS/SS-DS-PF	traore_issa123@yahoo.fr
M. Yaya	TRAORE	DFM/MSAHRN	yasssko@yahoo.fr
M. Soumana	TRAORE	INSTAT	soumatra56@yahoo.fr
Mme. Djaba Aminata	TRAORE DIALLO	CPS/SS-DS-PF	djabaaminatat@yahoo.fr

Coordination

PRENOMS	Noms	Structure	E-mail
Dr. Aboubacrine A.	MAIGA	CPS/SS-DS-PF	abouba30@yahoo.fr
Dr. Sidi	SIDIBE	CPS/SS-DS-PF	sidihalass@yahoo.fr
Dr. Sarmoye	CISSE	OMS/Mali	cisses@who.int

Annexes

Tableau annexe 1: Description des clés de répartition utilisées pour la codification des données

Clé de répartition	Source de données	Définition Méthodologie
Clé RG (EDS), Clé RG (EDS) régions du Nord ; Clé RG Sikasso, Ségou, Mopti	Enquête Démographique et de Santé 2012-2013 (EDSM V)	La clé RG (EDS) consiste répartir les dépenses de santé par région proportionnelles à celles des ménages. Elle est désagrégée par région. Par endroit, cette clé est restreinte à certaines lorsque la dépense ne les concerne pas toutes.
Clé HC (EDS) ; Clé HC formation sanitaire central	EDSM V	La clé HC formation sanitaire consiste en une répartition des dépenses de santé consenties en formations sanitaires publiques proportionnellement aux dépenses des ménages. Elle est désagrégée par région. Pour l'allocation des dépenses en dehors de celle des ménages, il est élaboré la clé HC formation sanitaire ne prenant en compte les soins santé fournies en formation sanitaires
Clé FP (EDS) Kayes ; Clé FP formation sanitaire	EDSM V	La clé HC formation sanitaire consiste en une répartition des dépenses de santé consenties en formations sanitaires publiques proportionnellement aux dépenses des ménages. Comme pour la clé HC, il est également fait une clé FP formation sanitaire et pour les mêmes raisons. Elle est désagrégée par région.
Clé HP formation sanitaire, Clé HP privé ménage Sikasso ; Clé HP publique ménage, Clé HP privé ménage	EDSM V	La Clé HP consiste en une répartition proportionnellement aux dépenses de santé des ménages. Il est élaboré une clé HP formation sanitaire pour les mêmes raisons. Par ailleurs la clé HP publique ménage et la clé HP privé ménage sont spécifiques aux dépenses de santé des ménages.
Clé AGE, Clé AGE VIH ; Clé AGE VIH milieu carcéral ; Clé AGE Tuberculose ; Clé AGE Paludisme	Système Local d'Information Sanitaire (SLIS) 2013	La clé de répartition par âge consiste en une allocation proportionnellement aux consultations effectuées pour chaque groupe d'âge. Cette clé est répartie pour quelques programmes de santé.
Clé DIS	SLIS 2013	La clé de répartition par maladie consiste à une allocation proportionnellement aux consultations effectuées pour chaque maladie.

Clé de répartition	Source de données	Définition Méthodologie
Clé HC EPH	Système d'Information Hospitalier (SIH), 2013	Cette clé consiste en une répartition entre soins hospitaliers et ambulatoires proportionnellement aux consultations dans les hôpitaux nationaux et régionaux.
Clé HC CSREF	SLIS 2013	Cette clé consiste en une répartition entre soins hospitaliers et ambulatoires proportionnellement aux consultations dans l'ensemble des CSREF.
Clé HC CNOS	SIH 2013	Cette clé consiste en une répartition entre soins hospitaliers et ambulatoires proportionnellement aux consultations au CHU-CNOS.
Clé HC IOTA	SIH 2013	Cette clé consiste en une répartition entre soins hospitaliers et ambulatoires proportionnellement aux consultations au CNOS.
Clé DIS IOTA	SIH 2011	Cette clé consiste en une répartition des dépenses proportionnellement aux motifs de consultations à l'IOTA.
Clé FP FBR CSCOM ; Clé FP FBR CSREF	Procédure du Financement Basé sur les Résultats (FBR)	Répartition faite par le bailleur bailleurs.
Clé FS CANAM	Cotisations des employeurs et de l'Etat pour l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	La clé consiste à répartir certaines dépenses de la CANAM entre "Cotisations d'assurance sociale venant des employés" et " Cotisations d'assurance sociale venant des employeurs" proportionnellement aux cotisations.
Clé FS.RI CANAM	Cotisations des employeurs et de l'Etat pour l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	La clé consiste à répartir certaines dépenses de la CANAM entre les ménages et l'Administration publique proportionnellement aux cotisations.

Tableau annexe 2: Répartition des dépenses courantes de santé selon les régimes de financement et les recettes des régimes de financement en francs CFA

Recettes des régimes de financement des soins de santé							
Régimes de financement des soins de santé	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Cotisations d'assurance sociale	Prépaiement volontaire	Autres revenus nationaux n.c.a.	Transferts directs étrangers	Ensemble
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé							
Régimes publics	41 974 493 682	21 480 980 139					68 610 512 267
Régimes contributifs obligatoires de financement de la santé			4 930 165 854				4 930 165 854
Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé							
Régimes d'assurance maladie facultative	169 945 000			400 981 615		121 473 000	692 399 615
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)					12 866 749 251	73 170 783 634	84 926 059 975
Régimes de financement des entreprises					1 312 453 878		1 312 453 878
Paiement direct des ménages							
Paiement direct sans partage de coûts					183 032 013 209		183 032 013 209
Autres paiement direct des ménages					750 000		750 000
Ensemble	42 144 438 682	21 480 980 139	4 930 165 854	400 981 615	197 211 966 338	73 292 256 634	343 504 354799

Tableau annexe 3: Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires de soins de santé et les régimes de financement en francs CFA

Prestataires de soins de santé	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
Hôpitaux				
Hôpitaux généraux	26 674 618 170	10 343 308 360	83 882 198 928	120 900 125 458
Hôpitaux généraux publics	26 020 779 878	9 033 690 190	77 166 506 011	112 220 976 080
Hôpitaux généraux privés	26 138 291	1 309 618 170	6 715 692 917	8 051 449 378
Autres Hôpitaux généraux	627 700 000			627 700 000
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	1 872 379 579			1 872 379 579
Prestataires de soins de santé ambulatoire				
Cabinets médicaux			21 551 763 118	21 551 763 118
Cabinets des médecins généralistes			21 551 763 118	21 551 763 118
Autres praticiens de soins de santé		4 968 000	6 944 546 336	6 949 514 336
Médecine traditionnelle et pharmacopée traditionnelle		4 968 000	6 944 546 336	6 949 514 336
Centres de soins ambulatoires	18 654 897 799	7 384 232 973	45 156 738 703	71 195 869 476
Centres de planning familial		210 053 000		210 053 000
Centres de soins ambulatoires non-spécialisés	16 727 003 325	7 174 179 973	45 156 738 703	69 057 922 002
Tous autres centres ambulatoires	1 927 894 474			1 927 894 474
Prestataires de soins de santé ambulatoire non spécifiés (n.c.a.)	9 231 400	1 090 316 625	2 932 589 167	4 032 137 192
Prestataires de services auxiliaires				
Prestataires de services de transport aux patients et de secours d'urgence	560 000			560 000
Autres Prestataires de services de	560 000			560 000

Prestataires de soins de santé	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
transport aux patients et de secours d'urgence				
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	123 363 893			123 363 893
Laboratoire public	1 066 940			1 066 940
Laboratoire privé	122 296 953			122 296 953
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux				
Pharmacies	2 253 961 878	3 150 235	18 700 678 479	20 957 790 592
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	3 916 430			3 916 430
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	364 675 540		3 864 248 478	4 228 924 018
Prestataires de soins préventifs	944 421 280	67 029 518 861		67 973 940 141
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé				
Agences étatiques de l'administration de la santé	20 047 954 062	751 057 414		20 799 011 476
Agences d'assurance maladie sociale	2 236 567 273	20 650 000		2 257 217 273
Autres agences administratives	23 500 000	303 711 000		327 211 000
Reste du monde	313 917 000			313 917 000
Prestataires de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	16 713 817			16 713 817
Ensemble	73 540 678 121	86 930 913 468	183 032 763 209	343 504 354 799

Tableau annexe 4: Répartition des dépenses courantes de santé selon les fonctions de soins de santé et les régimes de financement en francs CFA

Fonctions des soins de santé	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
Soins curatifs				
Soins curatifs hospitaliers	5 076 421 796	1 324 194 880	7 871 182 654	14 271 799 331
Soins curatifs généraux hospitaliers	2 297 120 494	1 324 194 880	7 871 182 654	11 492 498 029
Soins curatifs hospitaliers spécialisés	2 151 601 302			2 151 601 302
Soins curatifs hospitaliers non spécifiés (n.c.a.)	627 700 000			627 700 000
Soins curatifs ambulatoires	32 066 351 423	16 725 538 785	152 596 653 599	201 388 543 806
Soins curatifs ambulatoires généraux	32 026 169 422	16 626 505 569	152 596 653 599	201 249 328 590
Soins curatifs ambulatoires dentaires	15 433 438			15 433 438
Soins curatifs ambulatoires spécialisés	24 748 562			24 748 562
Soins curatifs ambulatoires non spécifiés (n.c.a.)		99 033 216		99 033 216
Soins curatifs non spécifiés (n.c.a.)	14 731 400			14 731 400
Soins (de santé) de longue durée				
Soins (de santé) de longue durée en mode ambulatoire	1 927 894 474			1 927 894 474
Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)				
Services de laboratoire d'analyses médicales	129 090 986			129 090 986
Transport de patient	560 000			560 000
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)				
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	2 253 961 878	3 150 235	22 564 926 957	24 822 039 070
Médicaments délivrés sur ordonnance	2 253 961 878	3 150 235	18 700 678 479	20 957 790 592
Médicaments livrés sans ordonnance (auto-médication)			3 864 248 478	3 864 248 478

Fonctions des soins de santé	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	368 591 970			368 591 970
Autres appareils orthopédiques et prothèses (sauf les lunettes et les appareils auditifs)	368 591 970			368 591 970
Soins préventifs				
Programmes d'information, d'éducation et de conseil (IEC)	111 615 750	46 112 952 609		46 224 568 359
Programmes IEC relatifs à la nutrition	10 091 000	2 498 000		12 589 000
Autres programmes, et programmes non spécifiés, d'IEC	101 524 750	46 110 454 609		46 211 979 359
Programmes de vaccination	8 717 143 828	3 705 000		8 720 848 828
Programmes de détection précoce de maladie	54 647 000	144 935 194		199 582 194
Programme de suivi de l'état de santé	156 040 000	20 031 840 451		20 187 880 451
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	132 678 500	1 254 627 483		1 387 305 983
Planification & Gestion	7 907 000	263 560 957		271 467 957
Supervision & Evaluation (S&E)	57 557 000	217 240 880		274 797 880
Interventions	18 000 000	100 000 000		118 000 000
Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie non spécifiée (n.c.a.)	49 214 500	673 825 647		723 040 147
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	209 215 000			209 215 000
Soins préventifs non spécifiés (n.c.a.)	13 712 780	254 550 417		268 263 197
Gouvernance, administration du système de santé et des financements	22 308 021 335	1 075 418 414		23 383 439 749
Gouvernance et administration du système de santé	16 024 012 505	455 491 914		16 479 504 419
Planification & Gestion	1 049 256 864	43 722 914		1 092 979 778

Fonctions des soins de santé	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
Supervision & Evaluation (S&E)	11 061 767 000	320 710 000		11 382 477 000
Gestion des achats et des stocks	710 553 340	10 569 000		721 122 340
Autres gouvernance et administration du système de santé (n.c.a.)	3 202 435 301	80 490 000		3 282 925 301
Administration du financement de la santé	6 185 980 830	324 545 000		6 510 525 830
Gouvernance, administration du système de santé et des financements non spécifiée (n.c.a.)	98 028 000	295 381 500		393 409 500
Ensemble	73 540 678 121	86 930 913 468	183 032 763 209	343 504 354 799

Tableau annexe 5: Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires et les fonctions de soins de santé en francs CFA

Prestataires de soins de santé	Fonctions des soins de santé						Ensemble
	Soins curatifs	Soins (de santé) de longue durée	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	Soins préventifs	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	
Prestataires de soins de santé ambulatoire	93 309 235 493	1 927 894 474			8 492 154 155		103 729 284 122
Prestataires de services auxiliaires			123 923 893				123 923 893
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux				25 190 631 040			25 190 631 040
Prestataires de soins préventifs					67 973 940 141		67 973 940 141
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé						23 383 439 749	23 383 439 749
Reste du monde	313 917 000						313 917 000
Prestataires de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	10 986 724		5 727 093				16 713 817
Ensemble	215 675 074 537	1 927 894 474	129 650 986	25 190 631 040	77 197 664 012	23 383 439 749	343 504 354 799

Tableau annexe 6: Répartition des dépenses courantes de santé selon les prestataires de soins de santé et les facteurs de prestation en francs CFA

Prestataires de soins de santé	Facteurs de prestation de soins de santé				Ensemble
	Rémunération des employés	Rémunération des professionnels particuliers	Equipements et services utilisés	Autres facteurs de prestation de soins de santé	
Hôpitaux	42 134 710 151	4 289 000	80 428 972 969	204 532 916	122 772 505 036
Prestataires de soins de santé ambulatoire	33 339 251 823		70 390 032 299		103 729 284 122
Prestataires de services auxiliaires	49 251 729		74 672 164		123 923 893
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	887 149 646		24 303 481 394		25 190 631 040
Prestataires de soins préventifs	22 114 698 056	2157000	45 857 085 086		67 973 940 141
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	14 253 053 147	14 325 000	8 785 303 289	330 758 313	23 383 439 749
Reste du monde			313 917 000		313 917 000
Autres prestataires de soins de santé	4 426 094		12 287 724		16 713 817
Ensemble	112 782 540 645	20 771 000	230 165 751 925	535 291 229	343 504 354 799

Tableau annexe 7: Répartition des dépenses courantes de santé selon les maladies/affections et les régimes de financement en francs CFA

Classification des maladies / affections	Régimes de financement			
	Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Ensemble
Maladies infectieuses et parasitiques				
VIH/SIDA	10 038 408 419	2 139 459 355	757,5	12 177 868 531
Tuberculose	70 214 783	22 147 749	1 253	92 363 785
Paludisme	18 282 428 335	22 184 320 841	79 018 130 150	119 484 879 326
Infections des voies respiratoires	4 972 808 032	1 564 345 633	23 210 075 075	29 747 228 740
Maladies diarrhéiques	1 892 413 660	592 630 178	8 674 077 215	11 159 121 053
Maladies tropicales négligées	153 160 526	640 696 580	457 581 766	1 251 438 871
Maladies à prévention vaccinale	11 224 247 901	126 399 478	6 212 826	11 356 860 205
Autres maladies infectieuses et parasitiques	5 327 208 335	6 420 546 658	23 826 173 644	35 573 928 637
Santé de la reproduction				
Affections maternelles	2 165 833 091	8 333 943 012	2 476 484 838	12 976 260 941
Affections périnatales	350 590 439	4 278 323 491		4 628 913 930
Prise en charge d'une contraception (planning familial)	420 966 738	2 118 827 818		2 539 794 556
Prise en charge de la Césarienne	204 841 000	2 400 000		207 241 000
Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction		90 877 429		90 877 429
Carences nutritionnelles	4 778 390 164	35 361 138 657	1 957 033 049	42 096 561 870
Maladies non transmissibles				
Tumeurs	1 844 044			1 844 044
Maladies cardiovasculaires	1 037 381 879	326 237 277	4 837 272 290	6 200 891 446
Troubles mentaux	24 630 972	106 838 475	109 819 673	241 289 120
Maladies bucco-dentaires	486 354 880	11 231 126	164 729 479	662 315 485
Autres maladies non transmissibles	8 594 136			8 594 136
Traumatismes	2 099 142 463	658 559 332	9 759 848 195	12 517 549 990
Non lié à une maladie spécifique	3 864 388 000	21 406 000		3 885 794 000
Autres maladies / affections	6 136 830 326	1 930 584 380	28 535 323 000	36 602 737 706
Ensemble	73 540 678 121	86 930 913 468	183 032 763 209	343 504 354 799

Tableau annexe 8: Répartition des dépenses d'investissement de santé selon les Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement en francs CFA

Unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement							
Formation brute de capital	Administration publique	ISBLSM	Reste du monde	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Autres unités institutionnelles fournissant des revenus aux régimes de financement	Ensemble
Formation brute de capital							
Formation brute de capital fixe	11 095 640 400	683 139 485	1 881 637 297	1 842 526 121	39 111 176	33 000 000	13 693 417 182
Infrastructure	2 859 542 800	191 029 977	455 242 300	455 242 300		33 000 000	3 538 815 077
Bâtiments résidentiels et non résidentiels	2 854 573 800	31 011 420	442784300	442784300		33 000 000	3 361 369 520
Autres ouvrages	4 969 000	160 018 557	12 458 000	12 458 000			177 445 557
Machines et équipements	8 236 097 600	492 109 508	1 426 394 997	1 387 283 821	39 111 176		10 154 602 105
Equipements médicaux	6 311 849 600	112 628 631	1 047 808 700	1 047 808 700			7 472 286 931
Matériel de transport	52 833 000	255 099 832	111 195 000	80 995 000	30 200 000		419 127 832
Equipements TIC	136 987 000	9 243 000	46 691 500	46 691 500			192 921 500
Autres machines et équipements	1 734 428 000	115 138 045	220 699 797	211 788 621	8911175,85		2 070 265 842
Autre formation brute de capital	2 342 439 607	82 932 551					2 425 372 158
Recherche et développement en santé							
Recherche et développement en santé	3 402 900 669	9768000					3 412 668 669
Ensemble	16 840 980 676	775 840 036	1 881 637 297	1 842 526 121	39 111 176	33 000 000	19 531 458 009

--