République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

Bureau du Vérificateur Général

GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
CAISSE MALIENNE DE SECURITE SOCIALE
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE

VERIFICATION FINANCIERE

Exercices : 2020, 2021 et 2022

Le Vérificateur Général du Mali

GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
CAISSE MALIENNE DE SECURITE SOCIALE
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE

VERIFICATION FINANCIERE

Exercices : 2020, 2021 et 2022

Novembre 2023

LISTE DES ABREVIATIONS :

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AP	Accord Préalable
ASACO	Association de Santé Communautaire
BVG	Bureau du Vérificateur Général
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CMSS	Caisse Malienne de Sécurité Sociale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSCRP	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSREF	Centre de Santé de Référence
DG	Directeur Général
DGMP/DSP	Direction Générale des Marchés Publics/Délégations de Service Public
DOCQS	Direction de l'Organisation et du Contrôle de la Qualité des Soins
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées
MSAHRN	Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction des Régions du Nord
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OGD	Organisme Gestionnaire Délégué
OPS	Organisme de Prévoyance Sociale
PCOPS	Plan Comptable des Organismes de Prévoyance Sociale
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PM-RM	Premier Ministre-République du Mali
PRIM-CAB	Primature-Cabinet
P-RM	Président-République du Mali
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
RIB	Relevé d'Identité Bancaire
SG	Secrétariat Général

TABLE DES MATIERES :

MANDAT ET HABILITATION : 1

PERTINENCE : 1

CONTEXTE : 2

Environnement général : 2
Présentation des entités en charge de l'AMO : 3
Objet de la Vérification : 7

CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS : 8

Irrégularités administratives : 8

La CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués appliquent un manuel de procédures de gestion de l'AMO non validé. 8
La CANAM ne veille pas assez aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. 9
La CANAM ne veille pas assez à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO. .. 9
Le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable. 11
La CMSS a procédé aux payements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. 12
La CMSS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. 12
La CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion. 13
L'INPS a procédé aux payements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. 14
L'INPS ne fait pas retourner systématiquement aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet. 15
L'INPS procède à des compensations lors du reversement de cotisations au lieu d'un transfert direct sur un compte bancaire AMO. . 16
L'INPS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. 17

Recommandations : 18

Irrégularités financières : **19**

Des employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao assujettis à l'INPS n'ont pas payé des cotisations AMO dues. 19

Les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso ont respectivement liquidé, validé et payé des feuilles de soins irrégulières. 20

TRANSMISSION ET DENONCIATION DE FAITS PAR LE VERIFICATEUR GENERAL : **22**

CONCLUSION : **23**

DETAILS TECHNIQUES SUR LA VERIFICATION : **25**

RESPECT DU PRINCIPE DU CONTRADICTOIRE : **26**

MANDAT ET HABILITATION :

Par Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022 et en vertu des dispositions des articles 2 et 17 de la Loi n° 2021-069 du 23 décembre 2021 l'instituant, le Vérificateur Général a initié la présente vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) au titre des exercices 2020, 2021 et 2022.

PERTINENCE :

Les Nations Unies et l'Union Africaine ont appelé les pays à renforcer leurs systèmes de protection sociale comme moyens de lutte contre la pauvreté, d'amélioration de l'accès des populations aux services sociaux de base et de réduction de la vulnérabilité aux chocs, particulièrement pour les ménages les plus démunis.

Au Mali la protection sociale englobe à la fois les régimes contributifs auxquels les bénéficiaires contribuent en partie comme les systèmes d'assurance sociale et/ou mutuelles de santé et les régimes non contributifs à travers lesquels les transferts sociaux, en espèces ou en nature, sont octroyés aux bénéficiaires sans contrepartie de leur part.

La vision du Gouvernement dans ce domaine est d'instituer une assurance maladie obligatoire à base contributive. Le Ministère en charge du Développement Social est responsable de la mise en œuvre de la politique. Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été créé par la Loi n°09-015 du 26 juin 2009, pour permettre la couverture des soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles en charge. La CANAM, est organisme de gestion de l'AMO.

La CMSS et l'INPS sont ses Organismes Délégués. L'accès aux soins est avant tout un enjeu de santé publique. Plus l'accès aux soins est aisé mieux la population se soigne. Elle peut s'inscrire plus facilement dans une démarche de prévention. C'est également un enjeu d'équité.

Les recettes encaissées par la CANAM au titre de l'AMO, sur la période sous revue s'élèvent à 134 846 769 444 FCFA pour l'INPS et à 103 998 367 756 FCFA pour la CMSS.

De plus, la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire n'a jamais fait l'objet de vérification par le BVG. Compte tenu de ce qui précède, le Vérificateur Général a initié la présente vérification financière.

CONTEXTE :

Environnement général :

1. La République du Mali a par la Loi n°65-025 du 10 juillet 1965 autorisé le Gouvernement à ratifier une convention générale sur la sécurité sociale signée à Paris. Elle a adopté le 15 décembre 1990 sa déclaration de Politique sectorielle de santé et de population. Cette politique, basée sur l'approche programme, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la Santé, de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Promotion de la Famille. Elle ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays ; ce qui a été reconfirmé par la Loi n°02-049 du 22 juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé qui précise les grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé.
2. Le Plan Décennal de Développement Social et Sanitaire (PDDSS) sert de cadre pour la mise en œuvre de la politique sectorielle. Le Programme de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS) est le volet opérationnel quinquennal du PDDSS. Le PRODESS a connu trois phases distinctes : le PRODESS I (1998-2002), le PRODESS II (2005-2009 prolongé en 2011 pour l'aligner sur la période du CSCRP 2007-2011), et le PRODESS III (2014-2018).
3. Le PDDSS 2014-2023 et sa première tranche quinquennale, 2014-2018 ont été élaborés suite à l'évaluation du PDDSS 1998-2007 et de ses deux (2) phases quinquennales (PRODESS I et II). Cette évaluation a fait ressortir les progrès importants réalisés dans le domaine socio-sanitaire, et les défis à relever suite aux engagements y afférents pour la disponibilité des services à la population. Les principales orientations proposées concernent l'amélioration de la performance du système de santé pour qu'il soit proche des populations, bien géré et fournissant des prestations de qualité ; la responsabilisation des acteurs ainsi que le renforcement de la solidarité avec la maîtrise du développement du secteur. De façon ultime, le PDDSS 2014-2023 devrait donner une opportunité pour passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé, de la solidarité et de la promotion de la famille.
4. Le PRODESS III qui découle de ce PDDSS a été bâti suivant une approche participative, ascendante et décentralisée. Les acteurs à tous les échelons ont été associés à son élaboration. Il tient compte du contexte actuel marqué par la crise sociopolitique que le pays traverse. Il comprend trois (3) Composantes : la Santé et Hygiène Publique ; le Développement social ; la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. C'est à ce titre que le PRODESS III apparaît comme l'unique document de programmation, de mise en œuvre et de mise en cohérence de l'ensemble des interventions de l'Etat dans le secteur de

la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

5. Le PRODESS III dans sa Composante Santé poursuit 9 objectifs stratégiques ainsi qu'il suit :
   - la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ;
   - la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles ;
   - la réduction de la morbidité, de la mortalité et des handicaps liés aux maladies non transmissibles ;
   - la promotion d'un environnement sain ;
   - la réduction des conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits ;
   - l'augmentation de l'offre et de l'utilisation des services de santé de qualité ;
   - un meilleur accès, une meilleure qualité et utilisation des produits pharmaceutiques ;
   - la disponibilité des ressources humaines qualifiées, compétentes, performantes et de façon équitable ;
   - une meilleure gouvernance du système de santé.

<u>Présentation des entités en charge de l'AMO</u> :

6. L'Assurance Maladie Obligatoire est un régime de protection sociale à système contributif. Au Mali, le dispositif de sécurité sociale dédié est organisé de la manière suivante :
   - la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), qui gère le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) ;
   - l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) ;
   - la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS).

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)

7. La CANAM est un établissement public à caractère administratif, créée par la Loi n°09-016 du 26 juin 2009 et doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

   Sa mission porte sur la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).La Loi n°2021-038 du 8 juillet 2021 modifiant la Loi n°09-016 du 26 juin 2009 confie à la CANAM la gestion du Régime Assurance Maladie Universelle.

   Les attributions de la CANAM sont :
   - l'encaissement des cotisations du régime d'Assurance Maladie Obligatoire ;

- l'immatriculation des employeurs et des assurés, et la mise à jour des droits des bénéficiaires ;
- l'allocation aux Organismes Gestionnaires Délégués (l'INPS et la CMSS) des dotations de gestion couvrant leurs dépenses techniques et de gestion courante ;
- la passation des conventions avec les établissements de soins et le suivi de leur déroulement ;
- l'appui aux Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) et le contrôle de leurs activités;
- le contrôle de la validité des prestations soumises à la prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- l'établissement des statistiques de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- la consolidation des comptes des Organismes Gestionnaires Délégués.

Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

8. Le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été créé par la Loi n°09-015 du 26 juin 2009 pour permettre la couverture des soins de santé inhérents à la maladie et à la maternité des assurés et des membres de leurs familles en charge. La CANAM est l'organisme de gestion de l'AMO.

Les assujettis de l'AMO

9. Sont assujettis à l'Assurance Maladie Obligatoire :
   - les travailleurs salariés soumis aux dispositions du Code de travail, les travailleurs indépendants, les membres non-salariés des professions libérales, industrielles, commerciales et artisanales qui peuvent souscrire volontairement à l'INPS ;
   - les fonctionnaires civils de l'Etat et des Collectivités territoriales, les militaires, les députes, sont ceux affiliés à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale ;
   - les titulaires des pensions des secteurs public et privé, les titulaires de pensions parlementaires et les titulaires de pension militaire, les employeurs du secteur public et privé sont aussi éligibles au régime.

Les bénéficiaires de l'AMO

10. En vertu de la loi portant création de l'AMO, ses bénéficiaires sont les personnes physiques assujetties et les membres de leurs familles à charge. Sont considérés comme membres de la famille à charge de l'assuré, le(s) conjoints, les enfants et les ascendants directs.
11. Dans son fonctionnement, la CANAM délègue une partie de ses attributions à l'INPS et la CMSS en tant qu'Organismes Gestionnaires Délégués en vertu d'un accord signé entre la CANAM et chacune de ces deux institutions.

12. En application de la Loi n°09-015 du 26 juin 2009 portant institution du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire en République du Mali et ses décrets d'application, les Organismes Gestionnaires Délégués (OGD) sont chargés d'exécuter pour le compte de la CANAM les opérations relatives au recouvrement des cotisations, à l'affiliation, à l'immatriculation des travailleurs salariés et des bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les OGD, sont en outre chargés du règlement des prestations de soins.

    A la date du 13 juillet 2023, la population immatriculée à l'AMO s'élève à 1 794 122 personnes.

Tableau n°1 : Situation de la population immatriculée à l'AMO par OGD.

Catégories	CMSS	INPS	TOTAL
Ouvrants droit	235 247	252 930	488 177
Ayants droit	619 177	686 768	1 305 945
Total	854 424	939 698	**1 794 122**

Le tableau ci-dessous donne la situation des taux de cotisation.

Tableau n°2 : Situation des taux de cotisation

Assurés	Taux
Salariés	3,06%
Pensionnés et veuves de pensionnés	0,75%
Assurés volontaires	6,56%
Etat ou collectivités Territoriales (Employeurs)	4,48%
Employeur du secteur privé	3,50%

13. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie de l'ensemble des frais liés aux soins ambulatoires est de 70% et de 80% pour les frais liés aux hospitalisations.

L'institut National de Prévoyance Sociale (INPS)

14. L'INPS est un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, créé en 1961 par la Loi n°61-59/AN-RM du 15 mai 1961.

15. Le Ministère en charge de la Protection Sociale assure la tutelle administrative alors que le Ministère en charge de l'Economie et des Finances en assure la tutelle financière.

Populations couvertes par l'INPS

16. En vertu des textes législatifs créant l'INPS, cette institution couvre l'assurance des travailleurs salariés contractuels soumis aux dispositions du Code de travail (public et privé).

17. Les travailleurs indépendants, les membres non-salariés des professions libérales, industrielles, commerciales et artisanales peuvent souscrire volontairement à l'INPS, à travers l'Assurance Volontaire, réglementée par la Loi n°99-047 du 28 décembre 1999.

Les régimes de prestation de l'INPS

18. La souscription au régime général de l'INPS donne l'avantage aux quatre (4) types de prestations suivantes :
    - les Prestations familiales ;
    - l'Assurance invalidité, vieillesse et décès ;
    - les Accidents de travail et maladies professionnelles ;
    - l'Assurance maladie et maternité : cette branche a été cédée à la CANAM, qui s'occupe de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)

19. La CMSS est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité juridique et jouissant d'une autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Ministère en charge du Développement Social, le Ministère en charge de l'Economie et des Finances assure la tutelle financière.

Population couverte par la CMSS

20. Au regard de la Loi n°10-029 du 29 juillet 2010, la CMSS a pour mission la gestion des régimes de pensions des fonctionnaires, des militaires, des députés et de tout autre régime ou branche que l'Etat lui confie. A ce titre, elle est chargée :
    - d'encaisser les cotisations des différents régimes;
    - de concéder les droits des bénéficiaires des différents régimes;
    - de servir les prestations aux bénéficiaires de tout autre régime ou branche gérée par la Caisse Malienne de Sécurité Sociale;
    - de régulariser les droits à la pension des différents bénéficiaires.

Acquisition des droits à pension

21. La législation Malienne distingue trois types de pensions :
    - la pension d'ancienneté ;
    - la pension proportionnelle ;
    - la pension d'invalidité.

Objet de la Vérification :

22. La présente vérification financière a pour objet la gestion du Régime de l'AMO à la CANAM, à la CMSS et à l'INPS, au titre des exercices 2020, 2021 et 2022.
23. Elle a pour objectif de s'assurer de la régularité et de la sincérité des opérations de liquidation des prestations, de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la gestion de l'AMO.
24. Les travaux de vérification ont porté sur la liquidation des feuilles de soins, le recouvrement des cotisations AMO par les Organismes Gestionnaires Délégués et leur reversement à la CANAM, les dépenses effectuées sur les dotations de gestion technique et administrative par les OGD ainsi que la gestion du système d'information dans le cadre de l'AMO.
25. Les détails sur la méthodologie de la vérification sont présentés dans la section « Détails Techniques sur la vérification ».

CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS :

Les constatations et recommandations issues de la présente vérification sont relatives aux irrégularités administratives et aux irrégularités financières.

Irrégularités administratives :

Les irrégularités administratives, ci-dessous, relèvent des dysfonctionnements du système du contrôle interne.

La CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués appliquent un manuel de procédures de gestion de l'AMO non validé.

26. L'article 2 du Décret n°2015-0339/PM-RM du 7 mai 2015 portant création, organisation et fonctionnement de la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics dispose : « La Commission a pour mission : -la validation des manuels de procédures élaborés par les services et organismes publics […]. »

    L'annexe au Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 portant approbation de la Convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire, en son article 4 relatif aux missions, dispose : « La CANAM confie à l'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE le soin d'exécuter pour son compte, les opérations relevant de l'immatriculation des bénéficiaires et des employeurs et de la gestion des droits des bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire (modification, suspension, radiation)… »

    L'annexe du même décret, en son article 18 relatif à la Liquidation des prestations, dispose : « L'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE procède à la liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires et les instructions de la CANAM […]. »

    La même annexe, en son article 21 relatif au règlement des prestations, dispose : « -Dans le cadre de la présente convention, l'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE s'engage à procéder au règlement des prestations selon les dispositions définies par la CANAM et la réglementation applicable au régime […]. »

27. Dans le but de s'assurer du respect des dispositions ci-dessus, l'équipe de vérification a demandé pour examen le Manuel de Procédures Administratives Comptables Financières et Opérationnelles validé de la CANAM.

28. Elle a constaté que la CANAM applique depuis le 15 juin 2022 un Manuel de Procédures Administratives, Comptables, Financières et Opérationnelles de gestion de l'AMO qui n'a pas fait l'objet de d'approbation du Conseil d'Administration de la CANAM ni de validation par la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics, présidée par le Contrôle Général des Services Publics (CGSP).

29. L'application de manuel de procédures administratives, financières, comptables et opérationnelles non approuvé ni validé peut provoquer des confusions dans le mode de traitement des tâches dans le cadre de la gestion de l'AMO.

La CANAM ne veille pas assez aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium.

30. L'alinéa 1er de l'article 21 relatif au règlement des prestations de l'annexe au Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire stipule : « Dans le cadre de la présente convention, l'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE s'engage à procéder au règlement des prestations selon les dispositions définies par la CANAM et la réglementation applicable au régime. »

    Le processus de paiement des prestations (Procédures internes CANAM) en son point 1. Contexte stipule : « […] Le traitement interne doit retourner au progiciel Activ Premium un flux retour précisant les références du virement utilisées pour le paiement des prestations […]. »

31. Dans le but de s'assurer du respect des dispositions ci-dessus, l'équipe de vérification a comparé les paiements enregistrés dans les logiciels OPSIS de la CMSS et FINA de l'INPS à ceux effectivement enregistrés dans le progiciel Activ Premium de la CANAM.

32. L'équipe de vérification a constaté que la CANAM ne veille pas assez aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. Les travaux ont révélé qu'en 2021 et 2022, dans FINA, sur 18 164 factures de prestations, seulement 14 576 factures de prestations ont été correctement transmises à Activ Premium.

    Aussi, en 2022, dans OPSIS, sur les 15 668 factures de prestations, seulement 14 000 factures de prestations ont été retournées dans Activ Premium.

33. L'absence de veille sur les retours de paiement sur le logiciel Activ Premium peut entrainer des incohérences entre les paiements enregistrés dans les systèmes de l'INPS et de la CMSS, elle peut également conduire à des litiges entre les parties impliquées.

La CANAM ne veille pas assez à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.

34. Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale en date du 12 décembre 2012 en son article 14 relatif à la liquidation et au paiement des prestations stipule : « La CMSS reçoit les factures de soins accompagnées des justificatifs. Il procède à la liquidation et au paiement direct au prestataire du coût des soins dans la limite du taux de 70% ou 80% des prestations figurant dans le panier de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans un délai de :

- 15 jours pour les prestataires privés,
- 30 jours pour les prestataires publics.

La prise en charge des prestations pour lesquelles l'accord préalable est exigé, n'est effectuée que lorsque le médecin contrôleur de la CANAM aura donné un avis favorable. »

L'alinéa 1er de l'article 18 de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de L'AMO approuvé par le Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 stipule : « L'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE procède à la liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires et les instructions de la CANAM. »

35. Dans le but de s'assurer du respect des stipulations ci-dessus, l'équipe de vérification a rapproché les situations des prestations liquidées dans le système d'information fournies par la CANAM aux situations des prestations liquidées fournies par la CMSS et l'INPS de la période sous revue et s'est entretenue avec les responsables de la liquidation de la CMSS et de l'INPS.

36. Elle a constaté que le système d'information mis en place par la CANAM génère des liquidations de prestations incohérentes avec les liquidations de prestations des OGD. En effet, le système d'information de la CANAM a enregistré un montant total de prestations liquidées de 81 402 918 347 FCFA au compte de la CMSS contre une liquidation effective de 70 216 840 935 FCFA selon ses propres estimations au cours de la période sous revue. Pour l'INPS, la CANAM a enregistré un montant de prestations liquidées de 57 372 270 578 FCFA contre une liquidation effective de 61 955 191 391 FCFA selon ses propres estimations pour la même période.

Or, les deux OGD font les liquidations des prestations à travers le même système d'information mis à leur disposition par la CANAM. Ce qui implique que la CANAM et les OGD doivent avoir les mêmes montants des prestations liquidées pour une période donnée.

La situation détaillée des liquidations générées par la CANAM et les OGD est donnée dans le tableau ci-après.

37. L'incohérence entre les montants des prestations liquidées pour la CANAM et pour les OGD peut être une source de conflit entre les parties.

Tableau n°3 : Situation des prestations liquidées en FCFA de la période sous revue

Année	Liquidation CANAM (CMSS)	Liquidation CMSS	Ecart de liquidation (CANAM-CMSS)	Liquidation CANAM (INPS)	Liquidation INPS	Ecart de liquidation (CANAM-INPS)
2020	22 788 678 489	23 623 028 584	- 834 350 095	17 820 695 016	17 854 958 315	- 34 263 299
2021	19 304 512 637	14 066 369 896	5 238 142 741	14 317 350 389	18 527 066 828	- 4 209 716 439
2022	39 309 727 221	32 527 442 455	6 782 284 766	25 234 225 173	25 573 166 248	- 338 941 075
Total	**81 402 918 347**	**70 216 840 935**	**11 186 077 412**	**57 372 270 578**	**61 955 191 391**	**- 4 582 920 813**

Le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable.

38. L'Arrêté n°2014-2685/MSAHRN/SG du 2 octobre 2014 fixant la procédure de demande d'Accord Préalable dans le cadre du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en son article 2, dispose : « L'Accord Préalable est la procédure qui conditionne la couverture par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de certains soins, médicaments ou appareillages […]. »

    Le guide d'utilisation du formulaire de demande d'accord préalable indique : « La partie A du formulaire de demande d'accord préalable doit retourner à l'administration de l'établissement de soins par la CANAM, avec toutefois la notification : Accord, convocation éventuelle du patient ou refus. »

    Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale du 12 décembre 2012 et celui entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévoyance Sociale du 19 décembre 2012, en leur article 14 relatif à la liquidation et paiement des prestations, stipulent : «[…] La prise en charge des prestations pour lesquelles l'accord préalable est exigé, n'est effectuée que lorsque le médecin contrôleur de la CANAM aura donné un avis favorable. »

39. Afin de s'assurer de l'application correcte des dispositions et des stipulations ci-dessus, l'équipe de vérification a examiné des demandes d'Accord Préalable (AP) données par le chef de Bureau de la CANAM Ségou. L'équipe de vérification a également demandé au chef du Bureau par Mémo du 31 mai 2023 les retours de la partie A de chaque demande d'AP à l'administration de l'établissement de soins tel qu'exigé par le guide.

40. Elle a constaté le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable. Il ne veille pas à l'application correcte des demandes d'accord préalable (AP) en matière d'Assurance Maladie Obligatoire. Le Chef de Bureau n'a pu fournir aucune preuve de retour des parties A de demande d'AP aux administrations des établissements de soins.
    De plus les travaux ont fait ressortir au niveau de certaines demandes d'AP les anomalies ci-dessous :

    - le bénéficiaire ou le tuteur n'a pas signé ;
    - le Contrôle médical n'a pas coché les cages concernant son Avis ;
    - le nom de l'OGD n'est pas coché.

    Suite à la transmission du rapport provisoire de la vérification, le Directeur Général de la CANAM a tenu une réunion le 27 octobre 2023 avec le Directeur de l'Organisation, du Contrôle et de la Qualité des soins, les médecins chargés du contrôle médical, les chefs de bureaux régionaux et des chefs de services.

Aussi, une lettre circulaire n°2023/0023/MSDS-CANAM-DOCQS du 27 octobre 2023, du Directeur Général de la CANAM a été adressée aux médecins contrôleurs les invitant à l'application correcte de la procédure de demande d'accord préalable.

41. Le non-respect des procédures de demande d'AP et le non-retour de la partie A des demandes d'AP aux établissements de soins peuvent favoriser des détournements et compromettre la bonne exécution des prestations de l'AMO.

La CMSS a procédé aux payements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins.

42. Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale en date du 12 décembre 2012, en son article 14 relatif à la Liquidation et paiement des prestations, stipule : « La CMSS reçoit les factures de soins accompagnées des justificatifs. Il procède à la liquidation et au paiement direct au prestataire du coût des soins dans la limite du taux de 70% ou 80% des prestations figurant dans le panier de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans un délai de :

    - 15 jours pour les prestataires privés,
    - 30 jours pour les prestataires publics.

    La prise en charge des prestations pour lesquelles l'accord préalable est exigé, n'est effectuée que lorsque le médecin contrôleur de la CANAM aura donné un avis favorable. »

43. Dans le but de s'assurer du respect des conditions de paiement, l'équipe de vérification a examiné les pièces de paiements des prestataires et s'est entretenue avec les différents comptables. De plus, l'équipe de vérification a, par Memo n°01Bis du 13 juin 2023, demandé à la CMSS l'ensemble des décisions portant sur les mesures exceptionnelles provenant du ministère de tutelle.

44. Elle a constaté que la CMSS a procédé aux payements directs des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins.

    Les travaux ont montré qu'en 2020, elle a payé directement 809 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins.

    La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins.

45. Le paiement des feuilles de soins sans liquidation préalable peut engendrer des remboursements indus aux prestataires.

La CMSS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM.

46. Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale du 12 décembre 2012, en son Article 17 relatif à la dotation administrative de gestion, stipule : « […] La CANAM s'engage à mettre à la disposition de la CMSS une

dotation de gestion administrative. La dotation de gestion administrative est destinée exclusivement au paiement des frais de gestion courante de l'Assurance Maladie Obligatoire.

[…] Pour toutes autres dépenses notamment d'investissement, la CMSS adresse une requête de financement à la CANAM s'inscrivant dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire. Lorsque le montant de la dotation administrative versé à la CMSS ne couvre pas les charges de fonctionnement effectuées dans le cadre de l'AMO, la CMSS adresse une requête à la CANAM. »

47. Afin de s'assurer de la conformité de la gestion courante de l'AMO des dépenses effectuées par la CMSS, l'équipe de vérification a examiné les pièces de dépenses de fonctionnement de l'AMO mises à sa disposition par la CMSS.

48. L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. A titre illustratif, elle a payé des dépenses de cloisonnement et de hangar métallique sans aucune requête adressée à la CANAM.

Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une valeur économique future pour l'organisme et qui sert l'activité de façon durable.

49. Le paiement des dépenses d'investissement non liées aux frais de gestion courante de l'AMO sans accord préalable de la CANAM ne garantit pas une utilisation transparente et économique des dotations allouées.

La CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.

50. L'article 15 relatif à la mise à disposition de la dotation de gestion du Contrat d'Objectifs et de Moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale du 12 décembre 2012 stipule : « La CANAM est tenue de mettre à la disposition de la CMSS une dotation de gestion comprenant la dotation de gestion technique et la dotation de gestion administrative; […]

La CANAM alimente trimestriellement le compte de la CMSS dédié à l'assurance maladie obligatoire par une mise à disposition de la dotation de gestion. »

L'article 17 du Contrat d'Objectifs et de Moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Caisse Malienne de Sécurité Sociale du 12 décembre 2012 stipule : « […] La CMSS procède à la restitution des coûts de gestion au plus tard le 31mars de l'année suivante. […].»

51. Afin de s'assurer de la justification et de la restitution des coûts de gestion, l'équipe de vérification a adressé, le 13 juin 2023 le Mémo n°01 à la CMSS et le Mémo n°02 à la CANAM. Elle a également examiné les tableaux de coûts de gestion fournis par la CANAM. Elle a aussi examiné les tableaux apportés par la CMSS.

52. L'équipe de vérification a constaté que la CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion du régime de l'AMO pendant la période sous revue.

Il résulte des données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et des données fournies par la CMSS en réponse au rapport provisoire, à ce jour, que des coûts de gestion non justifiés ni restitués par la CMSS s'élèvent à 1 055 448 473 FCFA de dotation administrative. La situation est donnée dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°4 : Situation des dotations administratives non justifiées par la CMSS en FCFA.

Année	Dotations administratives reçues par la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS	Ecart entre les dotations reçues et les dépenses exécutées
2020	1 448 666 157	1 374 317 044	74 349 113
2021	2 128 464 619	1 924 581 151	203 883 468
2022	2 350 222 483	1 573 006 591	777 215 892
Total	**5 927 353 259**	**4 871 904 786**	**1 055 448 473**

Toutefois, au cours de la séance du contradictoire et en réponse aux formulaires transmettant les constatations et recommandations de la mission à la CMSS pour « observations et éléments de réponse », celle-ci a fourni la preuve que le montant en cause se trouve dans son compte bancaire AMO et n'a pas fait l'objet de dépenses. Il s'agit du compte bancaire n°26702170905-61 de la BDM-SA dont le relevé et l'extrait en date du 31 décembre 2022 confirment la situation.

53. La non restitution des coûts de gestion au 31 mars de l'année suivante masque la transparence dans la gestion des dotations administratives.

L'INPS a procédé aux payements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins.

54. Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévoyance Sociale en date du 19 décembre 2012, en son article 14 relatif à la liquidation et paiement des prestations, stipule : « L'INPS reçoit les factures de soins accompagnées des justificatifs. Il procède à la liquidation et au paiement direct au prestataire du coût des soins dans la limite du taux de 70% ou 80% des prestations figurant dans le panier de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans un délai de :

- 15 jours pour les prestataires privés,
- 30 jours pour les prestataires publics.

La prise en charge des prestations pour lesquelles l'accord préalable est exigé, n'est effectuée que lorsque le médecin contrôleur de la CANAM aura donné un avis favorable. »

55. Dans le but de s'assurer du respect des conditions de paiement, l'équipe de vérification a examiné les pièces de paiements aux prestataires et s'est entretenue avec les différents comptables. De plus, l'équipe de vérification a, par Memo n°002 du 13 juin 2023, demandé à l'INPS l'ensemble des décisions portant sur les mesures exceptionnelles provenant du ministère de tutelle.

56. Elle a constaté que l'INPS a procédé aux payements directs des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. Les travaux ont montré qu'en janvier, février, mars et avril 2022, la Direction Générale de l'INPS a procédé aux payements directs à 115 prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins.

    La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins.

    L'équipe de vérification a aussi constaté que la Direction Régionale de l'INPS de Sikasso a directement payé en 2022 à 172 prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins.

57. Le paiement des feuilles de soins sans liquidation préalable peut engendrer des remboursements indus aux prestataires.

L'INPS ne fait pas retourner systématiquement aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.

58. L'article 21 relatif au règlement des prestations de l'annexe au Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire stipule : « Dans le cadre de la présente convention, l'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE s'engage à procéder au règlement des prestations selon les dispositions définies par la CANAM et la réglementation applicable au régime.

    Les demandes de règlement rejetées pour tout motif sont retournées aux prestataires de soins concernés, avec les motifs de rejets et l'exposé des délais et voies de recours. »

    L'annexe au Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 portant approbation de la Convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire en son article 18 relatif à la Liquidation des prestations dispose : « […] L'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE procède à la liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires et les instructions de la CANAM […]. »

59. Afin de s'assurer du respect des dispositions ci-dessus, l'équipe de vérification a examiné des feuilles de soins liquidées ainsi que le fichier de paiement.

60. Elle a constaté que l'INPS ne fait pas retourner systématiquement aux prestataires les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.

    A titre illustratif, des feuilles de soins d'une pharmacie qui ont fait l'objet de rejet ont été relevées sur la facture n°01/15/02/2022 du 17 février 2022 lors de la régularisation de la liquidation des feuilles de soins opérée après le paiement. Il s'agit des feuilles de soins ci-dessous :

- feuille de soins n°9464959, motif de rejet : droit fermé ;
- feuille de soins n°8779745, motif de rejet : l'OGD ne correspond pas, elle relève de la CMSS.

L'INPS n'a pas retourné ces feuilles de soins au prestataire ni envoyer un ordre de recettes.

61. Le non- retour des feuilles de soins rejetées peut favoriser leur réutilisation irrégulière.

L'INPS procède à des compensations lors du reversement de cotisations au lieu d'un transfert direct sur un compte bancaire AMO.

62. La Convention de délégation de gestion entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Institut Nationale de Prévoyance Sociale approuvé par le Décret n°10-579/P-RM du 26 octobre 2010 stipule en son article 28 relatif au reversement des cotisations, des pénalités et des majorations de retard : « L'ORGANISME GESTIONNAIRE DÉLÉGUÉ assure l'ensemble des opérations relatives à l'encaissement et aux recouvrement contentieux des cotisations, pénalités et majorations de retard, à partir d'un compte spécial d'encaissement réservé exclusivement à cet effet et dont les modalités de fonctionnement sont définies en respect du Règlement Financier applicable à la gestion financière de l'AMO ou toutes autres dispositions comptables et Financières existantes[circulaires d'instructions relatives aux circuits financiers] et en conformité avec les règles du Plan Comptable CIPRES. »

    Le Plan comptable CIPRES des organismes de sécurité sociale en son point 6-1 relatif au principe de clarté indique : «

    - les opérations et informations doivent être inscrites dans les comptes sous le poste et la rubrique adéquats avec la bonne dénomination et sans compensation entre elles ;
    - les éléments d'actif et de passif doivent être évalués séparément ;
    - les éléments des états de synthèse doivent être inscrits dans les postes adéquats sans aucune compensation entre ces postes. »

    Le point 6-2 du même plan précise : « En application de ce principe, l'OPS doit organiser sa comptabilité, enregistrer ses opérations, préparer et présenter ses états de synthèse conformément aux prescriptions du PCOPS. »

    L'article 25 de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire approuvé par Décret n°10-579 /P-RM du 26 octobre 2010 stipule : « La CANAM assure l'alimentation du compte de l'OGD dédié à l'AMO par une mise à disposition trimestrielle de la dotation de gestion comprenant le montant des dépenses de prestation et des frais de gestion. »

63. Afin de s'assurer du respect des dispositions susvisées, l'équipe de vérification a examiné la situation des cotisations recouvrées, les états d'encaissement fournis par les Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso. Elle a également rapproché les montants des salaires bruts par mois et par exercice afin d'évaluer les cotisations AMO (part salariale et part patronale) que l'INPS devait reverser à la CANAM.

64. L'équipe de vérification a constaté que la Direction Générale de l'INPS ne paie pas la cotisation AMO retenue sur les salaires de son personnel à la Direction du Recouvrement des Cotisations et du Contrôle des Employeurs (DRCCE), mais l'intègre directement dans les montants à reverser à la CANAM à titre de régularisation.

    De plus, les Directions Régionales de l'INPS de Sikasso et de Ségou utilisent l'intégralité des montants recouvrés au titre de la cotisation AMO de leurs Régions au lieu de les reverser sur le compte de la Direction Générale de l'INPS pour reversement à la CANAM. L'INPS régularise les montants recouvrés sous forme de compensation en les intégrant dans les reversements effectués à la CANAM.

65. Le non-reversement des cotisations AMO dans un compte bancaire dédié à cet effet peut conduire à des omissions et retards dans les transferts de fonds de l'INPS vers la CANAM.

L'INPS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM.

66. Le Contrat d'objectifs et de moyens entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévoyance Sociale du 19 décembre 2012, en son article 17 relatif à la dotation administrative de gestion, stipule : « […] La dotation de gestion administrative est destinée exclusivement au paiement des frais de gestion courante de l'Assurance Maladie Obligatoire. Pour la prise en charge des frais administratifs de l'INPS, la CANAM lui alloue 40% de 15% des recettes de cotisations d'assurance maladie encaissées par l'INPS. L'allocation de la dotation de gestion administrative se fait au début de chaque trimestre.

    […] Pour toutes autres dépenses notamment d'investissement, l'INPS adresse une requête de financement à la CANAM s'inscrivant dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire. Lorsque le montant de la dotation administrative versé à l'INPS ne couvre pas les charges de fonctionnement effectuées dans le cadre de l'AMO, l'INPS adresse une requête à la CANAM. »

67. Afin de s'assurer de la conformité de la gestion courante de l'AMO des dépenses effectuées par l'INPS, l'équipe de vérification a examiné les pièces de dépenses de fonctionnement de l'AMO mises à sa disposition par l'INPS.

68. Elle a constaté que l'INPS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. A titre illustratif, elle a payé des dépenses d'investissements comme les acquisitions de bureaux, fauteuil bourré et fauteuil ½ ministre, ordinateurs, photocopieurs, climatiseurs et de groupe électrogène au compte de ses structures de Sikasso et de Gao.

    Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une valeur économique future pour l'organisme et qui sert l'activité de façon durable.

69. Le paiement des dépenses d'investissement non liées aux frais de gestion courante de l'AMO sans accord préalable de la CANAM ne garantit pas une utilisation transparente et économique des fonds alloués.

Recommandations :

70. Le Directeur Général de la CANAM doit :

- faire valider le manuel de Procédures Administratives Comptables Financières et Opérationnelles de gestion de l'AMO par les structures habilitées ;
- renforcer le suivi de la cohérence des informations fournies par le progiciel Activ Premium de la CANAM et les logiciels OPSIS de la CMSS et FINA de l'INPS ;
- renforcer le suivi de la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.

71. Le chef du Bureau Régional de la CANAM de Ségou doit :

- renseigner correctement les formulaires de demande d'Accord Préalable et exiger le retour de la partie A de chaque demande d'AP à l'administration de l'établissement de soins.

72. Le Directeur Général de la CMSS doit :

- procéder à la liquidation des feuilles de soins avant le paiement des prestataires ;
- requérir l'accord préalable de la CANAM pour toute dépense d'investissement sur la dotation de gestion administrative ;
- reverser à la CANAM le montant des coûts de gestion non justifié pour un montant de 1 055 448 473 FCFA ainsi que les intérêts créditeurs y afférents ;
- mettre en place une comptabilité analytique permettant le suivi et la traçabilité des coûts de gestion ;
- procéder à la justification des coûts de gestion au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

73. Le Directeur Général de l'INPS doit :

- procéder à la liquidation des feuilles de soins avant le paiement des prestataires ;
- faire retourner systématiquement aux prestataires les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet ;
- éviter toute compensation entre les cotisations AMO à recouvrer et celles à reverser à la CANAM et utiliser un compte spécial AMO.

74. Les Directeurs Régionaux de l'INPS de Sikasso et Gao doivent :

- requérir l'accord préalable de la CANAM pour toute dépense d'investissement sur la dotation de gestion administrative.

Irrégularités financières :

Le montant total des irrégularités financières, ci-dessous, s'élève à 19 396 082 287 FCFA.

Des employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao assujettis à l'INPS n'ont pas payé des cotisations AMO dues.

75. L'article 2 du Décret n°09-552/P-RM du 12 octobre 2009 fixant les modalités d'application de la loi portant institution du régime d'Assurance Maladie Obligatoire dispose : « Sont assujettis au régime d'Assurance Maladie Obligatoire en qualité d'employeurs :

    - Les institutions et administrations de l'État, des collectivités territoriales et les autres personnes morales de droit public;
    - Les employeurs des salariés du secteur privé. »

    L'article 13 du même décret dispose : « L'employeur est tenu de justifier à tout moment aux agents chargés du contrôle de l'organisme de gestion qu'il est immatriculé au régime d'Assurance Maladie Obligatoire et qu'il est à jour du paiement des cotisations salariales et des contributions patronales. Il doit produire à cet effet les pièces et documents attestant le respect de cette obligation. »

76. Afin de s'assurer du paiement effectif des cotisations AMO par les employeurs, l'équipe de vérification a pris un échantillon allant de 20 à 30 employeurs selon les localités pour suivre le niveau de recouvrement des cotisations. Elle a, ensuite, examiné la situation des cotisations recouvrées, fournie par la Direction du Recouvrement des Cotisations et du Contrôle des Employeurs (DRCCE) de l'INPS, les états d'encaissements des cotisations fournis par la Direction Générale et les Directions Régionales de l'INPS.

77. Elle a constaté que 275 employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao n'ont pas payé l'intégralité des cotisations AMO dues à l'INPS au 31 décembre 2022.

    Le montant total des cotisations AMO non payé par lesdits employeurs s'élève à 19 395 697 042 FCFA.

Tableau n°5 : Situation par localité des cotisations AMO dues à l'INPS par des employeurs, en FCFA.

Localité	Montant AMO non payé
Commune I	289 117 753
Commune II	2 604 345 408
Commune III	4 236 441 592
Commune IV	3 664 173 522
Commune V	467 427 187
Commune VI	817 683 758
Total Bamako	**12 079 189 221**
Kayes	3 423 691 376
Koulikoro	299 666 970
Ségou	1 089 945 478
Sikasso	1 913 050 316
Gao	590 153 682
Total régions	**7 316 507 821**
Total des cotisations AMO non payées	**19 395 697 042**

Les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso ont respectivement liquidé, validé et payé des feuilles de soins irrégulières.

78. La Convention Type de délégation de gestion dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire approuvé par le Décret 10-579/P-RM du 26 octobre 2010 stipule en son article 17 : « Pour le règlement des prestations, l'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE a la responsabilité de contrôler que les conditions d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires à la date des soins sont remplies et de valider les informations en provenance des établissements et services de soins dans les conditions définies par la CANAM. »

    L'article 18 de la même Convention, relatif à la liquidation des prestations, stipule : « L'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE procède à la liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires et les instructions de la CANAM. […]. »

    L'article 16 relatif à la responsabilité du contrôle médical de la même convention stipule : « Les demandes d'avis sont transmises par L'ORGANISME GESTIONNAIRE DELEGUE dès réception de l'ensemble de documents justifiant ces demandes avec les précisions nécessaires à la bonne compréhension du dossier. »

79. Dans le but de s'assurer du respect de ces dispositions, l'équipe de vérification a procédé à l'examen de 22 feuilles de soins en rapprochant les codes des structures conventionnées et les codes des praticiens figurant sur les feuilles de soins à la liste actualisée des codes fournis par le Directeur du Système d'information de la CANAM. De plus, elle a rapproché cette liste à celles fournies par les chefs des Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso.

80. L'examen des 22 feuilles de soins dont sept (7) appartenant à l'INPS de Ségou et 15 à l'INPS de Sikasso, a révélé que les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables de ces localités ont respectivement liquidé, validé et payé des factures de prestataires composées de feuilles de soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) sur 13 feuilles de soins ainsi que sept (7) feuilles de soins sans code praticien à l'INPS de Ségou. Le montant total de ces irrégularités s'élève à 385 245 FCFA.

TRANSMISSION ET DENONCIATION DE FAITS PAR LE VERIFICATEUR GENERAL AU PRESIDENT DE LA SECTION DES COMPTES DE LA COUR SUPREME ET AU PROCUREUR CHARGE DU POLE NATIONAL ECONOMIQUE ET FINANCIER RELATIVEMENT :

- au non-paiement des cotisations AMO dues à l'INPS pour un montant total de 19 395 697 042 FCFA ;
- à la liquidation, la validation et au paiement des feuilles de soins irrégulières pour un montant total de 385 245 FCFA.

TRANSMISSION DE FAITS PAR LE VERIFICATEUR GENERAL AU DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE RELATIVEMENT :

- au non-paiement des cotisations AMO dues à l'INPS pour un montant total de 19 395 697 042 FCFA ;
- à la liquidation, la validation et au paiement des feuilles de soins irrégulières pour un montant total de 385 245 FCFA.

CONCLUSION :

L'Assurance Maladie Obligatoire est un système de protection sociale qui lutte contre la pauvreté, et améliore l'accès des populations aux services sociaux de base. C'est un régime de protection social à système contributif et à gestion déléguée aux OGD.

Il ressort des travaux de la présente vérification des irrégularités administratives et financières qui remettent en cause la régularité et la sincérité des opérations de liquidation, de dépenses effectuées sur les dotations administratives dans le cadre de la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

La gestion de la liquidation a fait ressortir des incohérences de liquidation entre les informations fournies par la CANAM et celles de l'INPS et de la CMSS durant la période sous revue. L'analyse du système d'information a révélé des cas de double liquidation des feuilles de soins des prestataires. Ainsi, l'INPS à travers le logiciel ESQUIF, a liquidé 17 856 feuilles de soins. La CMSS, à travers le même logiciel ESQUIF a liquidé au moins deux fois 19 162 feuilles de soins.

L'analyse approfondie du système d'information a révélé des problèmes importants qui affectent la précision et l'exhaustivité de l'enregistrement des transactions. Ces problèmes touchent principalement les paiements en provenance de l'INPS et de la CMSS, avec des lacunes importantes.

Les écarts financiers entre les paiements correctement enregistrés dans Activ Premium et ceux absents ou mal enregistrés peuvent entraîner des pertes financières pour la CANAM.

C'est pourquoi, il est essentiel de revoir et d'améliorer les processus d'intégration entre les systèmes FINA, OPSIS et Activ Premium pour s'assurer que tous les paiements sont correctement transmis et enregistrés.

Dans cette perspective, la CANAM doit prendre des mesures immédiates pour résoudre ces problèmes, éviter les pertes financières et les contentieux éventuels, et assurer une gestion transparente et précise des prestations médicales pour les bénéficiaires.

Elle devrait s'inscrire dans la dématérialisation de certaines opérations.

Les deux OGD n'ont pas justifié les coûts de gestion auprès de la CANAM le 31 mars de l'année suivante de manière systématique.

Les responsables chargés de la liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables devraient éviter de valider et de payer des factures de prestataires composées de feuilles de soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) ou sans code praticien.

Aussi des dispositions doivent être prises afin que les employeurs s'acquittent régulièrement de leurs cotisations pour éviter l'arrêt éventuel des services de l'AMO.

A l'heure des ressources financières limitées et des besoins de plus en plus croissants des soins des populations, l'État doit prendre des dispositions urgentes pour la correction de tous les manquements constatés.

Bamako, le 17 novembre 2023

Le Vérificateur

DETAILS TECHNIQUES SUR LA VERIFICATION :

Les travaux de la présente vérification ont été menés conformément au Guide d'audit du secteur public approuvé par l'Arrêté n°10-/1251/MEF-SG du 11 mai 2010 du Ministre chargé des Finances et à celui du Bureau du Vérificateur Général, tous deux inspirés des normes ISA.

Objectif :

L'objectif de cette vérification est de s'assurer de la régularité et de la sincérité des opérations de liquidation, de recettes et de dépenses effectuées dans le cadre de la gestion de l'AMO, au titre des exercices 2020,2021 et 2022.

Etendue :

Les travaux de la vérification ont porté sur :

- la liquidation des feuilles de soins ;
- le recouvrement des cotisations AMO par les OGD et leur reversement à la CANAM ;
- les dépenses effectuées sur les dotations techniques et administratives de gestion par les OGD ;
- la gestion de l'information dans le cadre de l'AMO.

Méthodologie :

L'approche méthodologique retenue a consisté à :

- l'analyse des textes législatifs et réglementaires ;
- des entrevues et séances de travail avec des responsables opérationnels ;
- le recoupement des informations ;
- l'examen des conventions et contrats ;
- l'analyse financière des transactions de recouvrements, de reversements et dépenses sur les fonds AMO ;
- la validation des constatations avec des responsables de l'entité.

RESPECT DU PRINCIPE DU CONTRADICTOIRE :

L'article 18 de la Loi n°2021-069 du 23 décembre 2021 dispose que le Vérificateur Général, le Vérificateur Général adjoint et les Vérificateurs sont tenus au respect du principe du contradictoire.

Ce principe a été observé tout au long de la mission. Les résultats préliminaires des travaux ont été discutés et validés avec les principaux responsables de la CANAM, de la CMSS et de l'INPS.

Des séances de restitution ont eu lieu à la CMSS et à l'INPS le 3 août 2023 et à la CANAM le 4 août 2023.

Par Lettres n°0658/2023/BVG, n°0659/2023/BVG, n°0660/2023/BVG, toutes du 16 octobre 2023, des extraits du rapport provisoire ont été transmis respectivement aux Directeurs généraux de la CMSS, de la CANAM et de l'INPS, pour recueillir leurs observations sur les constatations et recommandations formulées.

En réponses, par Lettres n°022 et 023/CMSS respectivement du 2 et 3 novembre 2023, BE n°23/0020/MSDS-CANAM-DG du 2 novembre 2023 et BE n°23-0084/DG-INPS/DAI du 2 novembre 2023, les Directeurs généraux de la CMSS, de la CANAM et de l'INPS ont transmis leurs observations au Vérificateur Général.

Après examen des observations reçues et en tenant compte des éléments probants fournis, la séance du contradictoire a été organisée dans les locaux du Bureau du Vérificateur Général le 16 novembre 2023 en présence des représentants de la CANAM, de la CMSS et de l'INPS.

Le rapport définitif tient compte des observations écrites et des éléments probants reçus ainsi que des résultats de la séance du contradictoire.

Liste des recommandations

Au Directeur Général de la CANAM :

- faire valider le manuel de Procédures Administratives Comptables Financières et Opérationnelles de gestion de l'AMO par les structures habilitées ;
- renforcer le suivi de la cohérence des informations fournies par le progiciel Activ Premium de la CANAM et les logiciels OPSIS de la CMSS et FINA de l'INPS ;
- renforcer le suivi de la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.

Au chef du Bureau Régional de la CANAM de Ségou :

- renseigner correctement les formulaires de demande d'Accord Préalable et exiger le retour de la partie A de chaque demande d'AP à l'administration de l'établissement de soins.

Au Directeur Général de la CMSS :

- procéder à la liquidation des feuilles de soins avant le paiement des prestataires ;
- requérir l'accord préalable de la CANAM pour toute dépense d'investissement sur la dotation de gestion administrative ;
- reverser à la CANAM le montant des coûts de gestion non justifié pour un montant de 1 055 448 473 FCFA ainsi que les intérêts créditeurs y afférents ;
- mettre en place une comptabilité analytique permettant le suivi et la traçabilité des coûts de gestion ;
- procéder à la justification des coûts de gestion au plus tard le 31 mars de l'année suivante.

Au Directeur Général de l'INPS :

- procéder à la liquidation des feuilles de soins avant le paiement des prestataires ;
- faire retourner systématiquement aux prestataires les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet ;
- éviter toute compensation entre les cotisations AMO à recouvrer et celles à reverser à la CANAM et utiliser un compte spécial AMO.

Aux Directeurs Régionaux de l'INPS de Sikasso et Gao :

- requérir l'accord préalable de la CANAM pour toute dépense d'investissement sur la dotation de gestion administrative.

Tableau des irrégularités financières en FCFA

Irrégularités financières	Total
19 395 697 042 : Cotisations AMO dues à l'INPS et non payées par des employeurs du District de Bamako et des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et de Gao	**19 396 082 287**
385 245 : Feuilles de soins irrégulièrement liquidées, validées et payées par les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso.	

Documents relatifs au respect de la procédure contradictoire.

RÉF. : E4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Nom de l'entité vérifiée
CANAM

Pour le compte de la CANAM :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Dembélé Bubacar	J. G.	66740811	
DOUMBIA Nitji Edwin	DGA	66742888	
TRAORE Pierre	AC	66-66-54-55	
CAMARA Seydou Tamba	DAI	66759025	
Diawara Mamadou	DOCPS	66761709	
NITJI DIARRA	DAOCD	76490181	
HAIDARA, Seidyna Oumar	CSACS	66778251	
THIAM Aissata	CSCL	77705253	
HAIDARA Fatoumata Z	CSJC	76462487	
N'Diaye Youssouf	C.S.C.R	74557367	
TOURE Abdoul Magid	CSAC	66669020	
COULIBALY Mamadi	BAGRH	66.10.27.27	
Coulibaly Amadou	DSI CANAM	63707644	

RÉF. AE4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Abdrahamane NIMAGA	Vérificateur	64016763	
Faïssal IBRAHIM	Chef de mission	76455505	
Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO	Vérificateur Assistant	78842208	
Aboubacrine RHISSA	Informaticien	76157747	

Préparé par : Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO — 04/08/2023
Nom et titre — Date

Vérificateur : Abdrahamane NIMAGA — 04/08/2023
Nom — Date

RÉF. : E4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Nom de l'entité vérifiée
CMSS

Pour le compte de la CMSS :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Ichaka KONE	D.G/CMSS	66.73.84.93	
Alassane TRAORE	DGA/CMSS	99.80.43.44	
Dalla COULIBALY	DRAMG/CMSS	65520217	
Joseph KONARE	CS AF/CMSS	65.88.49.23	
Modibo Yattara	DRC/CMSS	66745885	
KEITA Kadidia KONATE	SEAJ/CSSS	60326707	
Dr. Diallo Amadou Abdoulaye	DLPAMO	76057397	
Boubacar Diarrassouba	DSI	79198187	
KEITA. DJIGUI	AC-CMSS.	66741392	
SIDIBE Bourama	CDAMO	76-30-7649	
N'DIAYE Idrissa	DSI	66997632	
SIMGARE Mouna	DBCG	77036027	

RÉF. : E4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Abdrahamane NIMAGA	Vérificateur	64016763	
Faïssal IBRAHIM	Chef de mission	76455505	
Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO	Vérificateur Assistant	78841208	
Aboubacrine RHISSA	Informaticien	76157747	

Préparé par : Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO — 03/08/2023
Nom et titre — Date

Vérificateur : Abdrahamane NIMAGA — 03/08/2023
Nom — Date

RÉF. : E4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Nom de l'entité vérifiée

INPS

Pour le compte de l'INPS :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Ousmane . Karim Coulibaly	DG		
Mamadou . B. Diakité	DGA	66758870	
Gomni Traoré	DAI	67.54.54.84	
Oumar Djibril Diakité	IG	66.71.24.23	
Ousmane SYLLA	CT	76472257	
Mahamadou F. MAIGA	C.T	76.77.86.13	
Aissata N.A Sidibé	CT	60739948	
Dramane Kop	CT.	76439856	
Modibo SOW	DSP	66701542	
Alassane Maiga	DICA	76.39.68.28	
Dr Abdoulaye Maiga	CT	76017367	
Ibrahim Diarra	Dit DRCCE	66785188	
Dr Salamanta Ousmane	CT/DG	66713156	
Ankisso Diall	DRCCE	66732314	
Bouma AYAD	DP	73051426	
BA Habou Baye	DPASS	66756862	
Golla Fatoumata Traoré	DQ	66-76-79-62	
Mme Hadna Kamaté	DAJC	77-65-15-55	
Sidibé Rokiatou Touré	DRE	66715409	
Hamidou Sissoko	AFSP	66735264	
Coulibaly Tassié Keita	DSD	76171424	
CISSE Maimouna CISSOUMA	CT/DG	78127932	
Dr Zepré Coulibaly	CT	76332777	
Mane Keita	CT/DG	76436773	
Dr HAIDARA Seyk. Yousouf	CT DG	76495410	
Ismaël Diarra	CT DG	65730071	
Mohamed El Moustapha Haidara	SAMO	76874061	
Dr Fatoumata Sira Niambélé	chef service SAMO	78203273	

RÉF. : E4.1

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE DE LA SÉANCE DE RESTITUTION

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Abdrahamane NIMAGA	Vérificateur	64016763	
Faïssal IBRAHIM	Chef de mission	76455505	
Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO	Vérificateur Assistant	78841208	
Aboubacrine RHISSA	Informaticien	76157747	

Préparé par : Abdoulaye Porna BOUGOUDOGO — Nom et titre — 03/08/2023 — Date

Vérificateur : Abdrahamane NIMAGA — Nom — 03/08/2023 — Date

Éléments de la CANAM

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 16 octobre 2023

N°conf. 0658/2023/BVG

Le Vérificateur Général

A

CONFIDENTIEL

Monsieur le Directeur Général
de Caisse Nationale d'Assurance Maladie
(CANAM)

- Bamako -

Objet : Transmission de l'extrait du rapport provisoire, pour observations.

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous transmettre l'extrait du rapport provisoire de la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022., en vous demandant de bien vouloir me faire parvenir les éléments de réponse y afférents **au plus tard le 02 novembre 2023.**

Je voudrais préciser que l'article 18 de la Loi n°2021-069 du 23 décembre 2021 instituant le Vérificateur Général lui impose d'accorder aux entités vérifiées un délai d'un mois pour produire leurs éléments de réponse. Toutefois, au regard de l'urgence que commande la finalisation de cette vérification, réalisée **sur saisine**, je vous saurais gré de me faire parvenir vos éléments de réponse dans le délai ci-dessus indiqué.

Vous trouverez, à cet effet, les formulaires à renseigner, annexés à la présente lettre.

Il est important de rappeler qu'à défaut d'éléments de réponse dans le délai indiqué les observations relevées seront considérées comme définitives.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, **Monsieur le Directeur Général**, l'assurance de ma considération distinguée.

Pièces jointes :
- Extrait du rapport provisoire ;
- Formulaire sur les recommandations ;
- Formulaire sur les constatations.

Le Vérificateur Général,

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL ★ REPUBLIQUE DU MALI ★ UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI ★ VERIFICATEUR GENERAL

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

MINISTERE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Bamako, le 07 NOV 2023

Le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

A

CONFIDENTIEL

MONSIEUR LE VERIFICATEUR GENERAL

- BAMAKO –

BORDEREAU D'ENVOI N°23/0020/MSDS-CANAM-DG

DESIGNATIONS	NOMBRE DE PIECES	OBSERVATIONS
- Formulaire de transmission des observations de l'entité vérifiée sur les constatations ; - Formulaire de transmission des observations de l'entité sur les recommandations ; - Les annexes : pièces 1, 2 et 3.	01 01 01	" Pour éléments de réponse à votre bordereau d'envoi n°conf.658/2023/BVG du 16 octobre 2023"
TOTAL	**03**	

LE DIRECTEUR GENERAL

Le Directeur Général

Médecin Général de Brigade Boubacar DEMBELE

Commandeur de l'Ordre National

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL
Courrier Arrivée
Le : 2-11-2023
N° : 0203

Avenue du Mali, Quartier ACI 2000, Immeuble Salia DAOU (CANAM) BAMAKO –République du Mali
Tél : (223) 20 23 01 17 / 44 90 19 87 Télex : ..... Fax : ..... BP : .....

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Bamako le, 16 octobre 2023

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL

De : Bureau du Vérificateur Général

A : Monsieur le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)

Objet : Formulaire de transmission des observations de l'entité vérifiée sur les constatations

N° Paragraphe	Constatations	Réponse de l'entité à vérifier
26-29	**C1 : La CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués appliquent un manuel de procédures de gestion de l'AMO non validé.** L'équipe de vérification a constaté que la CANAM applique depuis le 15 juin 2022 un Manuel de Procédures Administratives, Comptables, Financières et Opérationnelles de gestion de l'AMO qui n'a pas fait l'objet de d'approbation du Conseil d'Administration de la CANAM ni de validation par la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics, présidée par le Contrôle Général des Services Publics (CGSP).	La CANAM s'est inscrite dans la démarche qualité en vue de la certification de son système de management à la norme ISO 9001 version 2015. Dans ce cadre, elle a élaboré et a mis en œuvre de nouvelles procédures qui devaient être validées suite à un certain nombre d'audit dont le dernier (audit de certification) a été réalisé du 23 au 27 octobre 2023. A la suite de cet audit réalisé par le cabinet APAVE, la CANAM a été proposée à la certification. Après ces différentes validations, les procédures seront soumises à l'adoption du conseil d'administration avant d'être transmises à la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics
30-33	**C2 : La CANAM ne veille pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium.** L'équipe de vérification a constaté que la CANAM ne veille pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. Les travaux ont révélé qu'en 2021 et 2022, dans FINA, sur 18 164 factures de prestations, seulement 14 576 factures de prestations ont été correctement transmises à Activ Premium. Aussi, en 2022, dans OPSIS, sur les 15 668 factures de prestations, seulement 14 000 factures de prestations ont été retournées dans Activ Premium.	Pour la mise en place du nouveau système d'information de la CANAM, tous les paramétrages ont été effectués avec les OGD. Donc une première correspondance (lettre N°0820 et N°0819) a été initiée par la CANAM pour informer les OGD du démarrage de la liquidation et le paiement des prestations AMO sur le logiciel Activ Premium pour le 12 octobre 2020. Cependant avec certaines difficultés liées à l'infrastructure réseau des OGD, le démarrage a été reporté pour traiter ces difficultés. Lorsque ces problèmes ont été résolus, la CANAM a initié une deuxième correspondance (N°0514 et N°0515) pour informer les deux OGD du démarrage effectif de la liquidation et du paiement des prestations sur Activ-Premium et l'arrêt du progiciel ESQUIF pour le 1er juillet 2021 Durant toutes ces phases, une équipe de la CANAM a accompagné les OGD pour le démarrage de la liquidation et le paiement des prestations sur Activ Premium. En plus lors des pointages contradictoires, les questions de retour de paiement des prestations sont toujours abordées puisque ces éléments sont importants dans le pointage et une correspondance (N°601) a

		même été initiée dans ce sens pour un retour automatique des paiements des prestations. Actuellement, la CANAM reçoit automatiquement le retour des paiements effectués. **(cf. pièce N°1)**
34-37	**C3 : La CANAM ne veille pas à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.** L'équipe de vérification a constaté que le système d'information mis en place par la CANAM génère des liquidations de prestations incohérentes avec les liquidations de prestations des OGD. En effet, le système d'information de la CANAM a enregistré un montant total de prestations liquidées de 81 402 918 347 FCFA au compte de la CMSS contre une liquidation effective de 70 216 840 935 FCFA selon ses propres estimations au cours de la période sous revue. Pour l'INPS, la CANAM a enregistré un montant de prestations liquidées de 57 372 270 578 FCFA contre une liquidation effective de 61 955 191 391 FCFA selon ses propres estimations pour la même période. Or, les deux OGD font les liquidations des prestations à travers le même système d'information mis à leur disposition par la CANAM. Ce qui implique que la CANAM et les OGD doivent avoir les mêmes montants des prestations liquidées pour une période donnée. La situation détaillée des liquidations générées par la CANAM et les OGD est donnée dans le tableau ci-après.	Les situations de liquidation issues du système d'information de la CANAM sont mentionnées dans le tableau ci-dessous. Lesdites situations ressortent dans les différents rapports de pointage de la dotation technique de 2020, 2021 et 2022 des deux OGD qui ont été transmis à l'équipe pendant la mission ainsi que dans les rapports de mission de suivi de la liquidation auprès des OGD. **Période** / **Liquidation CMSS extraite du système d'information** / **Liquidation INPS extraite du système d'information** **Année 2020** : 22 788 667 849 / 17 820 695 016 **Année 2021** : 19 120 454 480 / 14 318 580 693 **Année 2022** : 33 781 928 705 / 23 588 745 269 **Total** : 75 691 051 034 / 55 728 020 978 *Et cela conformément aux dispositions du Décret N° 10-579 / P-RM du 26 octobre 2010 de la convention type de délégation de gestion de l'AMO, notamment dans son article 18 « l'organisme gestionnaire*

Année	Liquidation CANAM (CMSS)	Liquidation CMSS	Ecart de liquidation (CANAM-CMSS)	Liquidation CANAM (INPS)	Liquidation INPS	Ecart de liquidation (CANAM-INPS)
2020	22 788 678 489	23 623 028 584	- 834 350 095	17 820 695 016	17 854 958 315	- 34 263 299
2021	19 304 512 637	14 066 369 896	5 238 142 741	14 317 350 389	18 527 066 828	- 4 209 716 439
2022	39 309 727 221	32 527 442 455	6 782 284 766	25 234 225 173	25 573 166 248	- 338 941 075
Total	**81 402 918 347**	**70 216 840 935**	**11 186 077 412**	**57 372 270 578**	**61 955 191 391**	**- 4 582 920 813**

délégué procède à la Liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et règlementaires et les instructions de la CANAM » et article 21 « dans le cadre de la présente convention, l'organisme gestionnaire délégué s'engage à procéder au règlement des prestations selon les dispositions définies par la CANAM et la règlementation applicable au régime.

Aussi, selon l'article 14 du contrat d'objectifs et de moyens, les OGD reçoivent les factures de soins accompagnées des justificatifs. Ils procèdent à la liquidation et au paiement direct aux prestataires du coût des soins dans la limite du taux de 70% ou 80% des prestations figurant dans le panier de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans un délai de 15 jours pour les prestataires privés, 30 jours pour les prestataires publics.

La liquidation des prestations AMO s'effectue uniquement à travers le système d'information de la CANAM (ESQUIF jusqu'au 30 juin 2021 et ACTIV-PREMIUM à partir du 01 juillet 2021) mis à la disposition des OGD.

Ainsi, ce logiciel est le seul outil permettant de générer la situation de liquidation et qui fait foi. Toute situation de liquidation issue d'un autre système n'engage pas la CANAM.

Les OGD ne disposant pas d'habilitation pour extraire les données de liquidation sur ACTIV-PREMIUM, la CANAM ne se reconnait pas dans la situation de liquidation fournie par les OGD. S'il y'a incohérence entre

		les deux liquidations comme stipulé dans le rapport provisoire, la situation de la CANAM tirée de l'ACTIV PREMIUM est la seule référence. **(Cf. Pièce 2)** En fin les logiciels FINA à l'INPS et OPSIS à la CMSS sont des systèmes propres aux OGD dont la fonction principale est le paiement des factures liquidées sur Activ- Premium. La CANAM veille bien à la liquidation à travers les pointages contradictoires semestriels des dépenses de prestations techniques.
38-41	**C4 : Les Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso ne procèdent pas à la bonne distribution des feuilles de soins** L'équipe de vérification a constaté que les Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso ne veillent pas à la bonne distribution des feuilles de soins. En effet, des carnets de feuilles de soins sont remis aux structures sanitaires sans que les références desdits carnets ne soient identifiées sur les décharges et /ou les bordereaux de livraison. De plus, des carnets ont été remis à des structures sanitaires qui n'ont pas exprimé le besoin à travers un bon de commande. Les feuilles de soins sont des documents normalisés réalisés par la CANAM que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer à l'OGD concerné. A titre illustratif, la feuille de soins n°4660041 appartenant au CSREF de Sikasso disposant du Code R21, a été utilisée par la pharmacie disposant du Code P20. De plus le prescripteur et le pharmacien sont la même personne.	Un logiciel de gestion des feuilles de soins a été acquis par la CANAM en 2023 permettant une meilleure gestion des feuilles de soins et cela passe par : - la demande de la structure ; - la vérification de la consommation ; - la mise à disposition à travers l'attribution d'une plage de numéro de feuilles de soins par structure.

42-45	**C5 : Le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable.** L'équipe de vérification a constaté que le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable. Il ne veille pas à l'application correcte des demandes d'accord préalable (AP) en matière d'Assurance Maladie Obligatoire. Le Chef de Bureau n'a pu fournir aucune preuve de retour des parties A de demande d'AP aux administrations des établissements de soins. De plus les travaux ont fait ressortir au niveau de certaines demandes d'AP les anomalies ci-dessous : – le bénéficiaire ou le tuteur n'a pas signé ; – le Contrôle médical n'a pas coché les cages concertants son Avis ; – le nom de l'OGD n'est pas coché.	Conformément à la procédure de demande d'accord préalable, la partie A du formulaire est donnée aux prestataires (pharmacies, laboratoires d'analyse biomédicales et centres d'imagerie) qui doivent obligatoirement la joindre à la feuille de soins pour être remboursés par les OGD. De ce fait, **la partie A se trouve avec les prestataires avant la facturation et au niveau des OGD après le dépôt des factures.** Une lettre circulaire du Directeur Général de la CANAM a été adressée aux médecins contrôleurs les invitant à l'application correcte de la procédure de demande d'accord préalable. (cf. Pièce N°3)

Signature du responsable de l'entité vérifiée

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 13 novembre 2023

N°conf.0766/2023/BVG

CONFIDENTIEL

Le Vérificateur Général

A

Monsieur le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM).
- Bamako -

Objet : Séance du contradictoire.

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'analyse de vos éléments de réponse par l'équipe la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022, j'ai l'honneur de vous convier à la séance du contradictoire prévue le **jeudi 16 novembre 2023 à 10h00** dans les locaux du Bureau du Vérificateur Général.

A cet effet, vous pouvez prendre des dispositions pour assurer la participation des différents responsables concernés par les constatations du rapport provisoire.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, ***Monsieur le Directeur Général,*** l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vérificateur Général,

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERL DU MALI - BVGM			Étape/Numéro/mois-année E.4.7/Dec-10 Page 3 sur 3
Date : 16/11/2023	**Titre Mission** : Vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	**Code produit** : Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022.	**Collaborateur** : APB **Titre** : VA
	Exercices : 2020, 2021 et 2022.	**Modèle** : Liste de présence séance pour le respect de la procédure contradictoire	**Revue par** : **Date** :...../...../.....

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
NIMAGA Abdrahamane	Vérificateur	64016768	
IBRAHIM Faïssal	Chef de mission	76485505	
BOUGOUDOGO Abdoulaye Porna	Vérificateur Assistant	78841208	
RHISSA Aboubacrine	Informaticien	76157747	

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERL DU MALI - BVGM			Étape/Numéro/mois-année E.4.7/Dec-10 Page 1 sur 3
Date : 16/11/2023	**Titre Mission** : Vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	**Code produit** : Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022.	**Collaborateur** : APB **Titre** : VA
	Exercices : 2020, 2021 et 2022.	**Modèle** : Liste de présence séance pour le respect de la procédure contradictoire	**Revue par** : **Date** :...../...../.....

Pour le compte de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Sembrié Bubacar	D. G/CANAM	66 74 83 11	
TRAORE Pierre	AC- CANAM.	66.66.94.99	
CAMARA Seydou Tamba	DAJ/CANAM	66759085	
DAO Aichatou Yénignéret	DRCGO/CANAM	66758281	
Thiam Aissata	CSCL/CANAM	77705453	
Coulibaly Amadou	DSI/CANAM	73767644	
Diawara Mamadou	DOCPS/CANAM	66267009	
NITA DIARRA	DAOGD/CANAM	76490281	
TOURE Abdoul Dagod	CSC/CANAM	66669020	
HAIDARA Fatoumata Z	CSJC/CANAM	76462487	

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Nom de l'entité vérifiée

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CANAM)

Compte rendu de la séance contradictoire

La séance contradictoire des travaux de la vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) a eu lieu le jeudi 16 novembre 2023 à13 h30 mn dans la salle de réunion du Bureau du Vérificateur Général à Bamako.

Etaient présents à la réunion, voir la liste de présence jointe en annexe.

Les discussions ont porté sur les observations formulées par l'entité sur les constatations et recommandations du rapport provisoire détaillées dans le tableau ci-joint.
Ainsi, il a été arrêté ce qui suit aux points A ; B et C :

A). L'équipe de vérification a maintenu les constatations ci-après en raison de l'insuffisance de preuves apportées dans les réponses de la CANAM.
Il s'agit des constatations ci-dessous:

C1 : La CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués appliquent un manuel de procédures de gestion de l'AMO non validé.

Commentaire de la CANAM :

Le constat est réel, l 'organisme de certification oblige la CANAM de mettre en application le manuel en vue de sa certification.

Décision du BVG :

Constat maintenu

C5 : Le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable.

Commentaire de la CANAM :

RAS

Décision du BVG :

L'équipe mentionnera dans le rapport :

« Directeur Général de la CANAM a tenu une réunion le 27 octobre 2023 avec le Directeur de l'Organisation, du Contrôle et de la Qualité des soins, les médecins chargés du contrôle médical, les chefs de bureaux régionaux et des chefs de services.
De plus, une lettre circulaire n°2023/0023/MSDS-CANAM-DOCQS du 27 octobre 2023, du Directeur Général de la CANAM a été adressée aux médecins contrôleurs les invitant à l'application correcte de la procédure de demande d'accord préalable. »

B). Après avoir pris en compte les réponses fournies par la CANAM, la mission a procédé à la reformulation comme suit :

C2 : La CANAM ne veille pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium.

Commentaire de la CANAM :

Nous veillons même si ce n'est pas assez, de plus il n'y a pas de problème à ce jour.

Décision du BVG :

Le titre sera reformulé : « La CANAM ne veille assez pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. »

C3 : La CANAM ne veille pas à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.

Commentaire de la CANAM :

La CANAM a déjà envoyé une lettre aux OGD pour créer un cadre de concertation entre les Directeurs des Systèmes d'Information (DSI).

Décision du BVG :

La CANAM ne veille pas assez à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.

C). L'équipe de vérification, suite aux justifications apportées par la CANAM a abandonné les constatations suivantes.

C4 : Les Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso ne procèdent pas à la bonne distribution des feuilles de soins

Commentaire de la CANAM :

RAS

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Décision du BVG

RAS

La séance est levée à 14h 30mn

Ont signé en deux (2) exemplaires originaux :

- **Pour le BVG,** Abdrahamane NIMAGA, Vérificateur : _____

- **Pour la CANAM,** Boubacar DEMBELE, Directeur Général_____

Éléments de la CMSS

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 16 octobre 2023

N°conf. 0659/2023/BVG

CONFIDENTIEL

Le Vérificateur Général

A

Monsieur le Directeur Général
de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale
(CMSS)

- Bamako -

Objet : Transmission de l'extrait du rapport provisoire, pour observations.

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous transmettre l'extrait du rapport provisoire de la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022., en vous demandant de bien vouloir me faire parvenir les éléments de réponse y afférents **au plus tard le 02 novembre 2023.**

Je voudrais préciser que l'article 18 de la Loi n°2021-069 du 23 décembre 2021 instituant le Vérificateur Général lui impose d'accorder aux entités vérifiées un délai d'un mois pour produire leurs éléments de réponse. Toutefois, au regard de l'urgence que commande la finalisation de cette vérification, réalisée **sur saisine**, je vous saurais gré de me faire parvenir vos éléments de réponse dans le délai ci-dessus indiqué.

Vous trouverez, à cet effet, les formulaires à renseigner, annexés à la présente lettre.

Il est important de rappeler qu'à défaut d'éléments de réponse dans le délai indiqué les observations relevées seront considérées comme définitives.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, ***Monsieur le Directeur Général***, l'assurance de ma considération distinguée.

Pièces jointes :
- Extrait du rapport provisoire ;
- Formulaire sur les recommandations ;
- Formulaire sur les constatations.

Le Vérificateur Général,

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL ★ REPUBLIQUE DU MALI ★ UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI ★ VERIFICATEUR GENERAL

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

MINISTERE DE LA SANTE ET
DU DEVELOPPEMENT SOCIAL

CAISSE MALIENNE
DE SECURITE SOCIALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But – Une Foi

Bamako, le 02 NOV 2023

Lettre N°.....042.../CMSS.

CONFIDENTIEL

LE DIRECTEUR GENERAL

A

Monsieur le Vérificateur Général
- Bamako -

Réf : V/ BE N° conf.0659/2023/BVG du 16 octobre 2023.

Objet : Observations sur le rapport provisoire de la mission du Bureau du Vérificateur Général sur la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire à la CMSS.

Monsieur le Vérificateur Général,

Faisant suite à votre correspondance dont l'objet et les références sont sus mentionnés, j'ai l'honneur de vous faire parvenir les observations de la CMSS sur le rapport provisoire de la mission du Bureau du Vérificateur Général sur la gestion du régime d'Assurance Maladie Obligatoire à la CMSS.

Aussi, je voudrai vous rassurez que la CMSS est disposée à vous faire parvenir toutes les pièces comptables que vous jugerez nécessaire pour les besoins de vos travaux. Cependant, compte tenu de leur volume la CMSS a gardé ces pièces justificatives en attendant une éventuelle demande de transmission.

Veuillez agréer, Monsieur le Vérificateur Général, l'expression de ma franche collaboration.

Pièce-Jointe :
- Observations de la CMSS sur le rapport provisoire.
- Relevé détaillé du remboursement des prestations de l'AMO (Exercice 2020 ; 2021 et 2022).

Le Directeur Général

Ministère de la Santé et du Développement Social – Le Directeur Général – Caisse Malienne de Sécurité Sociale

Ichaka KONE
Chevalier de l'Ordre National

ACI 2000 Bamako - BP 484 - Fax : 20 29 62 98 - Tél : 20 29 30 46 / 20 29 27 06
Site www.cmssmali.ml

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Bamako le 1er novembre 2023

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL

De : Bureau du Vérificateur Général
A : Monsieur le Directeur Général de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS)
Objet : Formulaire de transmission des observations de l'entité vérifiée sur les constatations

Le rapport provisoire de la mission du Bureau du Vérificateur Général (BVG) sur la gestion du régime d'assurance maladie obligatoire, appelle de la part de la CMSS les observations figurant dans le tableau suivant.

La CMSS souhaiterait qu'il soit précisé que la CMSS n'a pas justifié en lieu et place du Directeur Général comme indiqué dans le rapport conformément au Contrat d'Objectifs et de Moyens.

N° Paragraphe	Constatations	Réponses de la CMSS
46-49	**C1 : La CMSS a payé des prestations avant les liquidations des feuilles de soins.** L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé directement des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. Les travaux ont montré qu'en 2020, elle a payé directement 809 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins sans aucune autorisation de sa tutelle pour un montant total de 1 958 364 359 FCFA. La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins.	Ces paiements faisaient suite à des instructions verbales reçues du Ministre de Tutelle pour faire face à la gestion de la grève des prestataires de soins qui avaient suspendu les prestations. Toutefois, à chaque fois que les mesures exceptionnelles sont effectuées, elles ont été suivies par une régularisation qui permet de liquider à postériori et de recouvrer les montants indument payés. A ce jour, toutes les mesures exceptionnelles ont été régularisées.
50-53	**C2 : La CMSS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable de la CANAM.** L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé des dépenses sur la dotation administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. En effet, elle a payé un montant total de 17 375 740 FCFA au titre des dépenses de travaux d'extension des portails et d'aménagement de parking, de cloisonnement de hangar métallique, d'aménagement du jardin sans aucune requête adressée à la CANAM.	La CMSS a considéré ces dépenses comme des entretiens et réparations et les a inscrit dans le chapitre des dépenses de fonctionnement.
76-78	**C3 : Le Directeur Général de la CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.** L'équipe de vérification a constaté que le Directeur Général de la CMSS n'a pas entièrement justifié ni restitué une partie des coûts de gestion du régime de l'AMO pendant la période sous revue. Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et en l'absence de réponse de la CANAM au Mémo de l'équipe, la CMSS n'a restitué que 62 216 219 FCFA de dotation technique au titre de l'année 2022. A ce jour les coûts de gestion non justifié par la CMSS s'élèvent à 2 028 672 396 FCF, soit 1 292 952 122 FCFA de dotation administrative et 735 720 274 FCFA de dotation technique. La situation est donnée dans le tableau ci-dessous. **Tableau n°4 : Situation des dotations administratives et techniques non restituées par la CMSS en FCFA.**	**La CMSS estime que la situation présentée dans le tableau N°4 du rapport sur la base des données fournies par la CANAM, n'est pas conforme à ses données. A cet effet, veuillez trouver ci-dessous la situation de la CMSS dans le tableau suivant.** Toutefois, à l'article 17 alinéa 6 du contrat d'objectif et de moyen dispose que *« L'allocation de la dotation du trimestre est subordonnée au versement des produits techniques du trimestre précédent. La CMSS procède à la restitution des coûts au plus tard le 31 mars de l'année suivante ».* La CMSS estime que la restitution des coûts de gestion nécessite la mise en place d'un système de comptabilité analytique avec des centres de gestion pour la détermination des coûts de gestion. Ce coût de gestion n'est pas un produit à reverser mais il permet la détermination d'un résultat de gestion comme indiqué à l'article 30 du Décret N°10-579/P-RM du 26 octobre 2010, portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'AMO qui stipule que *« **Mise en place d'une comptabilité analytique des opérations d'assurance maladie.***

Année	Dotation administrative versée par la CANAM à la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS justifiés auprès de la CANAM	Réliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à restituer
2020	1 448 666 157	1 234 281 943	214 384 214
2021	2 144 534 798	1 909 712 551	234 822 247
2022	2 416 752 252	1 573 006 591	843 745 661
Total	**6 009 953 207**	**4 717 001 085**	**1 292 952 122**

Année	Dotation technique versée par la CANAM à la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS justifiés auprès de la CANAM	Réliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à restituer
2020	23 000 000 000	22 788 667 849	211 332 151
2021	24 500 000 000	24 461 962 557	38 037 443
2022	32 200 000 000	31 713 649 320	486 350 680
Total	**79 700 000 000**	**78 964 279 726**	**735 720 274**

L'organisme gestionnaire délégué *met en œuvre une comptabilité analytique permettant de restituer les coûts de gestion de la mission de service publique déléguée».*

Ainsi, à la faveur des réformes à la CMSS les travaux permettant la mise en place de la comptabilité analytique sur le plan organisationnel ont été réalisés et les modules informatiques sont en cours d'acquisition.

Le reversement du solde de la dotation de gestion technique en 2022 ne saurait être confondu à une restitution du coût de gestion par la CMSS. Ce solde représentait le reliquat des montants mis à la disposition de la CMSS par la CANAM pour le remboursement des prestataires de soins conventionnés suivant les dispositions du COM à son article 16 alinéa 1er qui dispose que *« la dotation de gestion technique est destinée exclusivement au paiement des prestataires de soins conventionnés de l'Assurance Maladie Obligatoire »* . Elle ne doit pas être identifiée à la dotation de gestion administrative qui est une ressource mise à la disposition de la CMSS par la CANAM pour faire face au frais de gestion courante de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Egalement, il faut souligner que depuis l'adhésion de la CMSS au portefeuille des organismes membre de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (C.I.P.R.E.S) et en application du plan comptable de cette organisation, les dotations de gestion administratives sont traitées à la CMSS comme une recette de production, intégrée dans son budget et exécutée avec les dépenses de fonctionnement *(Cf : Copie des arrêtés d'approbation des budgets 2020, 2021 et 2022).* Cette pratique n'est pas en contradiction avec les clauses contractuelles entre la CMSS et la CANAM.

Aussi, la situation de l'ensemble des dotations reçues, des remboursements effectués ainsi que des dépenses de fonctionnement réalisées par la CMSS sur la période sous revue a été remise à la mission *(Cf : Copie du compte 718 du plan comptable ; Copie du registre de transmission signé par la mission).*

Tableau n°1 : situation des dotations administratives et techniques à la CMSS en FCFA.

Année	Dotations administratives reçues par la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS	Ecart entre les dotations reçues et les dépenses exécutées
2020	1 448 666 157	1 374 317 044	74 349 113
2021	2 128 464 619	1 924 581 151	203 883 468
2022	2 350 222 483	1 573 006 591	777 215 892
Total	**5 927 353 259**	**4 871 904 786**	**1 055 448 473**

Année	Dotations techniques reçues par la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS	Ecart entre les dotations reçues et les dépenses exécutées
2020	23 000 000 000	23 712 370 124	-712 370 124
2021	24 500 000 000	24 469 177 827	30 822 173
2022	32 200 000 000	32 189 608 197	10 391 803
Total	**79 700 000 000**	**80 371 156 148**	**-671 156 148**

Source CMSS :
- *Situation et Copies des chèques et ordres de virement de la dotation technique reçue à la CMSS;*
- *Situation et Copies des chèques /OV des dotations administratives reçues à la CMSS ;*
- *Relevés bancaire du compte dédié à la gestion de l'AMO à la CMSS ;*
- *Situation des états de remboursement des prestations à la CMSS.*

Le Directeur Général

Ichaka KONE
Chevalier de l'Ordre National

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 13 novembre 2023

N°conf.0767/2023/BVG

CONFIDENTIEL

Le Vérificateur Général

A

Monsieur le Directeur Général de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS).
- Bamako -

Objet : Séance du contradictoire.

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'analyse de vos éléments de réponse par l'équipe de la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022, j'ai l'honneur de vous convier à la séance du contradictoire prévue le **jeudi 16 novembre 2023 à 10h00** dans les locaux du Bureau du Vérificateur Général.

A cet effet, vous pouvez prendre des dispositions pour assurer la participation des différents responsables concernés par les constatations du rapport provisoire

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, ***Monsieur le Directeur Général***, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vérificateur Général,

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL ★ REPUBLIQUE DU MALI ★ UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERL DU MALI - BVGM			Étape/Numéro/mois-année E.4.7/Dec-10 Page 3 sur 3
Date : 16/11/2023	**Titre Mission** : Vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	**Code produit** : Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022.	**Collaborateur** : APB **Titre** : VA
	Exercices : 2020, 2021 et 2022.	**Modèle** : Liste de présence séance pour le respect de la procédure contradictoire	**Revue par** : **Date** :...../...../.....

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
NIMAGA Abdrahamane	Vérificateur	64016764	
IBRAHIM Faïssal	Chef de mission	76455514	
BOUGOUDOGO Abdoulaye Porna	Vérificateur Assistant	78 84 12 08	
RHISSA Aboubacrine	Informaticien	76157747	

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERL DU MALI - BVGM			Étape/Numéro/mois-année E.4.7/Dec-10 Page 1 sur 3
Date : 16/11/2023	**Titre Mission** : Vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	**Code produit** : Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022.	**Collaborateur** : APB **Titre** : VA
	Exercices : 2020, 2021 et 2022.	**Modèle** : Liste de présence séance pour le respect de la procédure contradictoire	**Revue par** : **Date** :...../...../.....

Pour le compte de la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Koné Tchaka	DG	66758155	
KONARE Joseph	CS AI	65.88.49.29	
Yatenga Mathilde	CMS	77086487	
KEITA DJIGUI	AC-CMSS	66 74 13 99	
SINGARE Fatoumata	DBCG	72036023	

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Nom de l'entité vérifiée

CAISSE MALIENNE DE SECURITE SOCIALE (CMSS)

Compte rendu de la séance contradictoire

La séance contradictoire des travaux de la vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) a eu lieu jeudi 16 novembre 2023 à 10h 06 mn dans la salle de réunion du Bureau du Vérificateur Général à Bamako.

Etaient présents à la réunion, voir la liste de présence jointe en annexe.

Les discussions ont porté sur les observations formulées par l'entité sur les constatations et recommandations du rapport provisoire détaillées dans le tableau ci-joint.
Ainsi, il a été arrêté ce qui suit au point A :

A). Après avoir pris en compte les réponses fournies par la CMSS, la mission a procédé à la reformulation comme suit :
C1 : La CMSS a payé des prestations avant les liquidations des feuilles de soins.

Les explications fournies par l'entité n'annihilent pas la constatation. La régularisation ne met pas en cause la constatation car la liquidation est un préalable. Et la phrase suivante sera reformulée comme suit :« Les travaux ont montré qu'en 2020, elle a payé directement 809 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins. »

Commentaire de la CMSS :

RAS

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Décision du BVG :

Le titre sera reformulé comme suit :
« La CMSS a procédé aux paiements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. »

C2 : La CMSS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable de la CANAM.

Les dépenses de cloisonnement et de hangar métallique sont des dépenses d'investissement et non des dépenses de fonctionnement car il s'agit d'acquisition d'actifs immobilisés. Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une valeur économique future pour l'organisme et qui sert l'activité de façon durable.
Elles devaient faire l'objet de requête adressée à la CANAM. Ce qui n'a pas été fait par la CMSS.

Commentaire de la CMSS:

RAS

Décision du BVG :

Le titre sera reformulé comme suit : « La CMSS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. »

C3 : Le Directeur Général de la CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.

Les pièces justificatives apportées par l'entité permettent de modifier la constatation comme suit :

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

« Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et les données fournies par la CMSS en réponse au rapport provisoire, à ce jour, les coûts de gestion non justifiés ni restitués par la CMSS s'élèvent à 1 055 448 473 FCFA de dotation administrative. »

Commentaire de la CMSS :

Pour la CMSS, il n'existe pas une base règlementaire qui permet de reverser l'argent à la CANAM. La CMSS demande de renvoyer la question des coûts de gestion devant la tutelle et les conseils d'administration conformément à l'article 22 du contrat d'Objectifs et de Moyens pour trancher.

Décision du BVG

La constatation sera reclassée en irrégularité administrative avec des recommandations.
Ainsi, le titre sera reformulé comme suit :
« La CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion. »

La séance est levée à 10h 52 mn

Ont signé en deux (2) exemplaires originaux :

- **Pour le BVG,** Abdrahamane NIMAGA, Vérificateur : _____

- **Pour la CMSS,** Ichaka KONE, Directeur Général _____

Éléments de l'INPS

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 16 octobre 2023

N°conf. 0660/2023/BVG

CONFIDENTIEL

Le Vérificateur Général

A

Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)

- Bamako -

Objet : Transmission de l'extrait du rapport provisoire, pour observations.

Monsieur le Directeur Général,

J'ai l'honneur de vous transmettre l'extrait du rapport provisoire de la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022, en vous demandant de bien vouloir me faire parvenir les éléments de réponse y afférents **au plus tard le 02 novembre 2023.**

Je voudrais préciser que l'article 18 de la Loi n°2021-069 du 23 décembre 2021 instituant le Vérificateur Général lui impose d'accorder aux entités vérifiées un délai d'un mois pour produire leurs éléments de réponse. Toutefois, au regard de l'urgence que commande la finalisation de cette vérification, réalisée **sur saisine**, je vous saurais gré de me faire parvenir vos éléments de réponse dans le délai ci-dessus indiqué.

Vous trouverez, à cet effet, les formulaires à renseigner, annexés à la présente lettre.

Il est important de rappeler qu'à défaut d'éléments de réponse dans le délai indiqué les observations relevées seront considérées comme définitives.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, **Monsieur le Directeur Général**, l'assurance de ma considération distinguée.

Pièces jointes :
- Extrait du rapport provisoire ;
- Formulaire sur les recommandations ;
- Formulaire sur les constatations.

Le Vérificateur Général,

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL ★ REPUBLIQUE DU MALI ★ UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI ★ VERIFICATEUR GENERAL

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

INSTITUT NATIONAL DE
PREVOYANCE SOCIALE
BP. 53 – BAMAKO

DIRECTION GENERALE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Bamako, le

A
Monsieur le Vérificateur Général

BORDEREAU D'ENVOI : N°23-[illegible] /DG-INPS/DAI

DESIGNATION	NOMBRE DE PIECES	OBSERVATION
PIECES JUSTIFICATIVES DE LA GESTION AMO (2020 à 2022)		
- Eléments de réponses des constatations ;	1	
- Pièces justificatives de la dotation technique		
○ 2020	1 lot	
○ 2021	1 lot	
○ 2022	1 lot	
- Décision N°016-131/DG-INPS du 08 avril 2016 portant répartition des frais de gestion de l'AMO ;	1	
- Délibération N°21-016/CA-INPS modifiant la délibération N°21-015/CA-INPS accordant certains avantages aux administrateurs de l'INPS ;	1	Pour Transmission
- Délibération N°21-014/CA-INPS accordant un intéressement individuel au personnel de l'INPS ;	1	
- Délibération N°21-012/CA-INPS, accordant un intéressement sur les frais contentieux au personnel de l'INPS ;	1	
- Délibération N°21-011/CA-INPS, accordant un intéressement sur les frais de gestion AMO au personnel de l'INPS ;	1	
- Lettre de mesures exceptionnelles ;	1	
- Ordre de Virement des reversements des cotisations AMO à la CANAM.	4	
- Situation des paiements des prestations AMO (2020, 2021, 2022).	3	
- E4-4- Formulaire de transmission des constatations INPS- Final renseigné.	1	

03/11/2023
CA398

- Lettres de notifications de rejet des feuilles de soins. **Une Clé USB contenant :** - Compte de résultat AMO (2020, 2021 et 2022). - Dotation administrative (2020, 2021 et 2022) ; - Lettres de mesures exceptionnelles ; - Rapport de pointage contradictoire INPS-CANAM ; - E4-4- Formulaire de transmission des constatations INPS- Final renseigné.	6 1	
TOTAL	**25**	

RECU LE :

pour la MISSION

Nom et Prénoms, Date et signature

LE DIRECTEUR GENERAL

OUSMANE KARIM COULIBALY
Chevalier de l'Ordre National

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

Bamako le 02 NOV 2023

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERAL

De : Bureau du Vérificateur Général

A : Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)

Objet : Formulaire de transmission des observations de l'entité vérifiée sur les constatations

N° Paragraphe	Constatations	Réponses de l'entité vérifiée
54-57	**C1 : L'INPS a payé des prestataires avant les liquidations des feuilles de soins :** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS a payé directement des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. Les travaux ont montré qu'en 2022, la Direction Générale de l'INPS a payé directement à 115 prestataires avant les liquidations des feuilles de soins sans aucune autorisation de sa tutelle pour un montant total de 6 918 794 259 FCFA. La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins.	Le contrat d'objectif et de moyens signé entre la CANAM et l'INPS dispose en son article 14 : les feuilles de soins des divers prestataires doivent être préalablement liquidées avant tout paiement. En raison de l'accumulation des feuilles de soins dans les services de l'INPS sur la période allant d'aout 2021 à novembre 2021, due au changement de logiciel entre ESQUIF et ACTIV PREMIUM, l'INPS a été soumis à une pression des prestataires qui ont menacé de cesser la fourniture des prestations aux malades. Le nouveau Directeur Général, suite à un accord du Directeur de la CANAM, a instruit à ses services techniques à procéder au paiement des factures en souffrance des prestataires par mesures exceptionnelles. Les 172 prestataires de Sikasso ont été payés à Bamako sur les mêmes bases. L'INPS note que les désagréments consécutifs au changement de logiciel ne lui sont pas imputables
	L'équipe de vérification a aussi constaté que la Direction Régionale de l'INPS de Sikasso a directement payé en 2022 à 172 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins à hauteur d'un montant de 189 643 382 FCFA et en l'absence de toute autorisation.	
58-61	**C2 : L'INPS ne fait pas retourner aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS ne fait pas retourner aux prestataires les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet. À titre illustratif, des feuilles de soins d'une pharmacie qui ont fait l'objet de rejet ont été relevées sur la facture n°01/15/02/2022 du 17 février 2022 lors de la régularisation de la liquidation des feuilles de soins opérée après le paiement. Il s'agit des feuilles de soins ci-dessous : – feuille de soins n°9464959, motif de rejet : droit fermé; – feuille de soins n°8779745, motif de rejet : l'OGD ne correspond pas, elle relève de la CMSS L'INPS n'a pas retourné ces feuilles de soins au prestataire ni envoyer un ordre de recettes.	Toutes les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet sont retournées aux prestataires suivant des lettres de notification aux prestataires excepté les feuilles rejetées pour motif de droits fermés. Les feuilles rejetées pour motif de droits fermés ont fait l'objet de traitement entre l'INPS et la CANAM.

62-65	**C3 : L'INPS procède à des compensations lors du reversement de cotisations au lieu d'un transfert direct sur un compte bancaire AMO.** L'équipe de vérification a constaté que la Direction Générale de l'INPS ne paie pas la cotisation AMO retenue sur les salaires de son personnel à la Direction du Recouvrement des Cotisations et du Contrôle des Employeurs (DRCCE), mais l'intègre directement dans les montants à reverser à la CANAM à titre de régularisation. De plus, les Directions Régionales de l'INPS de Sikasso et de Ségou utilisent l'intégralité des montants recouvrés au titre de la cotisation AMO de leurs Régions au lieu de les reverser sur le compte de la Direction Générale de l'INPS pour reversement à la CANAM. L'INPS régularise les montants recouvrés sous forme de compensation en les intégrant dans les reversements effectués à la CANAM.	En vertu des principes de l'unicité de caisse, la Direction Générale de l'INPS centralise la situation mensuelle des cotisations AMO de toutes les localités y compris Sikasso et Ségou pour reverser à la CANAM au plus tard le 05 du mois suivant. Par ailleurs, les régions font régulièrement des envois de fonds vers la Direction Générale et celles qui sont déficitaires en reçoivent régulièrement de la Direction Générale L'INPS en tant qu'employeur, payera ses cotisations (AMO) par chèque ou par virement à la DRCCE à partir du mois de janvier 2024.
66-69	**C4 : L'INPS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM.** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS a payé des dépenses d'un montant total de 10 286 880 FCFA sur la dotation administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. Ce montant couvre les dépenses d'investissements comme bureaux, fauteuil bourré et fauteuil ½ ministre, ordinateurs, photocopieurs, climatiseurs, groupe électrogène au compte de ses structures de Sikasso et de Gao.	Le Compte de résultat de la période sous revue ne comporte pas d'investissements imputés dans la gestion comptable AMO. (voir extrait dudit compte en fichier électronique ci-joint)

82-84

C4 : Le Directeur Général de l'INPS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.

L'équipe de vérification a constaté que le Directeur Général de l'INPS n'a pas entièrement justifié ni restitué une partie des coûts de gestion du régime de l'AMO pendant la période sous revue. Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et en l'absence de réponse de l'INPS audit mémo À ce jour les coûts de gestion non justifiés par l'INPS s'élèvent à 14 964 082 974 FCFA dont 1 017 760 682 FCFA de dotation administrative et 13 946 322 292 FCFA de dotation technique. La situation est donnée dans le tableau ci-dessous.

<u>Tableau n°6</u> : Situation des dotations administratives et techniques non justifiées par l'INPS en FCFA.

ANNEE	Dotation administrative versée par la CANAM à l'INPS	Montants des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM	Reliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à justifier
2020	1 876 021 348	3 065 008 372	- 1 188 987 024
2021	1 488 260 962	2 704 074 990	- 1 215 814 028
2022	3 320 874 210	4 348 577 582	- 1 027 703 372
TOTAL	**6.685.156.520**	**10.117.660.944**	**-3 432 504 424**
ANNEE	**Dotation technique versée par la CANAM à l'INPS**	**Montants des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM**	**Reliquat des coûts de gestion de la dotation technique à justifier**
2020	18 500 000 000	18 476 646 414	-23 353 586
2021	20 000 000 000	20 061 756 783	61 756 783
2022	26 500 000 000	20 473 190 207	26 809 793
TOTAL	**65.000.000.000**	**59 011 593 404**	**65 212 990**

En vertu des dispositions de l'article 17 du contrat d'objectifs et de moyens, la CANAM s'engage à mettre à la disposition de l'INPS, une dotation administrative destinée exclusivement au paiement des frais de gestion courante de l'AMO.

Adossé à une convention de délégation de gestion suivant Décret N°10-579/P-RM du 26 octobre 2010, le contrat d'objectifs et de moyens a été signé au tout début de l'activité AMO, caractérisé par une adhésion moins importante des différentes corporations. Au fil des années, ce régime a connu une adhésion massive avec comme corollaire une explosion des feuilles de soins, donc de la charge de travail au niveau du service AMO.

Pour faire face à cette dernière, l'INPS était dans l'obligation de faire recours au personnel intérimaire, ce qui entrainera une augmentation constante des charges liées à la dotation administrative.

Ainsi, le compte de résultat provisoire de l'année 2022 présente la situation de la dotation administrative comme suit :

- Total des charges d'exploitation pour 4.348.577.582 FCFA ;

		- Dotation administrative reçue en 2022 pour 3.320 874.210 FCFA ; - Soit un résultat d'exploitation déficitaire de 1.027 703.372 FCFA. Au regard de ce résultat déficitaire, l'INPS ne peut donc restituer des coûts de gestion administrative de 256.911.692 FCFA.
85-87	**C5 : Des employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao assujettis à l'INPS n'ont pas payé des cotisations AMO dues.** Elle a constaté que 275 employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao n'ont pas payé l'intégralité des cotisations AMO dues à l'INPS au 31 décembre 2022. Le montant total des cotisations AMO non payé par lesdits employeurs s'élève à 19 395 697 042 FCFA.	Les cotisations non recouvrées dont il est question sont celles qui font l'objet de déclarations par les employeurs et qui n'ont pas été soldées En effet, ces déclarations non soldées ne concernent pas seulement la CANAM mais également l'INPS dans la mesure où les déclarations sont faites au même moment. D'ailleurs, lors des rapprochements de période entre l'INPS et la CANAM, les montants non soldés sont regroupés sous le générique de : Reste à recouvrer

	<u>Tableau n°7 :</u> Situation par localité des cotisations AMO dues à l'INPS par des employeurs, en FCFA. **Localité** — **Montant AMO non payé** Commune I — 289 117 753 Commune II — 2 604 345 408 Commune III — 4 236 441 592 Commune IV — 3 664 173 522 Commune V — 467 427 187 Commune VI — 817 683 758 **Total Bamako — 12 079 189 221** Kayes — 3 423 691 376 Koulikoro — 299 666 970 Ségou — 1 089 945 478 Sikasso — 1 913 050 316 Gao — 590 153 682 **Total régions — 7 316 507 821** **Total des cotisations AMO non payées — 19 395 697 042**	Après plusieurs relances, les dossiers non soldés sont transmis à la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux. Aussi, les différentes charges (honoraires d'avocats et d'huissiers de justice) découlant de ces procédures judiciaires de recouvrement sont exclusivement supportées par l'INPS.
88-90	**C6 : Les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso ont respectivement liquidé, validé et payé des feuilles de soins irrégulières.** L'examen des 22 feuilles de soins dont sept (7) appartenant à l'INPS de Ségou et 15 à l'INPS de Sikasso, a révélé que les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables de ces localités ont respectivement liquidé, validé et payé des factures de prestataires	Lors du traitement des feuilles de soins, le système ne permet pas de savoir si le code praticien et le code d'établissement sont bons.

	composées de feuilles de soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) sur 13 feuilles de soins ainsi que des codes d'établissement de soins fictifs sur quatre feuilles de soins à l'INPS de Sikasso ; et sept (7) feuilles de soins sans code praticien à l'INPS de Ségou.	Pour les codes d'établissement de soins fictifs, il est impossible de liquider et payer à des établissements fictifs non paramétrés dans le système de liquidation.

Signature du responsable de l'entité vérifiée

LE DIRECTEUR GENERAL

OUSMANE KARIM COULIBALY
CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL

Bamako, le 13 novembre 2023

N°conf.0768/2023/BVG

Le Vérificateur Général

A

Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).
- Bamako -

Objet : Séance du contradictoire.

Monsieur le Directeur Général,

Suite à l'analyse de vos éléments de réponse par l'équipe de la mission de vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), au titre des exercices 2020, 2021 et 2022, j'ai l'honneur de vous convier à la séance du contradictoire prévue le **jeudi 16 novembre 2023 à 10h00** dans les locaux du Bureau du Vérificateur Général.

A cet effet, vous pouvez prendre des dispositions pour assurer la participation des différents responsables concernés par les constatations du rapport provisoire

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie d'agréer, ***Monsieur le Directeur Général,*** l'assurance de ma considération distinguée.

Le Vérificateur Général,

Samba Alhamdou BABY
Commandeur de l'Ordre National

Immeuble BVG Hamdallaye ACI 2000 Rue 286 - BP : E 11 87 - Bamako - Mali
Tél. : (+223) 20 29 70 25 - (+223) 20 29 40 78 / Fax (+223) 20 29 70 26 / Site Web : www.bvg-mali.org

Pour le compte du BVG :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
NIMAGA Abdrahamane	Vérificateur	66016763	
IBRAHIM Faïssal	Chef de mission	76415108	
BOUGOUDOGO Abdoulaye Porna	Vérificateur Assistant	78 84 12 08	
RHISSA Aboubacrine	Informaticien	76157747	

BUREAU DU VERIFICATEUR GENERL DU MALI - BVGM			Étape/Numéro/mois-année E.4.7/Dec-10 Page 1 sur 3
Date : 16/11/2023	**Titre Mission** : Vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).	**Code produit** : Pouvoirs n°041/2022/BVG du 7 décembre 2022.	**Collaborateur** : APB **Titre** : VA
	Exercices : 2020, 2021 et 2022.	**Modèle** : Liste de présence séance pour le respect de la procédure contradictoire	**Revue par** : **Date** :...../...../.....

Pour le compte de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) :

Nom et Prénom	Fonction	N°Téléphone	Signature
Ousmane Karim Coulibaly	DG	78667432	
Gomni TRAORE	DAI INPS	67.54.54.84	
Ousmane SYMAKE	AC-INPS	6685 00 44	
Dr Zepré Coulibaly	Conseiller Tech INPS	76332722	
Dr Ousmane Sidamanta	conseiller Tech DG INPS	66713156	
Dr Mamadou DIALLO	Chef de service	66726436	
Dr Niambité Fatoumata Sissoko	chef service SMMC	78263273	
Mohamed El Moustapha Haïdara	Comptable Service AMO INPS	76871761	

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Nom de l'entité vérifiée

INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE (INPS)

Compte rendu de la séance contradictoire

La séance contradictoire des travaux de la vérification financière de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM), à la Caisse Malienne de Sécurité Sociale (CMSS) et à l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) a eu lieu le jeudi 16 novembre 2023 à 10 h56 mn dans la salle de réunion du Bureau du Vérificateur Général à Bamako.

Etaient présents à la réunion, voir la liste de présence jointe en annexe.

Les discussions ont porté sur les observations formulées par l'entité sur les constatations et recommandations du rapport provisoire détaillées dans le tableau ci-joint.
Ainsi, il a été arrêté ce qui suit aux points A ; B et C :

A). L'équipe de vérification a maintenu les constatations ci-après en raison de l'insuffisance de preuves apportées dans les réponses du l'INPS.
Il s'agit des constatations ci-dessous :

C3 : L'INPS procède à des compensations lors du reversement de cotisations au lieu d'un transfert direct sur un compte bancaire AMO.

Commentaire de l'INPS :

RAS

Décision du BVG :

RAS

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

C6 : Des employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao assujettis à l'INPS n'ont pas payé des cotisations AMO dues.

Commentaire de l'INPS :

En dehors des procédures ordinaires de recouvrement l'INPS souhaite l'appui du BVG et du pôle économique pour assurer le recouvrement correct des arriérés de cotisations dus par les employeurs. Pour ce genre de travail il faut impliquer le Directeur Général. Des actions fortes comme ça nous aident dans notre travail. L'INPS a beaucoup de problèmes de ce genre avec les sous-traitants qui ne sont pas réguliers dans les paiements de cotisations INPS et AMO.

Décision du BVG :

Ce sont des restes à recouvrer

B). Après avoir pris en compte les réponses fournies par l'INPS, la mission a procédé à la reformulation comme suit :

C1 : L'INPS a payé des prestataires avant les liquidations des feuilles de soins

La phrase suivante va être modifiée comme suit :

« Les travaux ont montré qu'en janvier, février, mars et avril 2022, la Direction Générale de l'INPS a payé directement à 115 prestataires avant les liquidations des feuilles de soins. »

Commentaire de l'INPS :

L'INPS est d'accord avec la constatation. Cependant, il faut faire remarquer que l'INPS a agi pour atténuer la suspension de la fourniture des prestations de soins qui se faisait sentir au sein de la population

Décision du BVG

Le titre sera reformulé comme suit :
« L'INPS a procédé aux paiements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. »

C2 : L'INPS ne fait pas retourner aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.

Commentaire de l'INPS :

Le nom de la pharmacie n'étant pas fourni dans le rapport provisoire, c'est pourquoi on n'a pas pu retrouver la lettre adressée à la pharmacie dont les feuilles de soins se trouvent dans le rapport provisoire.

Décision du BVG :

Le titre sera reformulé comme suit : « L'INPS ne fait pas retourner systématiquement aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet. »

C4 : L'INPS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM.

Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une valeur économique future et qui sert l'activité de façon durable.

Commentaire de l'INPS :

L'INPS a dit qu'il a régularisé les écritures.

Décision du BVG :

Le BVG demande la preuve de la régularisation pour abandonner.

Le titre sera reformulé comme suit : « L'INPS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. »

C7 : Les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso ont respectivement liquidé, validé et payé des feuilles de soins irrégulières.

La partie concernant les codes d'établissement fictifs sera supprimée.

Ainsi la constatation sera reformulée comme suit :

« L'examen des 22 feuilles de soins dont sept (7) appartenant à l'INPS de Ségou et 15 à l'INPS de Sikasso, a révélé que les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables de ces localités ont respectivement liquidé, validé et payé des factures de prestataires composées de feuilles de soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) sur 13 feuilles de soins ainsi que sept (7) feuilles de soins sans code praticien à l'INPS de Ségou. »

Commentaire de l'INPS :

L'INPS propose de passer en revue l'application, si elle tolère des ordres non autorisés.

L'INPS cherchera la liste des codes avec la CANAM.

Décision du BVG :

RAS

C). L'équipe de vérification, suite aux justifications apportées par l'INPS, a abandonné les constatations suivantes.

C5 : Le Directeur Général de l'INPS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.

RÉF. : E4.9

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE CONTRADICTOIRE

Commentaire de l'INPS :

Les trois Directeurs Généraux vont se réunir autour de la gestion des pointages contradictoires

Décision du BVG

Initiative à encourager

La séance est levée à 13 h 10 mn

Ont signé en deux (2) exemplaires originaux :

- **Pour le BVG,** Abdrahamane NIMAGA, Vérificateur : _____

- **Pour l'INPS,** Ousmane Karim COULIBALY _____

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

Nom de l'entité vérifiée
Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM)

N° Paragraphe	Constatations	Réponses de l'entité vérifiée	Décisions du BVG (y compris les raisons qui les sous-tendent)
26-29	**C1 : La CANAM et les Organismes Gestionnaires Délégués appliquent un manuel de procédures de gestion de l'AMO non validé.** L'équipe de vérification a constaté que la CANAM applique depuis le 15 juin 2022 un Manuel de Procédures Administratives, Comptables, Financières et Opérationnelles de gestion de l'AMO qui n'a pas fait l'objet de d'approbation du Conseil d'Administration de la CANAM ni de validation par la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics, présidée par le Contrôle Général des Services Publics (CGSP).	La CANAM s'est inscrite dans la démarche qualité en vue de la certification de son système de management à la norme ISO 9001 version 2015. Dans ce cadre, elle a élaboré et a mis en œuvre de nouvelles procédures qui devaient être validées suite à un certain nombre d'audit dont le dernier (audit de certification) a été réalisé du 23 au 27 octobre 2023. A la suite de cet audit réalisé par le cabinet APAVE, la CANAM a été proposée à la certification. Après ces différentes validations, les procédures seront soumises à l'adoption du conseil d'administration avant d'être transmises à la Commission de suivi des systèmes de contrôle interne dans les services et organismes publics	**La constatation est maintenue.** Les arguments de l'entité confirment qu'elle n'a pas fini les validations et approbation du nouveau manuel à ce jour.

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

30-33	**C2 :La CANAM ne veille pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium.** L'équipe de vérification a constaté que la CANAM ne veille pas aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. Les travaux ont révélé qu'en 2021 et 2022, dans FINA, sur 18 164 factures de prestations, seulement 14 576 factures de prestations ont été correctement transmises à Activ Premium. Aussi, en 2022, dans OPSIS, sur les 15 668 factures de prestations, seulement 14 000 factures de prestations ont été retournées dans Activ Premium.	Pour la mise en place du nouveau système d'information de la CANAM, tous les paramétrages ont été effectués avec les OGD. Donc une première correspondance (lettre N°0820 et N°0819) a été initiée par la CANAM pour informer les OGD du démarrage de la liquidation et le paiement des prestations AMO sur le logiciel Activ Premium pour le 12 octobre 2020. Cependant avec certaines difficultés liées à l'infrastructure réseau des OGD, le démarrage a été reporté pour traiter ces difficultés. Lorsque ces problèmes ont été résolus, la CANAM a initié une deuxième correspondance (N°0514 et N°0515) pour informer les deux OGD du démarrage effectif de la liquidation et du paiement des prestations sur Activ-Premium et l'arrêt du progiciel ESQUIF pour le 1er juillet 2021 Durant toutes ces phases, une équipe de la CANAM a accompagné les OGD pour le démarrage de la liquidation et le paiement des prestations sur Activ Premium. En plus lors des pointages contradictoires, les questions de retour de paiement des prestations sont toujours abordées puisque ces	**La constatation est modifiée.** La lettre n°601/MSAS/CANAM/DSI du DG de la CANAM à celui de l'INPS en date 30 juin 2023 informe que « depuis février 2023, le système de payement de prestation AMO de l'INPS n'a effectué aucun retour de payement vers le système de gestion de l'AMO (Active PREMIUM). Ce qui confirme que le problème de retour demeure encore. Le titre est modifié comme suit :

		éléments sont importants dans le pointage et une correspondance (N°601) a même été initiée dans ce sens pour un retour automatique des paiements des prestations. Actuellement, la CANAM reçoit automatiquement le retour des paiements effectués. **(cf. pièce N°1).**	« La CANAM ne veille pas assez aux retours des paiements dans le logiciel Activ Premium. »
34-37	**C3 : La CANAM ne veille pas à la liquidation des prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO.** L'équipe de vérification a constaté que le système d'information mis en place par la CANAM génère des liquidations de prestations incohérentes avec les liquidations de prestations des OGD. En effet, le système d'information de la CANAM a enregistré un montant total de prestations liquidées de 81 402 918 347 FCFA au compte de la CMSS contre une liquidation effective de 70 216 840 935 FCFA selon ses propres estimations au cours de la période sous revue. Pour l'INPS, la CANAM a enregistré un montant de prestations liquidées de 57 372 270 578 FCFA contre une liquidation effective de 61 955 191 391 FCFA selon ses propres estimations pour la même période. Or, les deux OGD font les liquidations des prestations à travers le même système d'information mis à leur disposition par la CANAM.	Les situations de liquidation issues du système d'information de la CANAM sont mentionnées dans le tableau ci-dessous. Lesdites situations ressortent dans les différents rapports de pointage de la dotation technique de 2020, 2021 et 2022 des deux OGD qui ont été transmis à l'équipe pendant la mission ainsi que dans les rapports de mission de suivi de la liquidation auprès des OGD.	**La constatation est maintenue.** La CANAM affirme dans sa réponse que « Les OGD ne disposant pas d'habilitation pour extraire les données de liquidation sur ACTIV-PREMIUM, la CANAM ne se reconnait pas dans la situation de liquidation fournie par les OGD. S'il y'a

Période	Liquidation CMSS extraite du système d'information	Liquidation INPS extraite du système d'information
Année 2020	22 788 667 849	17 820 695 016
Année 2021	19 120 454 480	14 318 580 693
Année 2022	33 781 928 705	23 588 745 269
Total	75 691 051 034	55 728 020 978

	Ce qui implique que la CANAM et les OGD doivent avoir les mêmes montants des prestations liquidées pour une période donnée. La situation détaillée des liquidations générées par la CANAM et les OGD est donnée dans le tableau ci-après. *Et cela conformément aux dispositions du Décret N° 10-579 / P-RM du 26 octobre 2010 de la convention type de délégation de gestion de l'AMO, notamment dans son article 18 « l'organisme gestionnaire délégué procède à la Liquidation des prestations selon les modalités prévues par les textes législatifs et règlementaires et les instructions de la CANAM » et article 21 « dans le cadre de la présente convention, l'organisme gestionnaire délégué s'engage à procéder au règlement des prestations selon les dispositions définies par la CANAM et la règlementation applicable au régime.* Aussi, selon l'article 14 du contrat d'objectifs et de moyens, les OGD reçoivent les factures de soins accompagnées des justificatifs. Ils procèdent à la liquidation et au paiement direct aux prestataires du coût des soins dans la limite du taux de 70% ou 80% des prestations figurant dans le panier de soins de l'Assurance Maladie Obligatoire, dans un délai de 15 jours pour les		incohérence entre les deux liquidations comme stipulé dans le rapport provisoire, la situation de la CANAM tirée de l'ACTIV PREMIUM est la seule référence. » Dans cette constatation l'équipe évoque des incohérences entre les données tirées d'ACTIV PREMIIUM au niveau de la CANAM et au niveau des OGD. Le titre sera reformulé comme suit : « La CANAM ne veille pas assez à la liquidation des

Année	Liquidation CANAM (CMSS)	Liquidation CMSS	Ecart de liquidation (CANAM-CMSS)	Liquidation CANAM (INPS)	Liquidation INPS	Ecart de liquidation (CANAM-INPS)
2020	22 788 678 489	23 623 028 584	- 834 350 095	17 820 695 016	17 854 958 315	- 34 263 299
2021	19 304 512 637	14 066 369 896	5 238 142 741	14 317 350 389	18 527 066 828	- 4 209 716 439
2022	39 309 727 221	32 527 442 455	6 782 284 766	25 234 225 173	25 573 166 248	- 338 941 075
Total	**81 402 918 347**	**70 216 840 935**	**11 186 077 412**	**57 372 270 578**	**61 955 191 391**	**- 4 582 920 813**

		prestataires privés, 30 jours pour les prestataires publics. La liquidation des prestations AMO s'effectue uniquement à travers le système d'information de la CANAM (ESQUIF jusqu'au 30 juin 2021 et ACTIV-PREMIUM à partir du 01 juillet 2021) mis à la disposition des OGD. Ainsi, ce logiciel est le seul outil permettant de générer la situation de liquidation et qui fait foi. Toute situation de liquidation issue d'un autre système n'engage pas la CANAM. Les OGD ne disposant pas d'habilitation pour extraire les données de liquidation sur ACTIV-PREMIUM, la CANAM ne se reconnait pas dans la situation de liquidation fournie par les OGD. S'il y'a incohérence entre les deux liquidations comme stipulé dans le rapport provisoire, la situation de la CANAM tirée de l'ACTIV PREMIUM est la seule référence. **(Cf. Pièce 2)** En fin les logiciels FINA à l'INPS et OPSIS à la CMSS sont des systèmes propres aux OGD dont la fonction principale est le paiement des factures liquidées sur Activ- Premium.	prestations conformément aux clauses du contrat d'objectifs et de moyens et de la convention type de Délégation de gestion dans le cadre de l'AMO. »

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

		La CANAM veille bien à la liquidation à travers les pointages contradictoires semestriels des dépenses de prestations techniques.	
38-41	**C4 : Les Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso ne procèdent pas à la bonne distribution des feuilles de soins** L'équipe de vérification a constaté que les Bureaux régionaux de la CANAM de Ségou et de Sikasso ne veillent pas à la bonne distribution des feuilles de soins. En effet, des carnets de feuilles de soins sont remis aux structures sanitaires sans que les références desdits carnets ne soient identifiées sur les décharges et /ou les bordereaux de livraison. De plus, des carnets ont été remis à des structures sanitaires qui n'ont pas exprimé le besoin à travers un bon de commande. Les feuilles de soins sont des documents normalisés réalisés par la CANAM que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer à l'OGD concerné. A titre illustratif, la feuille de soins n°4660041 appartenant au CSREF de Sikasso disposant du Code R21, a été utilisée par la pharmacie disposant du Code P20. De plus le prescripteur et le pharmacien sont la même personne.	Un logiciel de gestion des feuilles de soins a été acquis par la CANAM en 2023 permettant une meilleure gestion des feuilles de soins et cela passe par : - la demande de la structure ; - la vérification de la consommation ; - la mise à disposition à travers l'attribution d'une plage de numéro de feuilles de soins par structure.	**La constatation est abandonnée.** Un logiciel de gestion des feuilles de soins a été acquis et réceptionné par la CANAM le 22/12/2022, suivant le marché n°4073/CPMP/INPS-CANAM-ANAM-CMSS 2022 du 17 octobre 2022, permettant une meilleure gestion des feuilles de soins.
42-45	**C5 : Le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande d'Accord Préalable.** L'équipe de vérification a constaté que le Bureau Régional de la CANAM de Ségou ne respecte pas la procédure de demande	Conformément à la procédure de demande d'accord préalable, la partie A du formulaire est donnée aux prestataires (pharmacies, laboratoires d'analyse biomédicales et centres d'imagerie) qui doivent obligatoirement la	**La constatation est maintenue.** L'équipe ajoutera : «

	d'Accord Préalable. Il ne veille pas à l'application correcte des demandes d'accord préalable (AP) en matière d'Assurance Maladie Obligatoire. Le Chef de Bureau n'a pu fournir aucune preuve de retour des parties A de demande d'AP aux administrations des établissements de soins. De plus les travaux ont fait ressortir au niveau de certaines demandes d'AP les anomalies ci-dessous : – le bénéficiaire ou le tuteur n'a pas signé ; – le Contrôle médical n'a pas coché les cages concertants son Avis ; – le nom de l'OGD n'est pas coché.	joindre à la feuille de soins pour être remboursés par les OGD. De ce fait, **la partie A se trouve avec les prestataires avant la facturation et au niveau des OGD après le dépôt des factures.** Une lettre circulaire du Directeur Général de la CANAM a été adressée aux médecins contrôleurs les invitant à l'application correcte de la procédure de demande d'accord préalable. (cf. Pièce N°3)	Suite à la transmission du rapport provisoire de la vérification le Directeur Général de la CANAM a tenu une réunion le 27 octobre 2023 avec le Directeur de l'Organisation, du Contrôle et de la Qualité des soins, les médecins chargés du contrôle médical, les chefs de bureaux régionaux et des chefs de services. De plus, une lettre circulaire n°2023/0023/MSDS-CANAM-DOCQS du 27 octobre 2023, du Directeur Général de la CANAM a été adressée aux

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

			médecins contrôleurs les invitant à l'application correcte de la procédure de demande d'accord préalable. »

Préparé par : Faissal IBRAHIM 14/11/2023

Nom et titre Date

Vérificateur : Adrahamane NIMAGA 14/11/2023
Nom Date

Nom de l'entité vérifiée

La Caisse Malienne de la Sécurité Sociale (CMSS)

N° Paragraphe	Constatations	Réponses de l'entité vérifiée	Décisions du BVG (y compris les raisons qui les sous-tendent)
46-49	**C1 : La CMSS a payé des prestations avant les liquidations des feuilles de soins.** L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé directement des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. Les travaux ont montré qu'en 2020, elle a payé directement 809 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins sans aucune autorisation de sa tutelle pour un montant total de 1 958 364 359 FCFA. La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins.	Ces paiements faisaient suite à des instructions verbales reçues du Ministre de Tutelle pour faire face à la gestion de la grève des prestataires de soins qui avaient suspendu les prestations. Toutefois, à chaque fois que les mesures exceptionnelles sont effectuées, elles ont été suivies par une régularisation qui permet de liquider à postériori et de recouvrer les montants indument payés. A ce jour, toutes les mesures exceptionnelles ont été régularisées.	**La constatation est modifiée.** Les explications fournies par l'entité n'annihilent pas la constatation. La régularisation ne met pas en cause la constatation car la liquidation est un préalable. Le titre sera reformulé comme suit : « La CMSS a procédé aux paiements des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. » Et la phrase suivante sera reformulée comme suit :

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

			« Les travaux ont montré qu'en 2020, elle a payé directement 809 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins. »
50-53	**C2 : La CMSS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable de la CANAM.** L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé des dépenses sur la dotation administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. En effet, elle a payé un montant total de 17 375 740 FCFA au titre des dépenses de travaux d'extension des portails et d'aménagement de parking, de cloisonnement de hangar métallique, d'aménagement du jardin sans aucune requête adressée à la CANAM.	La CMSS a considéré ces dépenses comme des entretiens et réparations et les a inscrits dans le chapitre des dépenses de fonctionnement.	**La constatation est modifiée.** Le titre sera reformulé comme suit : « La CMSS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. » Les dépenses de cloisonnement et de hangar métallique sont des dépenses d'investissement et non des dépenses de fonctionnement car il s'agit d'acquisition d'actifs immobilisés. Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une

			valeur économique future pour l'organisme et qui sert l'activité de façon durable. Elles devaient faire l'objet de requête adressée à la CANAM. Ce qui n'a pas été fait par la CMSS. La constatation sera reformulée comme suit : « L'équipe de vérification a constaté que la CMSS a payé des dépenses sur la dotation administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. A titre illustratif, elle a payé des dépenses de cloisonnement et de hangar métallique sans aucune requête adressée à la CANAM. »

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

76-78	**C3 : Le Directeur Général de la CMSS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.** L'équipe de vérification a constaté que le Directeur Général de la CMSS n'a pas entièrement justifié ni restitué une partie des coûts de gestion du régime de l'AMO pendant la période sous revue. Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et en l'absence de réponse de la CMSS au Mémo de l'équipe, la CMSS n'a restitué que 62 216 219 FCFA de dotation technique au titre de l'année 2022. A ce jour les coûts de gestion non justifiés par la CMSS s'élèvent à 2 028 672 396 FCFA dont 1 292 952 122 FCFA de dotation administrative et 735 720 274 FCFA de dotation technique. La situation est donnée dans le tableau ci-dessous. **Tableau n°4 : Situation des dotations administratives et techniques non restituées par la CMSS en FCFA.**	**La CMSS estime que la situation présentée dans le tableau N°4 du rapport sur la base des données fournies par la CANAM, n'est pas conforme à ses données. A cet effet, veuillez trouver ci-dessous la situation de la CMSS dans le tableau suivant.** Toutefois, à l'article 17 alinéa 6 du contrat d'objectif et de moyen dispose que « *L'allocation de la dotation du trimestre est subordonnée au versement des produits techniques du trimestre précédent. La CMSS procède à la restitution des coûts au plus tard le 31 mars de l'année suivante* ». La CMSS estime que la restitution des coûts de gestion nécessite la mise en place d'un système de comptabilité analytique avec des centres de gestion pour la détermination des coûts de gestion. Ce coût de gestion n'est pas un produit à reverser mais il permet la détermination d'un résultat de gestion comme indiqué à l'article 30 du Décret N°10-579/P-RM du 26 octobre 2010, portant approbation de la convention type de délégation de gestion dans le cadre de l'AMO qui stipule que « ***Mise en place d'une comptabilité analytique des opérations d'assurance maladie.*** ***L'organisme gestionnaire délégué*** *met en œuvre une comptabilité analytique permettant de restituer les coûts*	**La constatation est modifiée.** **Elle sera reclassée en irrégularité administrative.** Les pièces justificatives apportées par l'entité permettent de modifier la constatation comme suit : « Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et les données fournies par la CMSS en réponse au rapport provisoire, à ce jour, les coûts de gestion non justifiés ni restitués par la CMSS s'élèvent à 1 055 448 473 FCFA de dotation administrative. »

Année	Dotation administrative versée par la CANAM à la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS justifiés auprès de la CANAM	Réliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à restituer
2020	1 448 666 157	1 234 281 943	214 384 214
2021	2 144 534 798	1 909 712 551	234 822 247
2022	2 416 752 252	1 573 006 591	843 745 661
Total	**6 009 953 207**	**4 717 001 085**	**1 292 952 122**

Année	Dotation technique versée par la CANAM à la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS justifiés auprès de la CANAM	Réliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à restituer
2020	23 000 000 000	22 788 667 849	211 332 151
2021	24 500 000 000	24 461 962 557	38 037 443
2022	32 200 000 000	31 713 649 320	486 350 680
Total	**79 700 000 000**	**78 964 279 726**	**735 720 274**

de gestion de la mission de service publique déléguée ».

Ainsi, à la faveur des réformes à la CMSS les travaux permettant la mise en place de la comptabilité analytique sur le plan organisationnel ont été réalisés et les modules informatiques sont en cours d'acquisition.

Le reversement du solde de la dotation de gestion technique en 2022 ne saurait être confondu à une restitution du coût de gestion par la CMSS. Ce solde représentait le reliquat des montants mis à la disposition de la CMSS par la CANAM pour le remboursement des prestataires de soins conventionnés suivant les dispositions du COM à son article 16 alinéa 1er qui dispose que *« la dotation de gestion technique est destinée exclusivement au paiement des prestataires de soins conventionnés de l'Assurance Maladie Obligatoire »*. Elle ne doit pas être identifiée à la dotation de gestion administrative qui est une ressource mise à la disposition de la CMSS par la CANAM pour faire face au frais de gestion courante de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Également, il faut souligner que depuis l'adhésion de la CMSS au portefeuille des organismes membre de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (C.I.P.R.E.S) et en application du plan comptable de

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

cette organisation, les dotations de gestion administratives sont traitées à la CMSS comme une recette de production, intégrée dans son budget et exécutée avec les dépenses de fonctionnement *(Cf : Copie des arrêtés d'approbation des budgets 2020, 2021 et 2022, Copie du compte 718 du plan comptable CIPRES)*. Cette pratique n'est pas en contradiction avec les clauses contractuelles entre la CMSS et la CANAM.

Aussi, la situation de l'ensemble des dotations reçues, des remboursements effectués ainsi que des dépenses de fonctionnement réalisées par la CMSS sur la période sous revue a été remise à la mission *(Cf : Copie du registre de transmission signé par la mission)*.

Tableau n°1 : situation des dotations administratives et techniques à la CMSS en FCFA.

Année	Dotations administratives reçues par la CMSS	Montant des dépenses de la CMSS	Ecart entre les dotations reçues et les dépenses exécutées

2020	1 448 666 157	1 374 317 044	74 349 113		
2021	2 128 464 619	1 924 581 151	203 883 468		
2022	2 350 222 483	1 573 006 591	777 215 892		
Total	**5 927 353 259**	**4 871 904 786**	**1 055 448 473**		
Année	**Dotations techniques reçues par la CMSS**	**Montant des dépenses de la CMSS**	**Ecart entre les dotations reçues et les dépenses exécutées**		
2020	23 000 000 000	23 712 370 124	-712 370 124		
2021	24 500 000 000	24 469 177 827	30 822 173		
2022	32 200 000 000	32 189 608 197	10 391 803		
Total	**79 700 000 000**	**80 371 156 148**	**-671 156 148**		

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT
DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

		Source CMSS : *- Situation et Copies des chèques et ordres de virement de la dotation technique reçue à la CMSS;* *- Situation et Copies des chèques /OV des dotations administratives reçues à la CMSS ;* *- Relevés bancaire du compte dédié à la gestion de l'AMO à la CMSS ;* *- Situation des états de remboursement des prestations à la.CMSS ;* *- Relevé détaillée des dépenses effectuées sur la dotation de fonctionnement de la CANAM.*	

Préparé par : *Faïssal IBRAHIM* *14/11/2023*
Nom et titre *Date*

Vérificateur : Abdrahamane NIMAGA *14/11/2023*
Nom *Date*

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

Nom de l'entité vérifiée

Institut National de Prévoyance Sociale (INPS)

N° Paragraphe	Constatations	Réponses de l'entité vérifiée	Décisions du BVG (y compris les raisons qui les sous-tendent)
54-57	**C1 : L'INPS a payé des prestataires avant les liquidations des feuilles de soins** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS a payé directement des prestataires avant la liquidation de leurs feuilles de soins. Les travaux ont montré qu'en janvier, février, mars et avril 2022, la Direction Générale de l'INPS a payé directement à 115 prestataires avant les liquidations des feuilles de soins sans aucune autorisation de sa tutelle pour un montant total de 6 918 794 259 FCFA. La liquidation des feuilles de soins est un préalable avant tout paiement. Elle permet un contrôle administratif et médical des feuilles de soins. L'équipe de vérification a aussi constaté que la Direction Régionale de l'INPS de Sikasso a directement payé en 2022 à 172 prestataires avant la liquidation des feuilles de soins à hauteur d'un montant de 189 643 382 FCFA et en l'absence de toute	Le contrat d'objectif et de moyens signé entre la CANAM et l'INPS dispose en son article 14 : les feuilles de soins des divers prestataires doivent être préalablement liquidées avant tout paiement. En raison de l'accumulation des feuilles de soins dans les services de l'INPS sur la période **allant d'aout 2021 à novembre 2021**, due au changement de logiciel entre ESQUIF et ACTIV PREMIUM, l'INPS a été soumis à une pression des prestataires qui ont menacé de cesser la fourniture des prestations aux malades. Le nouveau Directeur Général, suite à un accord du Directeur de la CANAM, a instruit à ses services techniques à procéder au paiement des factures en souffrance des prestataires par mesures exceptionnelles. Les 172 prestataires de Sikasso ont été payés à Bamako sur les mêmes bases. L'INPS note que les désagréments consécutifs au changement de logiciel ne lui sont pas imputables.	**La constatation est modifiée.** Nonobstant les problèmes de changement de logiciel entre ESQUIF et ACTIV PREMIUM, la liquidation des feuilles de soins demeure un préalable avant tout paiement. La phrase suivante va être modifiée comme suit : « Les travaux ont montré qu'en janvier, février, mars et avril 2022, la Direction Générale de l'INPS a payé directement à 115 prestataires avant les liquidations des feuilles de soins. » Le titre sera reformulé comme suit : L'INPS a procédé aux paiements des prestataires

1

RÉF. : E4.7

TABLEAU DE VALIDATION DU RESPECT DE LA PROCÉDURE CONTRADICTOIRE

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

	autorisation.		avant la liquidation de leurs feuilles de soins.
58-61	**C2 : L'INPS ne fait pas retourner aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS ne fait pas retourner aux prestataires les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet. A titre illustratif, des feuilles de soins d'une pharmacie qui ont fait l'objet de rejet ont été relevées sur la facture n°01/15/02/2022 du 17 février 2022 lors de la régularisation de la liquidation des feuilles de soins opérée après le paiement. Il s'agit des feuilles de soins ci-dessous : – feuille de soins n°9464959, motif de rejet : droit fermé; – feuille de soins n°8779745, motif de rejet : l'OGD ne correspond pas, elle relève de la CMSS. L'INPS n'a pas retourné ces feuilles de soins au prestataire ni envoyer un ordre de recettes.	Toutes les feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet sont retournées aux prestataires suivant des lettres de notification aux prestataires excepté les feuilles rejetées pour motif de droits fermés. Les feuilles rejetées pour motif de droits fermés ont fait l'objet de traitement entre l'INPS et la CANAM.	**La constatation est reformulée.** L'entité reconnait qu'elle ne retourne pas les feuilles de soins rejetées pour motif de droit fermé alors qu'aucune exception n'est retenue par la règlementation. De plus parmi les lettres fournies par l'entité, il n'y a aucune lettre adressée à la pharmacie AISSE BADIALLO KANOUTE dont les feuilles de soins figurent dans la constatation. La constatation est reformulée comme suit : L'INPS ne fait pas retourner systématiquement aux prestataires des feuilles de soins ayant fait l'objet de rejet.

2

62-65	**C3 : L'INPS procède à des compensations lors du reversement de cotisations au lieu d'un transfert direct sur un compte bancaire AMO.** L'équipe de vérification a constaté que la Direction Générale de l'INPS ne paie pas la cotisation AMO retenue sur les salaires de son personnel à la Direction du Recouvrement des Cotisations et du Contrôle des Employeurs (DRCCE), mais l'intègre directement dans les montants à reverser à la CANAM à titre de régularisation. De plus, les Directions Régionales de l'INPS de Sikasso et de Ségou utilisent l'intégralité des montants recouvrés au titre de la cotisation AMO de leurs Régions au lieu de les reverser sur le compte de la Direction Générale de l'INPS pour reversement à la CANAM. L'INPS régularise les montants recouvrés sous forme de compensation en les intégrant dans les reversements effectués à la CANAM.	En vertu des principes de l'unicité de caisse, la Direction Générale de l'INPS centralise la situation mensuelle des cotisations AMO de toutes les localités y compris Sikasso et Ségou pour reverser à la CANAM au plus tard le 05 du mois suivant. Par ailleurs, les régions font régulièrement des envois de fonds vers la Direction Générale et celles qui sont déficitaires en reçoivent régulièrement de la Direction Générale. L'INPS en tant qu'employeur, payera ses cotisations (AMO) par chèque ou par virement à la DRCCE à partir du mois de janvier 2024.	**La constatation est maintenue.** L'INPS promet de payer ses cotisations AMO d'employeur par chèque ou par virement à la DRCCE à partir du mois de janvier 2024. La Direction Générale de l'INPS confirme la constatation.
66-69	**C4 : L'INPS a payé des dépenses sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM.** L'équipe de vérification a constaté que l'INPS a payé des dépenses d'un montant total de 10 286 880 FCFA sur la dotation administrative au titre de l'AMO sans requête préalable à la CANAM. Ce montant couvre les dépenses d'investissements comme bureaux, fauteuil bourré et fauteuil ½ ministre, ordinateurs,	Le Compte de résultat de la période sous revue ne comporte pas d'investissements imputés dans la gestion comptable AMO. (voir extrait dudit compte en fichier électronique ci-joint)	**La constatation est modifiée.** Le titre sera reformulé comme suit : L'INPS a payé des dépenses d'investissement sur la dotation de gestion administrative sans requête préalable à la CANAM. Les dépenses concernées sont des dépenses

	photocopieurs, climatiseurs, groupe électrogène au compte de ses structures de Sikasso et de Gao.		d'investissements qui ne devraient pas être effectuées sur les dotations administratives sans faire l'objet de requête préalable auprès de la CANAM. Les dépenses d'investissement concernent des éléments d'actifs immobilisés identifiables du patrimoine et ayant une valeur économique future pour l'organisme et qui sert l'activité de façon durable.
82-84	**C5 : Le Directeur Général de l'INPS n'a pas entièrement justifié des coûts de gestion.** L'équipe de vérification a constaté que le Directeur Général de l'INPS n'a pas entièrement justifié ni restitué une partie des coûts de gestion du régime de l'AMO pendant la période sous revue. Selon les données fournies par la CANAM en réponse au Mémo n°02 de l'équipe de vérification et en l'absence de réponse de l'INPS audit mémo. A ce jour les coûts de gestion non justifiés par l'INPS s'élèvent à 14 964 082 974 FCFA dont 1 017 760 682 FCFA de dotation administrative et 13 946 322 292 FCFA de dotation technique. La situation est donnée dans le tableau ci-dessous.	En vertu des dispositions de l'article 17 du contrat d'objectifs et de moyens, la CANAM s'engage à mettre à la disposition de l'INPS, une dotation administrative destinée exclusivement au paiement des frais de gestion courante de l'AMO. Adossé à une convention de délégation de gestion suivant Décret N°10-579/P-RM du 26 octobre 2010, le contrat d'objectifs et de moyens a été signé au tout début de l'activité AMO, caractérisé par une adhésion moins importante des différentes corporations. Au fil des années, ce régime a connu une adhésion massive avec comme corollaire une explosion des feuilles de soins, donc de la charge de travail au niveau du service AMO. Pour faire face à cette dernière, l'INPS était dans l'obligation de faire recours au personnel intérimaire, ce qui	**La constatation est abandonnée.** Au regard des pièces justificatives fournies par l'INPS pour répondre au rapport provisoire. Son solde en dotation administrative de gestion s'élevé à - 3 432 504 424 FCFA et son solde en dotation technique s'élève à 65 212 990 FCFA pendant la période sous revue ce qui donne un déficit de coût de

Tableau n°6 : Situation des dotations administratives et techniques non justifiées par l'INPS en FCFA.

Année	Dotation administrative versée par la CANAM à l'INPS	Montant des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM	Reliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à justifier
2020	1 876 021 348	1 115 136 358	760 884 990
2021	1 488 260 962	1 488 260 962	-
2022	3 320 874 210	3 063 998 518	256 875 692
Total	**6 685 156 520**	**5 667 395 838**	**1 017 760 682**

Année	Dotation technique versée par la CANAM	Montant des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM	Reliquat des coûts de gestion de la dotation administrative à justifier
2020	18 500 000 000	17 820 695 016	679 304 984
2021	20 000 000 000	14 318 580 693	5 681 419 307
2022	26 500 000 000	18 914 401 999	7 585 598 001
TOTAL	**65 000 000 000**	**51 053 677 708**	**13 946 322 292**

entrainera une augmentation constante des charges liées à la dotation administrative.

Ainsi, le compte de résultat provisoire de l'année 2022 présente la situation de la dotation administrative comme suit :

- Total des charges d'exploitation pour 4.348.577.582 FCFA ;
- Dotation administrative reçue en 2022 pour 3.320.874.210 FCFA ;
- Soit un résultat d'exploitation déficitaire de 1.027.703.372 FCFA.

Au regard de ce résultat déficitaire, l'INPS ne peut donc restituer des coûts de gestion administrative de 256.911.692 FCFA.

ANNEE	Dotation administrative versée par la CANAM à l'INPS	Montants des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM	Reliquat des c de gestion de dotation administrativ justifier
2020	1.876.021.348	3.065.008.372	- 1 188 987 0
2021	1.488.260.962	2.704.074.990	- 1 215 814 0
2022	3.320.874.210	4.348.577.582	- 1 027 703 3
TOTAL	**6.685.156.520**	**10.117.660.944**	**-3 432 504 4**

ANNEE	Dotation technique versée par la CANAM à l'INPS	Montants des dépenses de l'INPS justifiés auprès de la CANAM	Reliquat des c de gestion de dotation techni justifier
2020	18.500.000.000	18.476.646.414	-23 353 586
2021	20.000.000.000	20 061 756 783	61 756 783
2022	26.500.000.000	20 473 190 207	26 809 793
TOTAL	**65.000.000.000**	**59 011 593 404**	**65 212 990**

gestion total s'élevant à - 3 367 291 434 FCFA.

85-87

C6 : Des employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao assujettis à l'INPS n'ont pas payé des cotisations AMO dues.

Elle a constaté que 275 employeurs du District de Bamako et des Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Gao n'ont pas payé l'intégralité des cotisations AMO dues à l'INPS au 31 décembre 2022.

Le montant total des cotisations AMO non payé par lesdits employeurs s'élève à 19 395 697 042 FCFA.

Tableau n°7 : Situation par localité des cotisations AMO dues à l'INPS par des employeurs, en FCFA.

ité	Montant AMO non pa
une I	289 11
une II	2 604 34

Les cotisations non recouvrées dont il est question sont celles qui font l'objet de déclarations par les employeurs et qui n'ont pas été soldées. En effet, ces déclarations non soldées ne concernent pas seulement la CANAM mais également l'INPS dans la mesure où les déclarations sont faites au même moment.

D'ailleurs, lors des rapprochements de période entre l'INPS et la CANAM, les montants non soldés sont regroupés sous le générique de : Reste à recouvrer.

Après plusieurs relances, les dossiers non soldés sont transmis à la Direction des Affaires Juridiques et du Contentieux.

Aussi, les différentes charges (honoraires d'avocats et d'huissiers de justice) découlant de ces procédures judiciaires de recouvrement sont exclusivement supportées par l'INPS.

La constatation est maintenue.

L'entité confirme qu'il s'agit des restes à recouvrer.

	Commune III	4 236 441 592		
	Commune IV	3 664 173 522		
	Commune V	467 427 187		
	Commune VI	817 683 758		
	Total Bamako	**12 079 189 221**		
	Kayes	3 423 691 376		
	Koulikoro	299 666 970		
	Ségou	1 089 945 478		
	Sikasso	1 913 050 316		
	Gao	590 153 682		
	Total régions	**7 316 507 821**		
	Total des cotisations AMO non payées	**19 395 697 042**		
88-90	**C7 : Les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables des Directions Régionales de l'INPS de Ségou et de Sikasso ont respectivement liquidé, validé et payé des feuilles de soins irrégulières.** L'examen des 22 feuilles de soins dont sept (7) appartenant à l'INPS de Ségou et 15 à l'INPS de Sikasso, a révélé que les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables de ces localités ont respectivement liquidé, validé et payé des factures de prestataires composées de feuilles de	Lors du traitement des feuilles de soins, le système ne permet pas de savoir si le code praticien et le code d'établissement sont bons. Pour les codes d'établissement de soins fictifs, il est impossible de liquider et payer à des établissements fictifs non paramétrés dans le système de liquidation.	**La constatation est reformulée.** La partie concernant les codes d'établissement fictifs sera supprimée. Ainsi la constatation sera reformulée comme suit : « L'examen des 22 feuilles de soins dont sept (7) appartenant à l'INPS de Ségou et 15 à l'INPS de Sikasso, a révélé

	soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) sur 13 feuilles de soins ainsi que des codes d'établissement de soins fictifs sur quatre feuilles de soins à l'INPS de Sikasso ; et sept (7) feuilles de soins sans code praticien à l'INPS de Ségou.		que les Chefs de liquidation AMO, les contrôleurs médicaux et les comptables de ces localités ont respectivement liquidé, validé et payé des factures de prestataires composées de feuilles de soins comportant, l'utilisation de codes praticiens fictifs (Médecin prescripteur) sur 13 feuilles de soins ainsi que sept (7) feuilles de soins sans code praticien à l'INPS de Ségou. »

Préparé par : *Faïssal IBRAHIM* *14/11/2023*

Nom et titre *Date*

Vérificateur : Abdrahamane NIMAGA *14/11/2023*

Nom *Date*