



Organisation Mondiale de la Santé



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

Développement d'un panier de soins de base au Mali

Annexes

au rapport pour le Ministère de la Solidarité, l'Action
humanitaire et la Reconstruction du Nord et l'Organisation
mondiale de la Santé

Alain Letourmy

Economiste, chercheur honoraire au CNRS

Octobre 2014

Sommaire

Sommaire	3
Acronymes.....	5
Annexe 1 : Termes de référence	6
Contexte :	6
Idée générale :.....	6
Documents cadre :	6
Objectif général	6
Objectifs spécifiques	6
Méthodologie	7
Calendrier et profil	8
Annexe 2 : Agenda de la mission et personnes rencontrées	9
Annexe 3 : Informations sur la CANAM.....	11
Organigramme.....	11
Budget	12
Cercles où des bureaux INPS pour l'AMO sont à installer.....	15
Bénéficiaires de l'AMO	15
Panier de soins de l'AMO	16
Prestations payées par l'AMO	17
Modèle de convention avec une formation de santé	18
Convention d'objectifs et de moyens : la dotation de gestion technique (extrait de la convention avec la CMSS)	33
Annexe 4 : Informations sur l'ANAM.....	34
Budget	34
Effectifs de bénéficiaires immatriculés	36
Prestations.....	36
Annexe 5 : Informations sur l'UTM et les mutuelles.....	37
Effectifs de mutuelles et de bénéficiaires	37
Éléments financiers : cotisations, dépenses.....	38
Prestations.....	38
Le produit AMV	39
Protocole D'Accord avec le Syndicat National des Commerçants Détaillants du Mali	40
Annexe 6 : Informations sur les dispositifs de gratuité.....	44
Annexe 7 : Calculs et estimations.....	47

Références..... 48

Acronymes

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

Annexe 1 : Termes de référence

Termes de référence pour une consultance : « Développement d'un panier de soins de base pour l'AMU au Mali »

Contexte :

Un document de politique de financement de la santé a été validé techniquement par le secteur santé représenté par ses trois Ministères (Santé, Promotion de la Famille, Travail). Pour appuyer la validation nationale du document et la préparation de la feuille de route pour sa mise en œuvre, le groupe de travail technique aidé d'experts mis à disposition par l'OMS s'engage dans la définition, la conduite et la restitution d'études spécifiques. L'une d'elle concerne le panier de soins de base :

La politique prévoit, à terme, une AMU qui offrira un panier de soins de base pour tous. La mise à disposition d'un panier de soins de base pour le secteur informel peut sans doute être réalisée sans attendre l'ensemble des dispositions légales qui régiront le régime de l'AMU. Aujourd'hui pourtant, la situation est telle que les soins offerts au secteur informel dans le cadre d'une assurance maladie varient grandement (ils dépendent du panier proposé par telle ou telle mutuelle) et se fait sans mutualisation du risque, selon un système de gestion fragmenté et laissé à discrétion de l'initiative privée. Dans le cadre du développement d'une politique nationale de financement de la santé pour la couverture universelle, le groupe de travail intra-sectoriel requière un appui pour ouvrir des pistes concrètes à la mise en place d'un paquet de soins de base pour le secteur informel, en préparation de l'AMU.

Idée générale :

Sur la base de la situation actuelle et de la vision 2020 de l'architecture du système de financement de la santé, une expertise externe étudiera les conditions les plus adéquates pour faire évoluer avec diligence et maîtrise le dispositif de prise en charge du risque maladie pour le secteur informel et son contenu.

Documents cadre :

- Cf. étude passerelles (Février 2013)
- Cf. diagnostic du système de financement de la santé (Septembre 2013)
- Cf. présentation ppt et rapport du mini-atelier du MAHSPA (Juin 2013)
- Cf. politique de financement de la santé - version finale approuvée par les 3 Ministères du secteur santé (Mars 2013)

Objectif général

Définir les voies et moyens concrets pour que l'Etat malien distribue au plus tôt au secteur informel un panier de soins de base unique subventionné en s'inscrivant dans la perspective du dispositif visé dans la politique de financement de la santé.

Guide : il s'agira d'apporter une réponse aux premières étapes concrètes du chemin conduisant à la réalisation des sous-objectifs spécifiques 3.1 et 3.2 de la politique.

Objectifs spécifiques

Proposer le contenu d'un panier de soins de base et donner son coût

Guide : « Le paquet de soins de base sera défini comptes tenus notamment du déterminant financier (ressources disponibles) et des priorités en termes de santé publique. Il sera l'élément majeur de la politique « bénéfices /

bénéficiaires » et prendra en compte les priorités de la politique de santé. Notamment, il participera de la politique de prévention et d'accès aux soins de santé de base »¹.

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

Coût par personne et par an approximant les 6000 FCFA (prestations)

Co-paiement adapté aux objectifs contradictoires d'accès aux soins et de maîtrise des coûts

Panier peu différent du panier défini au démarrage de l'AMO pour le secteur formel

Panier réaliste du point de vue de l'offre disponible

Panier détaillé en montant sur les prestations faisant l'objet de « gratuité » officielle à ce jour

Proposer les modalités concrètes et pouvant être prises rapidement d'ordre institutionnel, organisationnel et financière pour l'extension de la CRM au secteur informel sur le paquet de soins de base subventionné

Guide : approfondissement, étude d'alternatives et retour sur les réflexions issues du mini-atelier interne au MAHSPA de Juin 2013 (cf. document).

L'étude étudiera au moins trois options ou pistes non exclusives visant à répondre à la problématique de la distribution par l'Etat d'un panier de soins de base subventionné pour le secteur informel dans le sens de la mise en place du dispositif prévu à terme par le politique de financement :

Evolution (dispositions légales, organisation, mise en place de ressources) de l'UTM : telle la proposition faite au « mini-atelier » cité plus haut, il s'agit d'aller dans le sens d'une reprise en main par l'Etat du rôle de développeur de l'AM de l'UTM, sur la base de l'existant ;

Evolution de la CANAM : au contraire, on proposera ici une version accélérée du processus de responsabilisation de la CANAM dans la couverture du risque maladie pour tous ;

Mise en place de structure(s) « projet » au niveau local : ceci correspond à une alternative locale potentiellement très constructive notamment dans le cadre d'un financement externe.

Méthodologie

Le travail sera confié à un consultant international spécialisé en développement institutionnel et organisationnel dans les systèmes de protection sociale santé. Celui-ci :

- étudiera le contexte en profondeur : étude documentaire (cf. infra), étude des textes régissant les institutions (CANAM, UTM notamment), étude de l'historique (idem), compréhension du contexte politique (rencontre des Ministres de la Santé et du Travail, des PTF) ;
- analysera les forces et faiblesses des dispositifs actuels en tant qu'ils constituent des pistes pour l'évolution du système vers l'architecture de 2020 (entretiens avec les Direction de la CANAM, de l'UTM, la DNPSSES)
- analysera le potentiel d'une structure projet locale (échanges avec les PTF – AFD notamment -, avec la DNPSSES)
- analysera les conditions pour le développement d'un dispositif (transitoire ou préparatoire à la CANAM) adapté : légal, organisationnel, financier
- restituera en atelier incluant une large représentation des acteurs
- rédigera un document final complet répondant aux TdR

¹ Politique (p23)

Pour l'évaluation du coût du panier de soins de base, le consultant utilisera les données secondaires disponibles (DNPSES, UTM, OMS...).

Calendrier et profil

La consultance se déroulera sur un mois maximum. Le contrat du consultant international sera de 20 h/jours. La durée du travail du consultant au Mali sera de 12 h/jours minimum. Le consultant international sera secondé par une personne ressource de la Division de la Promotion de la Mutualité, DNPSES.

Le candidat justifiera:

- de 10 années d'expérience au moins dans le secteur de la protection sociale santé
- d'une grande expérience dans le domaine de l'AM pour le secteur informel
- d'une grande expérience des questions institutionnelle et organisationnelle
- d'une capacité de maîtrise des dispositions légales
- d'une grande capacité d'écoute et de jugement sur les questions politique et sociale

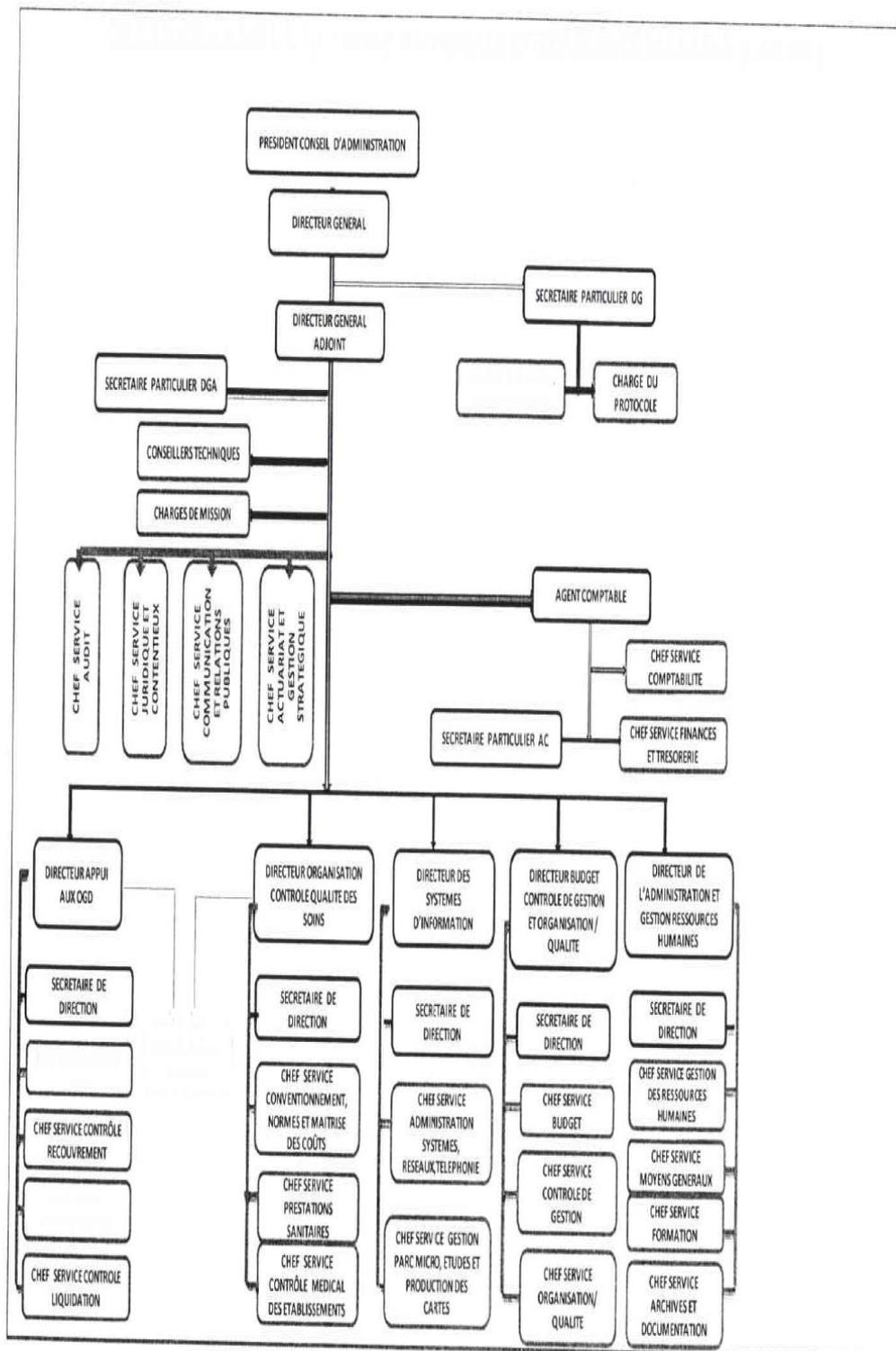
Annexe 2 : Agenda de la mission et personnes rencontrées

Date	Institution	Personnes	
Ma 2/9	OMS	Dr Cissé, Mme Dembélé	Avec A. Bigeard Cadrage de la mission
	MSAHRN	M. Haidara, Mme Kouyaté, Conseiller Technique du Ministre	Avec A. Bigeard Cadrage de la mission
	CANAM	M ; Luc Togo, DG, M.Oumar Sangaré, Conseiller Technique	Avec A. Bigeard Discussion générale
	DNPSES	M. Mohamed Bassirou Traoré, Directeur, M. Bagayoko, adjoint	Avec A. Bigeard Discussion générale
Mer 3/9	ANAM	M, Sébou Sangaré, Conseiller Technique du DG et collaborateurs	Avec A. Bigeard Discussion générale
	UTM	M. Issa Sissouma, DG	Avec A. Bigeard Discussion générale
	CPS	Dr Maïga, Directeur, M. Cissé Sidi Yaya, adjoint	Avec A. Bigeard Discussion générale
	MSAHRN	M Baby Samba, Secrétaire général, M; Haidara, CT Ministre	Avec A. Bigeard Discussion générale
Jeu 4/9	INPS	M. Ndiaye Aboudacar, DGA	Avec A. Bigeard Discussion générale
	CMSS	Mme Dicko , DG, M. Koné Modibo, DGA et 2 collaborateurs	Avec A. Bigeard Discussion générale
	CANAM	M. Oumar Sangaré, CT, M. Dicko DGA, et 4 collaborateurs	Séance de travail et demande de documents
Ven 5/9	MSAHRN	M. Baby Samba, Secrétaire général, M.Haidara, Conseiller Technique Ministre	Avec A. Bigeard et Amadou Diallo Briefing
Lu 8/9	ANAM	Agent comptable, Médecins conseil, Prestations, Immatriculations, DGA	Séance de travail, recueil de documents, immatriculation
	OMS	Dr Sarmoye Cissé	Cadrage RDV
Ma 9/9	UTM	M ; Issa Sissouma, DG	Séance de travail, avec Amadou Diallo
	INPS AMO	Equipe point focal	Avec Amadou Diallo
	MSAHRN	M. Sangaré, DGA DNAS	Avec Amadou Diallo

Mer 10/9	MSP	Mme la directrice de la DNS, M. Bâ et représentant ANEH	
	CANAM	M. Oumar Sangaré, Conseiller Technique	Séance de travail
Ve 12/9	MSAHRN		Debriefing

Annexe 3 : Informations sur la CANAM

Organigramme



Budget

TABLEAU RECAPITULATIF DU PROJET DE BUDGET 2013

LIBELLES	PREVISIONS 2012	PREVISIONS RECTIFIEES 2012	BUDGET 2013	TAUX D'EVOL
RECETTES				
Cotisation Assurance Maladie Obligatoire / CMSS	10 065 601 461	10 065 601 461	7 500 000 000	-25,49%
Cotisation Assurance Maladie Obligatoire / INPS	17 426 000 000	17 426 000 000	13 000 000 000	-25,40%
	27 491 601 461	27 491 601 461	20 500 000 000	-25,43%
Majorations de retard / CMSS	500 000	500 000	500 000	0,00%
Majorations de retard / INPS	1 000 000	1 000 000	1 000 000	0,00%
Produits contentieux / CMSS	1 000 000	1 000 000	1 000 000	0,00%
Produits contentieux / INPS	2 000 000	2 000 000	2 000 000	0,00%
	4 500 000	4 500 000	4 500 000	0,00%
Prdts de Ventes dossiers A/O	1 500 000	1 500 000	1 500 000	0,00%
	1 500 000	1 500 000	1 500 000	0,00%
SUBVENTIONS				
Autres Subvention d'exploitation	153 011 000	62 799 000	51 555 000	-17,90%
Subvention d'investissement	1 100 000 000	0	1 100 000 000	0,00%
	1 253 011 000	62 799 000	1 151 555 000	1733,72%
Revenus des titres de plac.	30 000 000	30 000 000	0	-100,00%
Intérêts des comptes banc. / CANAM	250 000 000	250 000 000	300 000 000	20,00%
Intérêts des comptes banc. / CMSS	2 500 000	2 500 000	10 000 000	300,00%
Intérêts des comptes banc./ INPS	3 150 000	3 150 000	15 000 000	376,19%
	285 650 000	285 650 000	325 000 000	13,78%
	1 544 661 000	354 449 000	1 482 555 000	318,27%
Total Recettes	29 036 262 461	27 846 050 461	21 982 555 000	-21,06%

DEPENSES				
Honoraires / Médecins CANAM	0	0	0	
Dotation Dépenses Techniques / CMSS	5 119 000 000	5 119 000 000	4 425 000 000	-13,56%
Dotation Dépenses Techniques / INPS	11 741 638 800	11 741 638 800	7 853 649 541	-33,11%
Autres dépenses techniques CANAM	3 705 530 256	3 705 530 256	677 087 187	-81,73%
Autres dépenses techniques CMSS	485 000 000	485 000 000	450 000 000	-7,22%
Autres dépenses techniques INPS	1 045 560 000	1 045 560 000	780 000 000	-25,40%
Salaires et Accessoires			516 001 087	0,00%
Primes de Rendement			193 992 401	0,00%
Charges Sécurités Sociales			138 632 780	0,00%
Imprimés			130 000 000	0,00%
	22 096 729 056	22 096 729 056	15 164 362 996	-31,37%
Frais d'études et de plans de constructions	60 000 000	60 000 000	60 000 000	0,00%
Logiciels	210 000 000	200 000 000	527 175 085	163,59%
TERRAIN	900 000 000	900 000 000	1 050 000 000	16,67%
Agencements Aménagements Inst	25 000 000	25 000 000	30 000 000	20,00%
Matériels Mobiliers de Bureaux	50 000 000	50 000 000	20 000 000	-60,00%
Matériels Techniques	185 000 000	185 000 000	200 000 000	8,11%
Matériels Informatique	150 000 000	150 000 000	150 000 000	0,00%
Matériels de Transports	95 000 000	95 000 000	95 000 000	0,00%
Matériel et mobilier logement de fonction	10 000 000	0	0	0,00%
Carte d'Assurés	1 437 500 000	437 500 000	1 437 500 000	228,57%
	3 122 500 000	2 112 500 000	3 569 675 085	68,98%
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT				
Fournitures de Bureau	70 000 000	70 000 000	75 000 000	7,14%
Imprimés	200 000 000	200 000 000	50 000 000	-75,00%
Fournitures et Consommables Informatiques	287 632 500	287 632 500	180 000 000	-37,42%
Electricité	25 000 000	25 000 000	25 000 000	0,00%
Carburants et Lubrifiants	100 000 000	100 000 000	190 000 000	90,00%
Eau	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0,00%
Petits Matériels - Outillages	2 058 809	2 058 809	4 000 000	94,29%
Autres Charges (Linge et vêtements de travail)	1 500 000	1 500 000	2 000 000	33,33%
Pneus et Chambres A Air	5 000 000	5 000 000	6 000 000	20,00%
	696 191 309	628 234 309	537 000 000	-22,87%
TRANSPORTS CONSOMMES (62)				
Frais de voyage et Déplacement des administrateurs	5 000 000	5 000 000	20 000 000	300,00%
Frais de voyage et Déplacement d'autres pers	5 044 700	5 044 700	0	-100,00%
Frets et Transports A Tiers	4 000 000	4 000 000	0	-100,00%
	14 044 700	14 044 700	20 000 000	42,40%
AUTRES SERVICES CONSOMMES (63)				
Réceptions et Réunions	15 000 000	15 000 000	20 000 000	33,33%
Fonctionnement Conseil D'Administration	10 000 000	10 000 000	10 000 000	0,00%
Indemnités Missions - Frais Séjour	210 000 000	190 000 000	200 000 000	9,29%
Loyers et Charges Location Immeubles	90 668 000	90 668 000	125 000 000	37,87%
Entretiens Réparation Immeubles.	59 200 000	59 200 000	65 000 000	9,80%
Entretien - Réparation Mobilier de Bureau	5 000 000	5 000 000	10 000 000	0,00%
Entret - Reparat Materiel Inf	3 000 000	3 000 000	5 000 000	66,67%
Entret Reparat Materiel Transp	10 000 000	10 000 000	15 000 000	50,00%
Rémunération d'Interm (Honor)	15 000 000	15 000 000	5 000 000	0,00%
Frais d'Actes de Justice	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0,00%
Annonces et Insertions	75 000 000	75 000 000	50 000 000	-33,33%
Foires et Expositions	30 000 000	10 000 000	0	-100,00%
Journaux - Catalogues - Autres	50 000 000	50 000 000	35 000 000	-36,36%
Publicité - Information - Public	175 000 000	175 000 000	150 000 000	0,00%
Etrennes - Pourboires	15 000 000	15 000 000	10 000 000	-33,33%

Affranchissement	40 000 000	40 000 000	30 000 000	-25,00%
Teleph Telegram Télex Téléfax	31 500 000	31 500 000	31 500 000	0,00%
Autres Frais Postaux	26 000 000	11 000 000	0	-100,00%
Frais Bancaires	10 000 000	10 000 000	2 000 000	-80,00%
Cotisations à d'autres organismes	6 000 000	6 000 000	6 500 000	-50,00%
Travaux - Façons	24 000 000	24 000 000	20 390 200	-15,04%
Autres services rendus par les tiers	70 000 000	70 000 000	90 000 000	5,88%
Etudes - Recherches	100 000 000	0	135 000 000	35,00%
Formation du Personnel	62 700 028	62 700 028	76 972 000	22,76%
Autres Sces Ext	20 000 000	20 000 000	20 000 000	0,00%
	1 158 068 028	1 003 068 028	1 117 362 200	11,39%
CHARGES ET PERTES DIVERSES				
Primes d'Assurance Incendie	30 300 000	30 088 000	23 000 000	-23,56%
Primes D'Assur Materiel Transp	35 000 000	35 000 000	35 000 000	0,00%
Autres Primes D'Assurance	30 000 000	10 000 000	25 000 000	150,00%
Indemnité Presence Conseil d'Admin	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0,00%
Jetons Presence-Conseil d'Admin	5 000 000	5 000 000	10 000 000	100,00%
	105 300 000	85 088 000	98 000 000	15,17%
Salaires et Accessoires	1 376 862 161	1 376 862 161	878 507 579	-36,19%
Primes De Rendement	164 141 695	164 141 695	304 549 713	85,54%
Primes de Fin Exercice et Autres Ristournes	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0,00%
Indem Preavis Lic. Depart Retr	5 000 000	5 000 000	5 000 000	0,00%
Charges Securite Sociale	250 425 512	250 425 512	233 097 427	-6,92%
Fonds Social	30 000 000	30 000 000	30 000 000	0,00%
Autres Charges Du Personnel	1 500 000	1 500 000	1 500 000	0,00%
	1 832 929 368	1 832 929 368	1 457 654 719	-20,47%
IMPOTS ET TAXES (66)				
Taxes Et Droits D'Enregistrement	2 000 000	2 000 000	2 000 000	0,00%
Droits De Douanes	500 000	500 000	500 000	0,00%
	2 500 000	2 500 000	2 500 000	0,00%
Frais Bancaires	2 000 000	2 000 000	10 000 000	400,00%
	2 000 000	2 000 000	10 000 000	400,00%
Charges Except.S/Oper Gestion	5 000 000	0	5 000 000	0,00%
Charges Except.S/Oper.Techn.	1 000 000	1 000 000	1 000 000	0,00%
	6 000 000	1 000 000	6 000 000	500,00%
	3 817 033 405	3 636 821 405	3 248 516 919	-10,68%
Total dépenses	29 036 262 461	27 846 050 461	21 982 555 000	-21,06%

Cercles où des bureaux INPS pour l'AMO sont à installer

Source : courrier du DG de l'INPS au Ministre du MSAHRN

Région de Kayes : Bafoulabé ; Diéma ;

Région de Koulikoro : Banamba ; Doïla ; Kangaba ; Kolokani ; Nara ;

Région de Sikasso : Kadiolo ; Kolondiéba ; Yanfolila ; Yorosso ;

Région de Ségou : Barouéli ; Bla ; Tominian ;

Région de Mopti : Bankass ; Ténénkou ; Youwarou ;

Région de Tombouctou : Goundam ; Gourma-Rharous ; Niafunké ;

Région de Kidal : Abéira ; Tin-Essako ; Téssalit.

Bénéficiaires de l'AMO

POPULATION DES ADHERENTS (2013)

Fonctionnaires	46 893
Fonctionnaires des collectivités	27 673
Retraités de la CMSS	46 199
Salariés privés	197 865
Conventionnaires	12 207
Retraités INPS	36 973
TOTAL	367 810

Nombre d'adhérents immatriculés par région (2013)

	Ouvrant droit	Ayant droit	Total
Inconnu	7	21	28
Kays	7 300	14 743	22 043
Koulikoro	13 620	29 542	43 162
Sikasso	11 864	28 448	40 312
Ségou	11 322	21 830	33 152
Mopti	6 617	14 050	20 667
Tombouctou	2 956	6 776	9 732
Gao	2 790	6 454	9 244
Kidal	547	1 094	1 641
Bamako	65 017	120 203	185 220
TOTAL	122 040	243 161	365 201

Panier de soins de l'AMO

1- LES STRUCTURES CONVENTIONNEES

- 12 Etablissements Publics Hospitaliers: Hôpitaux Nationaux, Régionaux
- 5 Etablissements Publics à caractère Scientifiques et techniques
- 1 Etablissement Privé Hospitalier
- 61 districts Sanitaires (dont 5 à Bamako);
- 344 Officines de pharmacie (177 à Bamako)
- 9 laboratoires privés d'analyses et de biologie médicale
- 964 centres de santé communautaire ;
- 01 cabinet privé :
- 16 Centres médicaux inter- entreprises
- 3 infirmeries (Police et Protection civile)
- 2 structures privées à but non lucratif (mutuelle)
- Infirmerie de l'Assemblée Nationale
-

2- PANIER DE SOINS AMO

- **2163 médicaments**
- **36 matériels d'ostéosynthèse**
- **4925 actes médicaux et de biologie, déclinés en :**
 - * 21 actes généraux
 - * 86 actes sur l'appareil circulatoire
 - * 589 actes sur l'appareil digestif
 - * 260 actes sur l'appareil respiratoire
 - * 45 actes sur l'appareil Glandes endocrines et métabolisme
 - * 60 actes concernant la procréation, la grossesse et le nouveau-né
 - * 55 actes sur le système immunitaire et système hématopoïétique
 - * 130 actes sur l'œil et annexes
 - * 240 actes sur l'Appareil ostéo-articulaire et musculaire du cou et du tronc
 - * 605 actes sur l'appareil ostéo-articulaire et musculaire du membre inférieur
 - * 350 actes sur l'oreille
 - * 460 actes sur l'appareil ostéo-articulaire et musculaire du membre supérieur
 - * 270 actes sur l'appareil Appareil ostéo-articulaire et musculaire de la tête
 - * 340 actes sur le système nerveux central, périphérique et autonome
 - * 111 actes sur l'appareil ostéo-articulaire et musculaire, sans précision topographique

- * 40 actes sans précision topographique
- * 290 actes sur le système tégumentaire - glande mammaire
- * 721 actes sur l'appareil urinaire et génital
- * 252 actes de biologie médicale

Prestations payées par l'AMO

		En 2012	(12 mois)
Pharmacie	Bko et régions	211987646	42,79%
Dont Pharmacie	Bko	118215473,5	55,77%
Laboratoires	Bko	37414751,57	7,55%
Hôpital	Bko	103189431,80	20,83%
CSREF	Bko	13829088	2,79%
CSCom	Bko	5538619,52	1,12%
Toutes FS	Sikasso	38001414	7,67%
	Mopti	11606140,24	2,34%
	Segou	15672107,86	3,16%
	Tombouctou	0	0,00%
	Gao	421083	0,08%
	Kidal	0	0,00%
	Kayes	6471667	1,31%
	Koulikoro	51273252,00	10,35%
		613620674,4	
TOTAL		495405200,9	100,00%

Du 1/1/2011 au

8/7/2014

(42 mois)

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

Modèle de convention avec une formation de santé

CONVENTION SECTORIELLE ENTRE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET LE CENTRE DE SANTE DE LA POLICE

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie, désignée dans ce qui suit par le terme « Caisse », représentée par Mr **Ankoundio Luc TOGO**, Directeur Général et agissant pour son propre compte et pour le compte de l'Agence Nationale d'Assistance Médicale,

En présence de :

- L'Agence Nationale d'Assistance Médicale représentée par **Mme ZOURE Fadimata MAÏGA**, Directrice Générale ;
- La Caisse Malienne de Sécurité Sociale représentée par **Mme Oumou Marie DICKO**, Directrice Générale ;
- L'Institut National de Prévoyance Sociale représenté par **Mr Bréhima Noumoussa DIALLO**, Directeur Général.

D'une part

Et

Le centre de santé de la police, agissant pour le compte désigné ci-après par le terme « prestataire » ou « centre de santé de la police », représenté par **Mr Odiouma KONE**, le Directeur Général.

En présence :

- des Ordres professionnels de la santé
- du Syndicat National de la Santé et de l'Action Sociale

D'autre part

-Renouvelant leur adhésion sans réserve aux principes de la mise en œuvre de l'assurance maladie tels que définis par la loi n°09-15 du 26 juin 2009 instituant un régime d'assurance maladie obligatoire et par la loi n°09-30 du 27 juillet 2009 portant institution du Régime d'Assistance Médicale ;

-Compte tenu de la place prioritaire et de l'importance de la santé en tant que facteur majeur de bien-être du citoyen;

-Considérant l'amélioration continue de la qualité des soins dispensés aux assurés et à leurs ayants droit comme étant l'un des principaux objectifs de l'assurance maladie;

-Compte tenu de la convergence de vues sur les objectifs de la réforme d'assurance maladie notamment en matière d'accessibilité aux services de santé, d'équité et d'égalité devant la maladie, de transparence des rapports entre les parties prenantes et de respect des équilibres économiques globaux ;

-Conscients que l'impératif d'équilibre financier de la CANAM et du RAMED et la nécessité de rationaliser les dépenses exigent la mise en œuvre d'un système basé sur l'option de maîtrise médicalisée axée principalement sur la coordination des soins et la rationalisation des prescriptions des médicaments et des soins secondaires dans le cadre du respect des « références médicales consensuelles » ;

-S'accordant sur l'importance de la place qu'occupent les praticiens en tant que dispensateurs de soins, dans la protection sanitaire des bénéficiaires du régime d'assurance maladie obligatoire et du régime d'assistance médicale, ainsi que dans la promotion de la qualité des soins et la rationalisation des dépenses ;

-Se référant aux différents textes législatifs et textes réglementaires relatifs à l'organisation, la déontologie et l'éthique des professions de santé ;

-Concrétisant leur volonté de bâtir des relations basées sur un partenariat conscient et responsable ;

-Les parties signataires s'engagent, chacune en ce qui la concerne, à contribuer activement à la réalisation des objectifs conventionnels en matière d'assurance maladie notamment ceux relatifs à la rationalisation des soins et à leur coût et à servir les bénéficiaires et leur fournir les prestations que leur confère le régime d'assurance

maladie dans les meilleures conditions possibles tout en veillant au respect de l'équité et conviennent de la teneur de la présente convention dont la teneur suit :

TITRE I : DES DEFINITIONS

Aux fins d'application de la présente convention, il est entendu par les expressions suivantes ce qui suit :

Accès aux soins : Possibilité pour chacun de se faire soigner. La Loi n°02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la Santé en République du Mali, stipule en son article 5, que l'Etat concourt à l'amélioration de l'accès aux soins de santé des populations les plus pauvres.

L'accès aux soins implique le pouvoir pour l'utilisateur d'accéder aux soins que son état nécessite et l'obligation pour les acteurs de la santé d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Accord préalable : Procédure qui conditionne la couverture par la Caisse de certains soins, médicaments ou appareillages par l'obtention de son accord préalable à leur dispensation. La liste est établie par la Caisse.

Affection de longue durée (ALD) : Affection ou pathologie nécessitant des soins continus ou chroniques sur une période relativement longue, voire tout au long de la vie du malade. La liste des ALD est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la Protection Sociale.

Affections prises en charge par des Programmes Prioritaires : Affection ou pathologie dont la prise en charge fait l'objet d'un programme spécifique soutenu par l'Etat malien, sur ses fonds propres ou à l'aide de concours financiers extérieurs. Exemple : VIH/SIDA, Tuberculose... etc. La liste des affections prises en charge par des programmes prioritaires est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la Protection Sociale.

Assuré social : Toute personne relevant du champ d'application du régime de l'assurance maladie, couverte par l'un ou l'autre des régimes de l'AMO et du RAMED.

Bénéficiaire: Toute personne qui remplit les conditions de bénéfice des prestations de soins au titre d'un régime de l'assurance maladie; il peut s'agir de l'assuré social lui-même ou de l'un de ses ayants-droit.

Bonnes pratiques de laboratoire : Ensemble de règles couvrant le processus analytique, son environnement et sa surveillance en vue de garantir la fiabilité des résultats d'analyses tout en assurant la sécurité du personnel de laboratoire et la protection de l'environnement.

Centre de référence : Centre régional ou local de l'OGD désigné par le prestataire conventionné dans sa demande d'adhésion repris sur la notification d'adhésion qui lui est adressée par la Caisse; le prestataire s'y réfère dans ses relations avec la Caisse et notamment pour lui adresser ses notes d'honoraires.

Contenu du régime de base, panier de soins : Liste réglementaire limitative des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments et des appareillages dont les frais sont remboursés ou pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un tarif et/ou d'une cotation prédéterminés. Le contenu du régime de base est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la Protection Sociale.

Continuité des soins : Processus qui consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre les fournisseurs des soins ambulatoires et hospitaliers. C'est un facteur essentiel de qualité des soins.

Convention (sectorielle) : Contrat passé entre la CANAM et les prestataires de soins (ou leurs représentants) d'une profession de santé. Ce contrat fixe les obligations de chacune des parties et notamment les honoraires que peut percevoir un soignant (médecin, médecin dentiste, etc.) pour ses actes (le tarif opposable). Ces honoraires servent de base au calcul pour le paiement du prestataire de soins conventionné.

La convention fixe les droits et obligations des parties contractantes notamment en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, et détermine les modalités de paiement et de règlement des litiges. Après sa signature, la convention est soumise à l'approbation du Ministre chargé de la Protection Sociale et publiée au journal officiel de la République du Mali par arrêté dudit Ministre.

Dénomination Commune Internationale (DCI) : Dénomination qui permet d'identifier chaque principe actif d'un médicament (c'est à dire celui de la molécule contenue dans le médicament) à l'aide d'un langage commun au niveau mondial. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande son utilisation.

Décision de prise en charge: Accord donné par la Caisse en vue de procéder au règlement du prestataire ou fournisseur au titre de certains soins dès lors que l'assuré remplit les conditions médicales et administratives requises.

Demande d'accord préalable: Requête exprimée au moyen d'un imprimé destiné au contrôle médical que le praticien doit remplir pour certains actes, médicaments ou appareillages; le praticien l'adresse à la CANAM ou à l'ANAM, qui doivent y répondre dans les délais fixés par la réglementation. Certaines demandes d'accord préalable sont spécifiques à certaines prestations.

Dossier santé: Document mis à la disposition du bénéficiaire et destiné à comporter un relevé des notes inscrites par le médecin traitant ainsi que les comptes rendus des bilans et des explorations qui lui ont été pratiqués. Il constitue un outil essentiel de la continuité des soins: il permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants.

Feuille de soins ou bordereau de facturation : Document normalisé réalisé par la CANAM que tout professionnel de santé doit remplir et délivrer à l'OGD concerné. Ce document est également celui qui doit accompagner toute demande de paiement du prestataire à la Caisse.

Honoraires conventionnels : honoraires perçus par le professionnel de santé en contrepartie des prestations de soins dispensées dans le cadre de l'assurance maladie ; ces honoraires sont établis par convention entre la Caisse et l'ordre / le syndicat d'une profession de santé.

Hospitalisation classique (séjour hospitalier) : Désigne le séjour de 24 heures ou plus dans un établissement hospitalier ou une clinique. Elle inclut le séjour et les actes techniques dans les différents services de spécialités médicales, de chirurgie et d'urgence. Elle comporte également les explorations, les actes complémentaires, les produits pharmaceutiques prévus par la nomenclature des médicaments en vigueur et toutes autres exigences médicales prévues par la réglementation et les conventions en vigueur.

Hospitalisation de jour: Prise en charge d'un malade dans un établissement sanitaire, qui, sans justifier une hospitalisation complète, nécessite des soins et / ou des examens ne pouvant être pratiqués en consultation externe. L'hospitalisation de jour couvre aussi bien les investigations pour le diagnostic d'une maladie que la pratique de bilans de surveillance, ainsi que les soins médicaux ou même chirurgicaux avec comme condition que cette activité nécessite moins de 24 heures d'hospitalisation.

Identifiant unique du bénéficiaire : Numéro composé de 13 chiffres attribué par la CANAM et l'ANAM au bénéficiaire en vue de son identification. Son inscription par le professionnel conventionné sur les formulaires de l'assurance maladie est obligatoire pour deux raisons:
il constitue vis-à-vis de la Caisse une preuve de la vérification de l'identité du malade par le professionnel de santé,
il constitue le principal moyen pour la Caisse d'identifier l'assuré ou son ayant droit concerné par la prestation.

Lettre clé : Codage permettant d'identifier un acte médical, paramédical ou technique et possédant une valeur exprimée en unité monétaire. Ce signe est porté par le professionnel de santé sur les feuilles de soins, suivi d'un coefficient valorisant l'acte pratiqué.

Médicament : Le médicament peut être défini comme étant toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques. Sont notamment considérés comme des médicaments:

- 1) les produits d'hygiène contenant une substance ayant une action thérapeutique ;
- 2) les produits d'hygiène contenant des substances vénéneuses à doses égales ou supérieures à celles fixées pour chaque substance et pour chaque type de produit, par arrêté du ministre de la santé.

Médicament générique : Médicament qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs et la même forme pharmaceutique que le médicament original et dont la bioéquivalence avec le produit original a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Un médicament générique contient donc la même molécule, est administré de la même façon et a les mêmes effets

que le médicament original. Il est généralement commercialisé sous un nom particulier, mais parfois uniquement sous la dénomination scientifique de la molécule.

Nomenclature générale des Actes professionnels : Liste réglementaire des actes médicaux et paramédicaux affectés de leur cotation. Cette liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la santé.

Ouverture des droits aux prestations: Période durant laquelle l'assuré social et ses ayants droit bénéficient des prestations prévues par l'assurance maladie.

Parcours de soins coordonné : une modalité d'accès des indigents aux différents niveaux de soins dans le secteur privé, qui repose sur l'orientation préalable par une structure sanitaire publique. Sauf situations exceptionnelles fixées par l'ANAM, les soins prodigués en dehors de ce parcours ne sont pas couverts.

Permanence des soins: C'est l'organisation des services de santé en vue de permettre un accès aux soins 24 H/24. Les médecins assurent des gardes dans les services de médecine d'urgence, les pharmaciens s'organisent pour assurer des gardes la nuit, le week-end et les jours fériés.

Pharmacien conventionné : pharmacien ayant adhéré à la convention sectorielle des pharmaciens et devant à ce titre respecter ses obligations conventionnelles. Les médicaments dispensés par le pharmacien non conventionné ne sont pas couverts par l'assurance maladie.

Praticiens contrôleurs : Praticiens (dentistes, médecins et pharmaciens) exerçant au service du contrôle médical mis en œuvre par la CANAM et l'ANAM.

Prestations en nature : Couverture des frais médicaux et paramédicaux de médicaments et d'appareillages dispensés au profit de l'assuré ou à l'un de ses ayants droit.

Prise en charge : Couverture par l'Assurance Maladie des frais de soins fournis au bénéficiaire sous forme de remboursement ou de paiement direct à l'établissement ou au professionnel de santé ayant dispensé ces soins.

Professionnel de santé : Tout soignant, exerçant dans le domaine médical (médecin libéral ou hospitalier, médecin dentiste), dans le domaine pharmaceutique (pharmacien, pharmacien biologiste...) ou paramédical (sage-femme, infirmier(e), kinésithérapeute, orthophoniste...) et tout professionnel participant aux soins (fournisseur d'appareillage, ambulancier...).

Professionnel de santé libéral : C'est le professionnel de santé qui n'est pas salarié. Il perçoit des honoraires et exerce pour son propre compte en cabinet, ou en clinique (par opposition au personnel hospitalier) : médecin, chirurgien- dentiste, pharmacien, infirmier (e), kinésithérapeute, orthophoniste...

Qualité des soins : La qualité des soins est définie par l'O.M.S. comme: " Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins". Il y a donc qualité des soins quand les modalités de prise en charge (diagnostic, traitement, suivi) sont conformes aux règles médicales et adaptées au malade. Qualité des soins n'est pas forcément synonyme de coût élevé, ni de technique de pointe.

Références médicales : Ce sont des règles scientifiques fixées par la communauté médicale, qui décrivent la meilleure façon de traiter une maladie. Elles précisent ce que chaque professionnel doit faire ou ne pas faire, et à quel moment, pour améliorer les chances de guérison tout en préservant la sécurité des patients. Chacun doit pouvoir être soigné selon ces règles.

Soins : Tout acte médical ou paramédical ainsi que tout bien de santé (médicaments, appareillages et dispositifs médicaux), réalisé ou dispensé par un professionnel de santé et concourant à la prévention, au traitement d'une maladie, à la prise en charge d'un handicap ou à des soins palliatifs.

Soins ambulatoires : Toutes les prestations de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation y compris les consultations des différentes spécialités, les visites, les médicaments ainsi que les actes professionnels s'y rattachant.

Tarif de référence (du médicament) : tarif de prise en charge ou de remboursement d'un médicament ; il est opposable à la Caisse. Il est payé au prestataire ou au pharmacien. Par ailleurs, l'assuré en assume une part équivalente au ticket modérateur.

Taux de prise en charge : taux de couverture par la Caisse des actes médicaux, des prestations et des médicaments. A chaque acte médical, prestation ou médicament correspond un taux de prise en charge spécifique de 70% en ambulatoire et 80% en hospitalisation.
La prise en charge des indigents par l'ANAM est de 100%.

Ticket modérateur : Quote-part des frais à la charge du bénéficiaire des prestations de soins, représentant la différence entre les montants des frais dus au titre des prestations de soins prodiguées conformément aux tarifs conventionnels et les montants pris en charge par le régime de l'assurance maladie.

Tiers payant : Modalité de prise en charge des frais de soins selon laquelle le patient ne paye au professionnel de santé que la part qui lui incombe au titre de sa participation aux frais de soins. Le reliquat est ainsi payé directement par la Caisse au professionnel de santé.

Urgence : Toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant au malade qu'au prestataire de santé.

TITRE II : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

CHAPITRE 1 : BENEFICIAIRES

Article 1 : Les termes de la présente convention s'appliquent exclusivement au bénéfice des assurés sociaux munis d'un support autorisant l'accès aux soins et médicaments dispensés par le centre de santé de diagnostic et de soins, conformément aux conditions et modalités prévues par la réglementation en vigueur.

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS COUVERTES

Article 2 : La présente convention couvre, pour la pratique des soins ambulatoires, les actes médicaux, paramédicaux, les examens de laboratoire d'analyses et les médicaments administrés ou délivrés dans la pharmacie du centre de santé de la police conformément aux conditions prévues par la réglementation en vigueur régissant le régime d'assurance maladie. Il en est de même pour les dispositifs médicaux dont les pharmacies sont habilitées à assurer la vente.

Conformément aux décrets d'application des lois n°09-15 du 26 juin 2009 et 09-30 du 27 juillet 2009, la liste des médicaments et les conditions de prise en charge des produits et appareillages sont fixés par arrêté interministériel du ministre en charge de la santé et du ministre en charge de la sécurité sociale. La pharmacie du centre de santé de la police est tenue au respect de la liste jointe en annexe.

Conformément aux décrets d'application des lois n°09-15 du 26 juin 2009 et 09-30 du 27 juillet 2009 susvisés, les pathologies et programmes de prévention faisant l'objet d'un financement spécifique de l'Etat ou par les partenaires techniques et financiers nationaux et extérieurs ne sont pas pris en charge par la Caisse.

En cas de doute sur la couverture d'une prestation par le régime d'assurance maladie, le prestataire prend contact avec le département du Contrôle Médical des Organismes de Gestion délégués (OGD) pour vérification, avant délivrance de la prestation.

Article 3 : La liste des prestations de soins ambulatoires, des médicaments, des dispositifs médicaux et des appareillages couverts par le régime de base définit pour chacun son « tarif de référence », « son taux de prise en charge » et tout autre élément qui détermine sa modalité de couverture par la Caisse.

Elle précise, en outre, les actes et les médicaments soumis à l'accord préalable de la Caisse.

Article 4 : La Caisse couvre, dans les conditions prévues à l'article 3, les frais des médicaments et des dispositifs médicaux prescrits et dispensés aux bénéficiaires par les professionnels de santé conventionnés, habilités selon la réglementation en vigueur.

TITRE III : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

Article 5 : La Caisse édicte des normes et standards minimum à respecter et qui, dans le cadre de sa contribution à la politique d'amélioration des soins, peuvent être plus élevés que ceux requis par le ministère en charge de la santé. L'établissement sanitaire signataire de la présente convention s'engage à respecter ces normes et standard à tout moment.

Article 6 : La mise en œuvre de la présente convention est subordonnée à la production, par l'établissement signataire d'un dossier comportant notamment les pièces suivantes :
un état limitatif des unités de production de diagnostics et de soins ouverts au public, selon un modèle communiqué par la Caisse,
une liste nominative des personnels de santé habilités à effectuer les actes prévus à la nomenclature et à prescrire les médicaments visés par la liste des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par la Caisse, selon un modèle communiqué par la Caisse.

Article 7 : La Caisse confirme par écrit au responsable légal de l'établissement la mise en œuvre opérationnelle de la présente convention en mentionnant les codes individuels des unités et des personnels de santé habilités qu'il devra utiliser dans ses relations conventionnelles, la date d'effet de son conventionnement ainsi que les coordonnées du « centre de référence » de la CANAM auquel l'établissement sera rattaché.

Article 8 : Les états et listes visés à l'article 6 devront être mis à jour en tant que de besoin à la diligence du responsable légal de l'établissement ; à défaut l'établissement ne pourra prétendre au remboursement des prestations accomplies par une unité, un producteur de biens ou un prestataire de services de santé non connu de la Caisse.

Les états et listes susvisés, fournis par l'établissement de santé, seront acheminés à la CANAM avec une ampliation pour le ministère en charge de la santé.

Article 9 : La Caisse informe le responsable légal de l'établissement de la prise en compte des informations visées aux articles 6 et 8 dans un délai ne dépassant pas les trente jours suivant sa date de dépôt et ce par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10 : Le centre de santé ayant reçu la notification d'affiliation en informe sans délai le public en affichant à l'entrée de son établissement au moyen d'un autocollant la mention « Etablissement conventionné avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ».

Article 11 : La Caisse propose à l'établissement, qui s'engage à en négocier le contenu, un « contrat d'objectifs » fixant pour un ensemble d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, des objectifs à atteindre au cours de la durée de validité de la présente convention.

TITRE IV : REGLES RELATIVES A L'EXECUTION DE LA CONVENTION

CHAPITRE 1 : REGLES LIEES A L'ACCES AUX SOINS ET AUX MEDICAMENT

Section 1 : Dispositions communes

Article 12 : Les parties contractantes s'engagent à respecter le libre choix du bénéficiaire à l'intérieur du réseau médical conventionné.

Article 13 : La Caisse est tenue de délivrer aux bénéficiaires un support d'accès aux soins (carte d'assuré social).

Conformément à l'article 27 du décret n° 09-552/P-RM du 12 Octobre 2009, la Caisse adresse périodiquement aux prestataires une liste des numéros de cartes d'assurés sociaux non restituées et faisant l'objet d'une opposition.

Article 14 : Les médicaments couverts par la Caisse sont, dans le cadre de l'exercice conventionnel, obligatoirement délivrés sur la présentation préalable d'une ordonnance médicale originale.

Sauf autorisation préalable de la Caisse, ne sont pas pris en charge les renouvellements d'ordonnances sans consultation ou visite.

Article 15 : Lors de la dispensation des médicaments dans le cadre de l'assurance maladie, le pharmacien est tenu de respecter les prescriptions médicales inscrites sur les ordonnances, sauf dispositions réglementaires contraires relatives notamment à la substitution ou à la disponibilité du médicament sur le marché national.

Article 16 : La Caisse ne peut couvrir, que les frais des médicaments dispensés dans les 10 jours qui suivent leur prescription en régime ambulatoire. De ce fait, le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé qui dispense des médicaments à un bénéficiaire après l'échéance indiquée doit l'informer du non remboursement des frais de ces médicaments et éviter de remplir les feuilles de soins présentées à cette fin par le bénéficiaire.

Article 17 : Avant toute dispensation de médicaments, le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé est appelé à vérifier que l'ordonnance qui lui est présentée est bien l'originale délivrée par le prescripteur, qu'elle n'a pas été déjà honorée et qu'elle n'est pas dupliquée.

Article 18 : Dans le cadre de l'assurance maladie, le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé ne peut délivrer en une fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois (28 ou 30 jours selon le conditionnement) et par exception à 45 jours pour les épisodes de maladie reconnus comme tels par les références médicales ou protocoles thérapeutiques.

La durée de validité de l'ordonnance originale citée à l'article 17 est portée à 3 mois pour les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD) reconnue par la Caisse.

Article 19 : A défaut d'indication par le médecin traitant du nombre d'unités thérapeutiques et/ou de la durée du traitement sur l'ordonnance, le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé est tenu de limiter la dispensation au plus petit conditionnement commercialisé.

Article 20 : L'établissement s'engage à faire bénéficier les patients des soins consciencieux, éclairés et prudents, conformément à la déontologie médicale. Il s'engage également à observer dans toutes ses prescriptions la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Article 21 : Dans le cadre de ses prescriptions médicales, l'établissement fait obligatoirement usage des feuilles de soins fournies par la Caisse. Les feuilles de soins doivent être signées et datées. Les suppléments pour convenance personnelle ne doivent pas y être inscrits.

Les actes doivent être inscrits par le code qui leur est attribué dans la nomenclature. Les feuilles de soins établies par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin mandant.

Article 22 : La liberté thérapeutique et la liberté de prescription sont garanties dans le cadre de la nomenclature générale des actes de la Caisse. Le médecin s'abstient de prescrire des médicaments qui ne sont pas sur la liste de la Caisse, des médicaments par simple mesure de précaution, à l'occasion d'un voyage ou pour l'approvisionnement d'une trousse médicale. Il s'abstient également de prescrire à la charge de la Caisse des examens pour un bilan général.

Article 23 : Les examens de laboratoire sont prescrits sur des feuilles d'examen. Les actes prescrits doivent figurer sur la feuille d'après le code qu'ils portent dans la nomenclature des actes de biologie médicale.

Article 24 : Le secret professionnel s'impose à tout praticien travaillant au sein de l'établissement. Le praticien veille à ce que les auxiliaires qui l'assistent dans son travail soient instruits des impératifs du secret professionnel et s'y conforment.

Les membres du personnel de la Caisse qui entretiennent des rapports professionnels avec le corps médical sont également soumis au secret professionnel. Les médecins sont autorisés à communiquer aux médecins du Contrôle Médical de la Caisse les informations utiles et nécessaires à l'exécution de leur travail.

Article 25 : Le médecin de l'établissement ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses possibilités et ses compétences.

Lorsqu'un médecin d'un établissement sanitaire réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins de la Caisse et les seconds sur un support personnel.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gratuit, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Le médecin ne signe la feuille de soins que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il demande des honoraires.

Section 2 : Dispositions spécifiques

Article 26 : La Caisse ne couvre que les médicaments et les dispositifs médicaux prévus par le régime de base et dispensés en conformité avec les règles d'accès aussi bien générales que celles spécifiques au tiers payant, au parcours de soins coordonné.

Paragraphe 1 - L'accès aux médicaments

Article 27 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux médicaments auprès du gérant de la pharmacie du centre de santé de la police, le gérant doit vérifier, selon une procédure édictée par la Caisse, notamment :

- la conformité entre l'identité du malade portée sur l'ordonnance et celle inscrite sur le support d'accès aux soins,
- la date de validité du support,
- le code du médecin ou de la structure sanitaire ayant prescrit les médicaments.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la Caisse.

Article 28 : Le gérant de la pharmacie du centre de santé vérifie en outre, que l'ordonnance a été prescrite par un professionnel de l'établissement de santé conventionné. L'inscription sur l'ordonnance par le prescripteur du code qui lui est attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion.

Article 29 : Toute dispensation de médicaments effectuée en méconnaissance des dispositions conventionnelles et notamment celles prévues aux articles 18 et 19 est inopposable à la Caisse.

Paragraphe 2 - Cas particulier des Indigents

Article 30 : Le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé s'engage, de par la place qu'il occupe dans le réseau de soins, à observer avec rigueur les règles d'accès et de dispensation des médicaments, spécifiques au parcours de soins coordonné telles que définies par la réglementation en vigueur.

Article 31 : Pour les Indigents si la prescription ne peut être honorée par la pharmacie de l'établissement, le prescripteur ou le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé appose sur l'ordonnance la mention « Orienté par un Prestataire de Soins Public ou un Prestataire Conventionné » ou « OPSPPC », son cachet et sa signature.

Paragraphe 3 - L'accès aux examens d'analyses médicales, de prestations de santé paramédicales

Article 32 : Lors de l'accès d'un bénéficiaire aux examens d'analyses médicales, de prestations de santé paramédicales de l'établissement, le praticien doit vérifier, selon une procédure édictée par la Caisse, notamment :

- la conformité entre l'identité du malade portée sur l'ordonnance et celle inscrite sur le support d'accès aux soins,
- la date de validité du support,
- le code du médecin ou de la structure sanitaire ayant prescrit les examens.

La matérialisation de la vérification de l'identité du bénéficiaire par le responsable du laboratoire s'effectue notamment par l'inscription de l'identifiant unique du bénéficiaire concerné sur tout document le concernant adressé à la Caisse. En cas d'urgence, la procédure de validation des droits préalablement à l'admission est faite a posteriori.

Article 33 : Le praticien vérifie en outre que la feuille d'examen a été prescrite par un professionnel de santé conventionné. L'inscription sur la feuille d'examen par le prescripteur du code qui lui est attribué par la Caisse au titre de son adhésion à la convention sectorielle est considérée comme preuve de son adhésion.

Article 34 : Toute réalisation d'analyses médicales, de prestations de santé paramédicales effectuée en méconnaissance des dispositions conventionnelles et notamment celles prévues aux articles 18 et 19, est inopposable à la Caisse.

Paragraphe 4 - Les actes de diagnostic et de soins

Article 35 : La Caisse détermine les prestations de diagnostic et de soins ambulatoires soumises à l'autorisation préalable du Contrôle Médical. Les actes autorisés par la Caisse ne sont pris en charge qu'à concurrence des montants autorisés.

En cas d'urgence, l'établissement est autorisé à dispenser des actes médicaux ou à délivrer des médicaments sans accord préalable, mais il doit procéder à la validation de l'accord du Contrôle Médical a posteriori, en décrivant les raisons ayant justifié l'urgence conformément aux définitions de la présente convention. En cas de contestation du Contrôle Médical, l'établissement n'est pas remboursé.

Article 36 : Dans tous les cas, le département du Contrôle Médical de la CANAM peut être saisi directement pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable par le praticien.

L'autorisation doit toujours être sollicitée par écrit. La demande adressée au Département du Contrôle Médical doit être motivée et accompagnée de toutes les pièces et rapports permettant audit département de faire une appréciation judicieuse.

La décision ou avis du Contrôle Médical est notifiée au praticien.

Lorsque le dossier soumis au Contrôle Médical est incomplet, une demande d'instruction complémentaire est renvoyée à l'établissement qui sollicite l'autorisation.

La décision d'accord préalable doit porter la mention « décision de prise en charge » ; celle-ci est gardée par l'établissement et fera partie intégrante du dossier de paiement que le responsable de la structure sanitaire déposera à la Caisse.

Article 37 : La Caisse s'engage, notamment lors de cette procédure d'accord préalable, à respecter le choix de l'assuré social relatif à son praticien et à n'exercer aucune influence susceptible de l'orienter vers un praticien ou un autre. Pour autant, si le bénéficiaire est un indigent, le prestataire devra également respecter les dispositions de l'article 31.

CHAPITRE 2 : MODES D'ECHANGE ET DE GESTION DES DONNEES

Article 38 : Les parties signataires se fixent pour objectif à réaliser au cours de l'application de la présente convention la mise en place d'un système d'information permettant, d'une part, la gestion informatisée des opérations conventionnelles, notamment celles liées au tiers payant, et d'autre part, l'échange électronique des données entre la Caisse (CANAM et OGD) et les structures sanitaires.

Articles 39 : Les conditions de mise en place et d'exploitation du système d'information prévu à l'article 38 ainsi que les obligations de chaque partie dans sa mise en œuvre seront fixés de commun accord.

TITRE V : REMUNERATION DES ETABLISSEMENTS

CHAPITRE 1 : MODALITES DE PAIEMENT

Article 40 : Le système de couverture des frais de santé au profit de l'assuré social comporte deux modalités : le paiement du ticket modérateur et le tiers payant. L'application de chaque modalité de paiement selon les bénéficiaires et en fonction des prestations dispensées se fait conformément aux textes en vigueur.

Article 41 : La couverture des frais de santé pour un acte, au titre des prestations soumises à l'accord préalable, est toujours subordonnée à l'accord de prise en charge par la Caisse.

L'accord de prise en charge doit être signifié par la Caisse dans les 48 heures suivant la réception de la demande.

Au-delà de ce délai, si la Caisse n'a pas notifié l'accord, il est réputé acquis ; cependant le responsable de l'établissement prendra contact avec la Caisse pour s'assurer que la demande d'accord préalable est bien en sa possession.

Article 42 : La règle générale de la tarification des frais de santé repose sur le principe du paiement à l'acte.

Article 43 : L'établissement sanitaire calcule les sommes qui lui sont dues par référence aux prix publics des actes et médicaments délivrés tels que fixés par la réglementation en vigueur.

Les prestations dispensées ne sont prises en charge que si celles-ci sont consignées sur des imprimés établis par la Caisse, appelés « feuilles de soins ». Elles peuvent être sur support électronique ou papier.

Article 44 : La Caisse procède au paiement de l'établissement sanitaire conformément aux tarifs de référence et aux taux de prise en charge.

Article 45 : L'établissement de santé ne peut exiger du bénéficiaire dispensé de l'avance des frais (tiers payant) que le montant du ticket modérateur calculé sur la base du tarif de référence des prestations servies.

Article 46 : La Caisse s'engage à mettre à la disposition de l'établissement de santé les listes des médicaments et des dispositifs médicaux couverts par le régime de base, telles que définies à l'article 5, indiquant pour chaque produit son tarif de référence et son taux de prise en charge.

Article 47 : La Caisse procède au paiement intégral des sommes dues à l'établissement de santé dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception du décompte, l'accusé de réception faisant foi. Le paiement est effectué par chèque ou par virement au compte de l'établissement. La Caisse adresse simultanément à l'établissement de santé un relevé d'information précisant notamment le montant, la date et la référence du virement effectué ainsi qu'une note explicative des prestations payées.

Les factures contestées par le Contrôle Médical de la Caisse sont retournées à l'établissement avec indication écrite de notification de la contestation, au plus tard dans les 30 jours suivant la date de dépôt. L'établissement engage alors avec le Contrôle Médical un dialogue afin d'examiner les factures contestées. Si, au terme de cet examen, aucun accord n'est trouvé, les factures sont portées devant la Commission Paritaire Mixte.

En cas d'empêchement pour la Caisse de respecter le délai conventionnel de 30 jours, cette dernière engage un dialogue avec l'établissement de santé sur les causes de l'empêchement et les perspectives de rétablissement.

Article 48 : La Caisse mettra en place les outils et les procédures de nature à établir le droit des bénéficiaires à disposer des prestations sanitaires.

CHAPITRE 2 : REDACTION DES DOCUMENTS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS ET FRAIS DES MEDICAMENTS

Section 1 : Dispositions communes

Article 49 : Dans le respect des règles déontologiques et notamment du secret médical, le responsable de l'établissement sanitaire veille à l'exactitude et à l'exhaustivité des informations qu'il communique à la Caisse en vue de faire valoir ses droits ou ceux de ses malades.

Article 50 : Le responsable de l'établissement de santé veille également au respect des règles de lisibilité des informations portées par les praticiens sur les ordonnances médicales et sur tout document destiné à faire valoir ses droits ou ceux des bénéficiaires auprès de la Caisse.

Il s'engage en outre au strict usage des formulaires destinés à l'assurance maladie dans les conditions et les règles qui leurs sont prévues.

Les praticiens s'abstiennent notamment de remplir lesdits formulaires lorsqu'ils dispensent des actes et des médicaments en dehors du présent cadre conventionnel.

Article 51 : Après chaque dispensation au profit d'un bénéficiaire, le praticien porte sur l'original de l'ordonnance honorée la date de la dispensation ainsi que son visa et son cachet.

Article 52 : Toute inscription sur une ordonnance ou un document, faite dans le cadre de l'exercice conventionnel du praticien, doit obligatoirement inclure le code qui lui a été attribué par la Caisse au titre de l'affiliation de l'établissement de santé à la convention.

Section 2 : Procédure spécifique à la facturation non informatisée pour les Prestations médicales et paramédicales, les examens d'analyses médicales et la cession de médicaments

Article 53 : Sur chaque feuille de soins honorée, le praticien, identifié par son code, signe devant l'indication et le prix de la prestation effectuée ainsi que le montant à la charge de la Caisse au titre du tiers payant.

Article 54 : En ambulatoire, pour chaque ordonnance honorée, le gérant de la pharmacie de l'établissement de santé doit signer la feuille de soins, indique le nombre de conditionnements délivrés, le prix public et le montant à la charge de la Caisse au titre du tiers payant.

Section 3 : Procédures spécifiques à la facturation informatisée

Article 55 : Les factures doivent être accompagnées par les feuilles de soins honorées. L'établissement sanitaire fait parvenir les données selon les modalités précisées par la CANAM.

Section 4 : Procédure commune de facturation

Article 56 : En vue de se faire payer par la Caisse, l'établissement sanitaire doit adresser, selon une procédure édictée par la Caisse, à l'OGD concerné, un décompte selon le modèle fourni par cette dernière, relatif aux ordonnances dispensées au profit des bénéficiaires et mentionnant notamment pour chacune d'elles :

- la date de dispensation des prestations ;
- le code du prescripteur ;
- le code de l'affection ;
- l'identifiant unique de l'assuré ;
- le montant total facturé ;
- le montant perçu du bénéficiaire ;
- le montant à la charge de la Caisse.

L'établissement sanitaire indique également dans le décompte le montant global facturé à la Caisse écrit en toutes lettres.

Article 57 : L'établissement de santé joint obligatoirement au décompte la décision de prise en charge éventuelle en cas d'actes soumis à l'accord préalable de la Caisse.

Article 58 : Les feuilles de soins honorées sont adressées à l'OGD par le responsable de l'établissement, selon des modalités précisées par la Caisse.

TITRE VI : CONTROLE MEDICAL

Article 59 : Les parties signataires conviennent que le Contrôle Médical s'effectue sur la base des dispositions réglementaires et de celles de la présente convention. Conformément aux décrets n°09-552 et n°09-555 du 12 octobre 2009, des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens assurent le Contrôle Médical pour le compte de la Caisse.

A ce titre, ils sont chargés :

- d'effectuer les contrôles relatifs aux bénéficiaires ;
- d'autoriser la prise en charge de certains actes médicaux, paramédicaux et dentaires, ainsi que celles de fournitures médicales ;
- de vérifier la conformité de la tarification de l'acte prescrit ;
- de constater le cas échéant, les dérapages injustifiés de l'activité professionnelle du prestataire.

Article 60 : L'établissement sanitaire est tenu de permettre à la Caisse d'exercer un contrôle sur les assurés ou leurs ayants droit bénéficiaires de prestations de santé ou de maternité.

Pour effectuer son contrôle, le médecin contrôleur a librement accès audit établissement.

Tout renseignement et tout document administratif ou médical d'ordre individuel ou général utile à sa mission est tenu à sa disposition par le responsable de l'établissement sanitaire ou le médecin concerné, dans le respect des règles du secret professionnel.

A tout moment, et en tant que de besoin, le médecin contrôleur peut procéder à l'examen d'un patient. Le praticien traitant peut y prendre part.

Article 61 : Lorsque le médecin contrôleur de la Caisse estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que la prise en charge par la Caisse des frais exposés par un assuré ou l'un de ses ayants droit dans un établissement de santé n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, la Caisse refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Lorsque le médecin contrôleur de la Caisse estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que le service ou l'établissement dans lequel se trouve l'assuré ou son ayant droit n'est pas approprié à son état pathologique, le praticien contrôleur informe le responsable du Contrôle Médical qui, à son tour, saisit le Directeur de l'organisation et du contrôle de la qualité des soins, habilité à demander le transfert du malade dans un établissement où l'intéressé est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état.

Dans tous les cas, le Directeur de l'organisation et du contrôle de la qualité des soins informe le service du contrôle médical de l'OGD de référence de sa décision.

Article 62 : Les médecins contrôleurs n'ont pas à s'immiscer de manière inappropriée dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ils doivent s'abstenir de formuler devant le malade un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Article 63 : Les médecins traitants sont tenus de fournir sous pli fermé aux médecins du Contrôle Médical toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement du malade.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les praticiens contrôleurs doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, dans le respect du secret médical.

TITRE VII : PRESCRIPTION ABUSIVE DE SOINS

Article 64 : Est considéré comme abus de prescription tout acte médical jugé complaisant par la Caisse.

Article 65 : Les abus de délivrance de soins par les professionnels de santé sont portés devant la Commission médicale de la Caisse lorsqu'il est établi par la Caisse que des prestations sont complaisantes, celles-ci sont exclues de la prise en charge.

Article 66 : Les prestations dont la prise en charge est rejetée par la Caisse font l'objet d'une communication motivée du département du Contrôle Médical à l'assuré et aux prestataires intéressés.

Article 67 : Au terme des délibérations de ladite Commission pour des prestations complaisantes, les mesures suivantes peuvent être prises à l'encontre du prestataire, en fonction de la gravité des cas. Il s'agit de :

- avertissement écrit ;
- mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- suspension de la convention ;
- dénonciation de la convention.

Article 68 : En cas d'abus avéré sur des prestations consommées, la Caisse règle aux prestataires les frais y relatifs, sous réserve que sa responsabilité dans la délivrance des prestations ne soit pas établie.

TITRE VIII : EXERCICE ILLÉGAL ET FRAUDE

Article 69 : Toute complicité avérée entre le praticien ou le personnel de l'établissement ou le patient en vue d'obtenir le paiement de prestations complaisantes est considérée comme cas de fraude et est sanctionnée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 70 : Dans le but de protéger l'assuré social contre les pratiques nuisant à sa santé, découlant de l'exercice illégal des professions médicales, les parties signataires de la présente convention s'informent mutuellement et informent les instances conventionnelles des faits dont elles ont eu connaissance et des actions engagées conformément à la réglementation en vigueur.

Le prestataire doit également avertir sans délai la Caisse de toute pratique irrégulière de la part des assurés. En cas de non-observation constatée de cette disposition, la Caisse se réserve le droit de rejeter toute demande en paiement et de résilier la présente convention sans préavis.

En cas de fraude du prestataire ou de complicité de fraude, la Caisse pourra engager des poursuites judiciaires, la présente convention devenant caduque dès la constatation des faits frauduleux. Les sommes indûment versées au bénéfice du prestataire et / ou des tiers devront être remboursées par le prestataire, augmentées des dommages et intérêts qui pourront être réclamés.

TITRE IX : EXERCICE CONVENTIONNEL ET LES AUTRES REGIMES DE COUVERTURE MALADIE

Article 71 : Dans le but de permettre aux assurés de bénéficier de toute forme de couverture maladie complémentaire conforme à la réglementation en vigueur, les parties signataires s'engagent à étudier et envisager les mesures qui pourraient être, à cet effet, fixées par avenant.

TITRE X : SUIVI DE LA CONVENTION ET REGLEMENT DES DIFFERENDS

Article 72 : Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention, la Caisse élabore et met à jour les modalités et procédures d'échange et de collaboration avec les prestataires conventionnés ainsi que ses annexes. Tous ajouts, retraits ou mises à jour des modalités et procédures deviennent automatiquement opposables aux prestataires conventionnés dès information par la Caisse.

La Caisse indique aux prestataires le délai qui leur est fixé pour se mettre en conformité avec les points modifiés ou ajoutés.

Article 73 : Relativement aux modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre les prestataires de soins et la Caisse, cette dernière est habilitée à prendre, à l'encontre de l'établissement qui ne respecte pas les dispositions de la présente convention, toutes les mesures de nature à conserver ses droits. Ces mesures varient selon la nature et la gravité de l'infraction commise comme indiqué dans l'article 70 de cette convention.

Article 74 : Les parties contractantes s'engagent à respecter mutuellement les obligations découlant de la présente convention. A cet effet, elles conviennent de l'instauration d'une commission paritaire chargée du suivi des différents aspects de la convention et de statuer sur les litiges qui pourraient survenir entre les parties contractantes.

Article 75 : L'établissement qui se considère lésé par une décision prise à son encontre par la Caisse, dispose du droit de recours devant la commission paritaire compétente conformément aux conditions énumérées dans le chapitre 3 du présent titre.

Article 76 : En sus du recours à la commission paritaire, les parties contractantes admettent la possibilité de recourir à l'arbitrage dans les conditions et selon les modalités qui seront définies par avenant à cette convention.

CHAPITRE 1 : PREROGATIVES DE LA CAISSE

Article 77 : La Caisse peut prendre à l'encontre de l'établissement sanitaire faisant défaut à ses obligations conventionnelles l'une des mesures suivantes :

- le rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement de l'établissement ou du praticien et l'invitant à le corriger ;
- la suspension du paiement de l'établissement ou du praticien dans la limite du coût de la (des) prestation(s) ou du (des) produit(s) objet(s) du litige ;

- la mise en surveillance pendant une période déterminée ;
- la suspension de la convention ;
- la dénonciation de la convention.

Article 78 : Les décisions prises par la Caisse et mentionnées à l'article 77 sont immédiatement exécutoires.

Article 79 : La Caisse est tenue de notifier sa décision à l'établissement, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 15 jours.

CHAPITRE 2 : RECOURS DE L'ETABLISSEMENT

Article 80 : En vue de favoriser la résolution amiable des éventuels litiges survenant entre les parties contractantes, l'établissement peut demander à la Caisse par voie de requête le réexamen de la décision prise à son encontre; dans le cas où la requête porte sur le non paiement total ou partiel de son décompte, l'établissement peut saisir la Caisse dans un délai ne dépassant pas les 120 jours à compter de la date de réception du décompte par cette dernière.

Article 81 : L'établissement qui se considère lésé par la décision prise à son encontre par la Caisse peut saisir la commission paritaire en vue de réexaminer la dite décision et ce, par demande écrite au nom du président de la commission.

CHAPITRE 3 : COMMISSION PARITAIRE

Article 82 : Il est institué une commission paritaire, chargée de résoudre les litiges qui pourraient naître entre la Caisse et les établissements sanitaires.

Section 1 : Mission et composition

Article 83 : La commission paritaire constitue un premier niveau de recours aux parties ayant pour objectif l'instauration d'un espace de dialogue, d'échange et de rapprochement des points de vue des parties. Sa mission consiste en la recherche d'une résolution amiable et consensuelle des litiges qui lui sont soumis.

Article 84 : La composition de ladite commission est fixée comme suit :

Trois représentants des prestataires de santé ;

Trois représentants de la Caisse désignés par son Directeur Général.

La commission élit un président et un vice-président qui ne peuvent appartenir à la même partie.

Section 2 : Modalités de fonctionnement

Article 85 : La commission paritaire se réunit en tant que de besoin, à l'initiative de l'une ou l'autre partie. Les réunions sont convoquées par le président.

La commission se réunit par défaut au siège de la Caisse qui en assure le secrétariat.

Article 86 : Tout en observant le caractère prioritaire des dossiers inscrits à son ordre du jour, la commission dispose d'un délai maximal de 45 jours pour l'examen de toute requête lui parvenant et ce à compter de la date de sa réception.

Article 87 : Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents.

TITRE XI : REVISION DE LA CONVENTION

Article 88 : La présente convention est conclue pour une durée de trois ans à compter de la date d'approbation du Ministre chargé de la Protection Sociale.

Article 89 : Elle est reconduite tacitement pour une période de même durée sauf dénonciation, au moins six mois avant sa date d'échéance par l'une des parties signataires.

Article 90 : En cas de non accord sur la reconduction de la convention pour la période énoncée à l'article 89, les parties conviennent de sa reconduction pour une période minimale d'une année à compter de sa date d'échéance.

Bamako, le _____

Pour le centre de santé de la police

Le Directeur Général

Odiouma KONE

**Pour la Caisse Nationale
D'Assurance Maladie**

Le Directeur Général

Ankoundio Luc TOGO
Chevalier de l'Ordre National

Convention d'objectifs et de moyens : la dotation de gestion technique (extrait de la convention avec la CMSS)

Article 15 : La dotation de gestion technique

La dotation de gestion technique est destinée exclusivement au paiement des prestataires de soins conventionnés de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La dotation pour la prise en charge des prestations techniques est fixée sur la base d'un budget prévisionnel annuel établi en fonction du nombre de personnes dont les cotisations ont été effectivement recouvrées par la CMSS pendant la période précédente.

Pour établir ce budget, la CMSS doit communiquer à la CANAM avant l'échéance de l'ouverture des droits les noms, prénoms, montant du salaire, montant de la cotisation d'assurance maladie obligatoire pour chaque assuré dont les cotisations ont été recouvrées.

La dotation technique de la CMSS est égal au nombre des cotisants multiplié par six (personnes par famille) multiplié par la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le coût du panier de soins.

Le coût du panier de soins, estimé à 11 855 FCFA/bénéficiaire/an par les études institutionnelles et techniques sur l'assurance maladie, permet, avec un taux de prise en charge situé entre 70 et 80%, d'arrêter le coût technique total (coût des prestations) de l'assurance maladie obligatoire à 8 358 FCFA /bénéficiaire/an.

Le nombre de bénéficiaires de la CMSS est calculé en multipliant le nombre des cotisants par 6 qui est le nombre moyen par famille. Sur cette base, les dépenses techniques prévisionnelles sont égales au nombre de bénéficiaires multiplié par 8358 FCFA.

Annexe 4 : Informations sur l'ANAM

Budget

DESIGNATION	ANNEES 2011	
	PREVISION	REALISATION
<i>SUBVENTION/ CONTRIBUTION ETAT</i>	1 047 301	1 047 301
<i>CONTRIBUTION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES</i>	366 555	-
<i>RESSOURCES SUR EXERCICE ANTERIEUR (DEPOT)</i>		
<i>TOTAL GENERAL / RESSOURCES</i>	1 413 856	1 047 301
<i>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT Y CPRIS SALAIRE</i>	380 575	288 052
<i>DEPENSES D'INVESTISSEMENT</i>	502 442	279 874
<i>DEPENSES TECHNIQUES</i>	530 839	335 883
DEPOT	530 839	308 397
REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS		6 486
AUTRES CHARGES TECHNIQUES		21 000
<i>TOTAL GENERAL / DEPENSES</i>	1 413 856	903 809

DESIGNATION	ANNES 2012	
	PREVISION	REALISATION
<i>SUBVENTION/ CONTRIBUTION ETAT</i>	1 094 438	1 064 367
<i>CONTRIBUTION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES</i>	383 053	-
<i>RESSOURCES SUR EXERCICE ANTERIEUR (DEPOT)</i>		308 397
<i>TOTAL GENERAL / RESSOURCES</i>	1 477 491	1 372 764
<i>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT Y CPRIS SALAIRE</i>	579 617	411 533
<i>DEPENSES D'INVESTISSEMENT</i>	194 000	220 238
<i>DEPENSES TECHNIQUES</i>	678 874	675 556
DEPOT		620 533
REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS		36 173
AUTRES CHARGES TECHNIQUES		18 850
<i>TOTAL GENERAL / DEPENSES</i>	1 452 491	1 307 327

	ANNEE 2013	
DESIGNATION	PREVISION	REALISATION
<i>SUBVENTION/ CONTRIBUTION ETAT</i>	1 121 182	974 627
<i>CONTRIBUTION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES</i>	392 414	
<i>RESSOURCES SUR EXERCICE ANTERIEUR (DEPOT)</i>		568 133
TOTAL GENERAL / RESSOURCES	1 513 596	1 542 760
<i>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT Y CPRIS SALAIRE</i>	551 721	492 438
<i>DEPENSES D'INVESTISSEMENT</i>	50 000	68 362
<i>DEPENSES TECHNIQUES</i>	911 874	703 427
DEPOT		658 715
REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS		44 712
AUTRES CHARGES TECHNIQUES		
TOTAL GENERAL / DEPENSES	1 513 595	1 264 227

	ANNEE 2014
DESIGNATION	PREVISION
<i>SUBVENTION/ CONTRIBUTION ETAT</i>	1 147 358
<i>CONTRIBUTION DES COLLECTIVITES TERRITORIALES</i>	401 575
<i>RESSOURCES SUR EXERCICE ANTERIEUR (DEPOT)</i>	823 688
TOTAL GENERAL / RESSOURCES	2 372 621
<i>DEPENSES DE FONCTIONNEMENT Y CPRIS SALAIRE</i>	544 361
<i>DEPENSES D'INVESTISSEMENT</i>	60 000
<i>DEPENSES TECHNIQUES</i>	1 768 260
DEPOT	1 768 260
REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS	
AUTRES CHARGES TECHNIQUES	
TOTAL GENERAL / DEPENSES	2 372 621

Effectifs de bénéficiaires immatriculés

Qualité/Année	2011	2012	2013	Du 2 /1 au 4/9 2014	Total
Ouvrant droit	439	375	5520	701	7035
Ayant droit	154	629	403	165	1351
Admis de droit	0	4	2540	3735	6279
Total	593	1008	8463	4601	14 665

Prestations

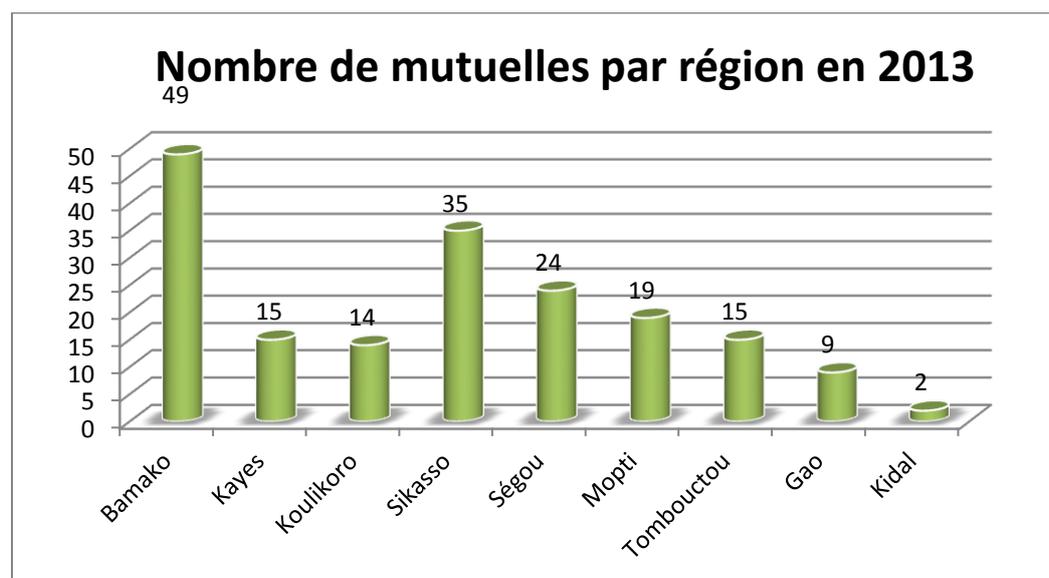
Libellé	Périodes	Montant
Remboursement de prestations médicales	Année 2011	6 485 872
Remboursement de prestations médicales	Année 2012	55 022 939
Remboursement de prestations médicales	Année 2013	44 712 090
Remboursement de prestations médicales	Année 2014 (janvier-juillet)	37 206 340
Total général		143 427 241

Annexe 5 : Informations sur l'UTM et les mutuelles

Effectifs de mutuelles et de bénéficiaires

RÉCAPITULATION DES DONNÉES SUR LES MUTUELLES AGRÉÉES AU MALI

ANNÉE:		2013
Nombre total de Mutuelles agréées :		182
Nouvelles mutuelles agréées en 2013 :		10
Nombre de mutuelles restructurées en 2013 :		14
Nombre de mutuelles rayées en 2013:		1



Nombre total d'adhérents inscrits		Total adhérents inscrits	Nombre d'adhérents à jour des cotisations		Total adhérents à jour
Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
195 258	81 006	276 264	108 752	53 591	162 343

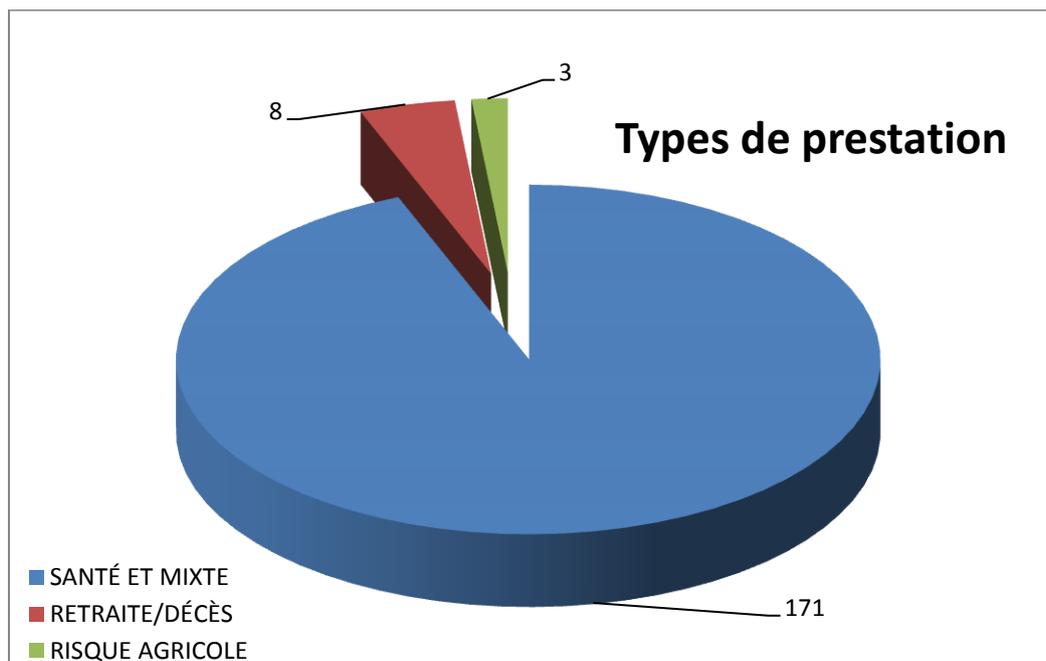
Nombre de bénéficiaires inscrits		Total Bénéficiaires inscrits	Nombre de bénéficiaires à jour des cotisations		Total Bénéficiaires à jour
Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
321	289	610 492	144	112 190	256 491
211	281		301		

Éléments financiers : cotisations, dépenses

Situation des finances					
Cotisations attendues	Cotisations recouvrées	Dépenses en prestation	Dépenses en fonctionnement	Total dépenses	Solde caisse
851 293 674	575 499 946	367 378 202	114 289 658	484 557 945	390 879 310

Prestations

Montant prestations santé		Montant Total Santé
Hommes	Femmes	
171 015 891	194 908 314	368 038 615



Le produit AMV

Période

Rubriques/Régions	Bamako	Total UTM
Taux de collecte	0,30	0,34977
Cotisations acquises	64 945 835	102 921 812
Cotisations attendues	216 634 480	294 251 980
Part réservée aux prestations (acquise) : 69,1304	44 897 316	71 150 260
Part réservée aux prestations (attendue) : 69,1304	149 760 283	203 417 571
Prestations payées	42 901 922	75 025 791
Sinistralité /cotisation acquise		1,0545
Sinistralité globale réelle		0,3688

Bénéficiaire/Adhérent

Cumul au 31/12/2013	19 162	58 512	3,05
----------------------------	---------------	---------------	-------------

Protocole D'Accord avec le Syndicat National des Commerçants Détaillants du Mali

Entre l'Union Technique de la mutualité malienne, représentée par son président,

Monsieur Babassa DJIKINE

d'une part

et le SYNACODEM (Syndicat National des Commerçants Détaillants du Mali) représentée par M . Cheick Oumar SACKO

d'autre part,

Il a été convenu ce qui suit:

Article 1: Objet du protocole d'accord

Dans le cadre de la mise en œuvre de son plan de diffusion de l'Assurance Maladie Volontaire (AMV) et également dans les perspectives d'étendre l'accès aux soins au grand public des commerçants détaillants, l'Union Technique de la Mutualité confie au SYNACODEM l'exécution des prestations d'animation, de promotion de l'AMV ainsi que la collecte des cotisations induites par l'affiliation à ce produit santé auprès de ses membres à travers tout le pays.

Ces prestations seront exécutées selon les modalités définies dans le présent document.

Article 2: Définition de la prestation

La prestation consiste à :

-informer et sensibiliser les commerçants détaillants où ils se trouvent sur l'Assurance Maladie Volontaire de la mutualité malienne. Il s'agira de présenter l'AMV et d'en exposer les avantages, les conditions et moyens d'adhésion,

-recueillir les adhésions des commerçants détaillants avec leurs membres de familles ayant exprimées le souhait,

-remplir tous les documents de suivis mis à la disposition des animateurs pour la réalisation et le contrôle des prestations.

-communiquer à l'UTM toutes les informations et les documents se rapportant à ces trois premiers points.

Les prestations se définiront en nombre d'adhésions enregistrées et en montant collecté en termes de frais d'inscriptions et cotisations.

Une adhésion sera considérée comme recevable dès lors que le bulletin la concernant sera correctement rempli et que le montant du droit d'adhésion et de la première cotisation qu'elle implique seront perçus par l'UTM.

Article 3: Personnes habilités à effectuer la prestation

Seuls les animateurs identifiés par le SYNACODEM avec lequel est passé le présent protocole d'accord pourront effectuer ces prestations. Elle ne pourra en aucun cas être effectuée par une tierce personne. Ces animateurs seront sous la responsabilité du SYNACODEM

Article 4: Engagement du SYNACODEM

Le SYNACODEM s'engage à :

-assurer l'information et la sensibilisation de ses membres en vue de les conduire à adhérer à l'AMV et ce à l'aide des documentations fournies à cet effet par l'UTM avant et durant la durée de réalisation de ces prestations,

-assurer l'enregistrement des adhésions des commerçants détaillants ainsi que leurs membres de familles selon les procédures définies dans "la fiche Procédures des animateurs",

-remplir systématiquement au moment de chaque adhésion le bordereau prévu à cet effet,

-percevoir auprès du nouvel adhérent le montant des droits d'adhésion et au moins une première cotisation accompagnant cette adhésion,

-transmettre à l'UTM le double de ces documents lors de rencontre entre le SYNACODEM et l'UTM dont la périodicité sera fixée de commun accord,

- Participer aux réunions de suivis organisées par l'UTM,

Article 5:Engagement de l'UTM

L'UTM s'engage à :

-assurer la formation des animateurs identifiés par le SYNACODEM en début et en cours de contrat dans les domaines de la mutualité et de l'Assurance Maladie Volontaire.,

-assurer la prise en charge des frais afférents au volet communication que les deux parties pourront organiser dans le cadre de la mise en œuvre de ce protocole et cela dans la mesure des moyens dont nous disposons.

-fournir les supports nécessaires au suivi des contacts et au traitement des adhésions selon les procédures définies dans "la fiche de procédures de l'animateur".

Ces pièces sont: le bordereau des adhésions, les carnets de reçu les bulletins d'adhésion, les supports de communication concernant l'AMV, une carte d'animateur pour chacun avec mention « Partenariat entre Mutualité malienne et SYNACODEM ».

-rémunérer les prestations sur la base de la rétrocession sur le montant :

*des cotisations collectées (1,9%)

*des frais d'adhésion collectés (20%)

Article 6: Résultats attendus de la prestation du SYNACODEM

L'UTM attend de ce protocole d'accord

Un objectif global chiffré en termes de nouvelles adhésions à atteindre sur 3ans à partir duquel pourra être décliné un objectif annuel :

-Première année.....nouvelles adhésions

-Deuxième année.....nouvelles adhésions

-Troisième année.....nouvelles adhésions

Article 7: Durée du Protocole d'Accord

Le présent protocole qui prendra effet à sa date de signature, est conclu pour une durée de trois (3) ans pour la première étape.

Il se renouvellera ensuite de plein droit par tacite reconduction d'année en année sauf dénonciation expresse par lettre recommandée avec accusé de réception, de l'une ou de l'autre partie intervenant deux mois avant la date d'échéance.

Avant la fin de chaque période annuelle de validité, chacune des parties se réserve la possibilité de proposer un nouveau texte qui se substituerait au présent protocole. Les demandes de modifications devront être adressées dans un délai de trois mois avant la fin de la période de validité par lettre recommandée au siège social de chacune des parties signataires. A défaut d'un accord des parties sur un nouveau texte, le protocole prendra fin à sa date d'échéance.

Article 8: Paiements des prestations ou motivations

Les paiements des prestations ou motivation s'effectueront à une période convenue entre les parties et en fonction des résultats apporter (cotisations collectées et frais d'adhésion payés). Un rapport doit être fait par le SYNACODEM portant sur les activités réalisées ainsi que le résultat atteint ou une demande de rétrocession afin de rentrer en possession des sommes dues.

Les sommes seront versées au SYNACODEM, cela après réception de toutes les pièces (bulletin d'adhésion, reçus et montant correspondant) justifiants l'adhésion.

Article 9: Rupture avant échéance

L'une des parties contractantes peut à tout moment dénoncer le présent protocole en cas de non observation des engagements. Toutefois la dénonciation du présent protocole par l'une ou l'autre des parties doit intervenir dans un délai de deux mois avant son échéance annuelle.

Les parties contractantes peuvent mettre fin au présent protocole par accord mutuel écrit précisant la date de la rupture.

Article 10: Mécanisme de suivi et d'évaluation

1- Mécanisme de suivi

Un comité de suivi paritaire composé des représentants du SYNACODEM et de l'UTM sera mis en place pour suivre la mise en œuvre du protocole selon un chronogramme.

Il sera composé notamment de :

- 2 représentants du SYNACODEM,
- 2 représentants de l'UTM.

Le comité de suivi met en place un système de collecte d'informations sur la mise en œuvre du protocole d'accord.

2- Mécanisme d'évaluation

Les parties conviennent de procéder à une évaluation du Protocole d'accord à la fin de l'année. Cette évaluation portera sur :

- Le taux de réalisation des activités programmées par le SYNACODEM
- Le taux d'atteinte des objectifs en adhérent pendant la période
- Le taux d'atteinte des objectifs en bénéficiaire
- Le taux de confection des cartes mutualiste de la part de l'UTM

Le coût portant sur l'évaluation sera supporté par l'UTM.

Article 11: La prévention et la résolution des conflits

Les difficultés éventuelles relatives à l'interprétation et/ou à l'application du présent protocole feront l'objet de concertation ou d'échange de notes explicatives entre les parties contractantes en vue d'un accord écrit.

Tout différend né de l'interprétation ou de l'application du présent protocole sera réglé par voie de négociation. Toutefois, si les parties n'arrivent pas à s'accorder, le différend sera porté à la connaissance du comité de suivi pour un règlement à l'amiable.

Fait à Bamako le

Le Président de la SYNACODEM

Président de l'UTM

Cheick Oumar SACKO

Babassa DJIKINE

*Indiquer la mention Lu et approuvé

Annexe 6 : Informations sur les dispositifs de gratuité

Source : étude « passerelles » (voir références)

Tableau : Dispositifs d'exemption relevant du Ministère de la Santé

Dispositifs	Paquets de service	Cible
Césarienne	Examen pré et post opératoire, kits médicament, hospitalisation, acte	Femmes enceintes
Paludisme	CTA, kit médicament, MII, TDR, SP	Enfants de 0-5 ans, femmes enceintes
VIH/SIDA	ARV, examens et autres médicaments	Tout âge
Vaccination	Vaccins contre les maladies du PEV	Enfants de moins d'un an, femmes 15-49 ans
Tuberculose	Examen, médicaments	Tout âge
Lèpre	Examen, médicaments	Tout âge
Cécité	Médicament contre le trachome, intrant pour la chirurgie du trichiasis et de la cataracte	Tout âge (pendant des campagnes)
Fistule	Examen pré et post opératoire, hospitalisation, médicament et acte	Femmes en âge de procréer
Ver de Guinée	Médicaments, filtres et tamis	Tout âge
Maladie tropicales négligées (filariose, onchocercose, schistosomiase et géo helminthiase)	Médicament	Tout âge (pendant des campagnes)
Malnutrition	Farines enrichies, aliments thérapeutiques, micronutriments, Médicaments	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes
Épidémie et catastrophe	Médicaments, vaccins, intrants	Tout âge pendant la crise
Prise en charge de certaines catégories socio professionnelles	Examen, acte, hospitalisation Hospitalisation Examen Consultation, actes chirurgicaux, hospitalisation, Analyse et radio	Personnel socio sanitaire et ayant droits Fonctionnaires, agents des entreprises du secteur d'Etat ou du secteur privé Élèves et étudiants Enfants de 0-14 ans Soldats en formation de base Personnes âgées
Cancer	Examens, chimiothérapie et médicaments	Tout âge

Tableau : degré d'atteinte des cibles en 2011

Dispositifs	Cible	Estimation pour 2011
Césarienne	Femmes enceintes	2,4% des femmes enceintes ont été césarisées gratuitement sur une prévision de 5% en 2011
Paludisme	Enfants de 0-5 ans, femmes enceintes	79% des cibles ont été traités gratuitement sur une prévision de 100% en 2011 40% des femmes vues en consultation prénatales ont reçu gratuitement deux doses de SP sur une prévision de 80% en 2011
VIH/SIDA	Tout âge	62% des personnes vivant avec le VIH initiées au traitement ARV ont été soignées gratuitement en 2011
Vaccination	Enfants de moins d'un an, femmes 15-49 ans	88% des enfants ont reçu le penta 3 sur une prévision de 100% en 2011
Tuberculose	Tout âge	0,03% de la population générale ont bénéficié d'un traitement gratuit sur une prévision 0,1% en 2011
Lèpre	Tout âge	0,22 cas pour 10 000 habitants sur une prévision de moins d'un cas pour 10 000 habitants en 2011
Cécité	Tout âge (pendant des campagnes)	0,05% de la population générale ont bénéficié gratuitement de la chirurgie du trichiasis sur une prévision de 0,09% en 2011 0,08% de la population générale ont bénéficiaire gratuitement de la chirurgie de la cataracte en 2011
Ver de Guinée	Tout âge	6 cas isolés sur 12 ont bénéficié d'une prise en charge gratuite en 2011
Malnutrition	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes	152.111 enfants ont bénéficié d'une prise en charge gratuite dans les formations sanitaires en 2011

Source : Rapports d'évaluation et de programmation de la Direction Nationale de la Santé et de la Cellule Sectorielle de lutte contre le SIDA du Ministère de la Santé, 2009, 2010 et 2011

Tableau : Valeur en \$ des kits et intrants distribués dans le cadre des dispositifs de gratuité des Ministères de la Santé et celui de l'Action Humanitaire, de la Solidarité et des Personnes Agées

Programme	2009	2010	2011
Césarienne (Kits)	1 232 569	1 331 1061 331 106	993 037
Paludisme (Kits paludisme grave)	639 020	1 540 616	511 996
Vaccination (Vaccin et seringue)	4 714 549	3 446 237	5 561 171
Tuberculose (Médicaments)	276 000	240 706	909 676
Cancer (Médicaments)	734 569	1 465 526	1 761 822
VIH/SIDA (ARV, test et réactifs)			5 406 194
TOTAL	7 596 707	8 024 191	15 143 896

Source : Rapports d'activités 2009, 2010 et 2011 de la PPM et DNDS

Annexe 7 : Calculs et estimations

On a estimé la dépense de l'AMO en prenant un TM de 50% sur le médicament au lieu de 30%.

On part de la dépense de médicaments payée par l'AMO sur 42 mois (du 1/1/2011 au 8/7/21014) soit 4 424 millions FCFA.

La dépense de médicaments corrigée est : $4424 / 0,7 * 0,5 = 3160$ Millions FCFA

On estime la nouvelle valeur de la dépense sur les 42 mois, à partir du total de la période, soit 5843 millions FCFA

On obtient pour la période : $5843 - 4424 + 3160 = 4579$ millions FCFA

Pour les derniers 18 mois, la dépense devient : dépense totale nouvelle – dépense 2012 – dépense 2011, soit : $4579 - 629 - 495 = 3455$ millions FCFA

Pour 365 000 personnes et 18 mois, cela fait par personne : 9466 FCFA et, pour 12 mois, **6310 FCFA.**

Références

CANAM, *Projet de budget 2013*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

