
Sources de financement, pérennité et défis de la MUGEF-CI avec la mise en oeuvre de la nouvelle couverture maladie universelle

Auteur : Coulibaly, Jules

Promoteur(s) : Paul, Elisabeth

Faculté : Faculté des Sciences Sociales

Diplôme : Master en sciences de la population et du développement, à finalité spécialisée
Coopération Nord-Sud

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10263>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Art. 6. — Le taux des cotisations est fixé par décret pris en conseil des ministres sur proposition des professions concernées.

Art. 7. — Les cotisations professionnelles prévues aux articles 5 et 6 ci-dessus, sont assises sur la valeur des productions livrées par le producteur ou par un groupement ou une association de producteurs.

En ce qui concerne les livraisons faites à elles-mêmes par les entreprises agro-industrielles des produits de leur exploitation en vue de la transformation, le montant de la cotisation est assis sur la base du produit semi-fini en équivalent matière première et au prix du marché intérieur.

Pour les industriels de la deuxième transformation dans les différentes filières, cette cotisation repose sur la valeur du produit fini en équivalent du produit semi-fini ou en équivalent matière première et au prix du marché intérieur.

Art. 8. — Les cotisations sont soumises aux mêmes procédures, sanctions et sûretés que les taxes indirectes.

En outre, leur non-reversement constitue d'escroquerie prévu et puni par le Code pénal.

Art. 9. — Les ressources prévues aux articles 5, 6 et 7 ci-dessus sont versées dans des Fonds créés par décrets.

Ces Fonds sont dotés de la personnalité morale et gérés par la profession agricole à travers des organes comprenant les représentants de la profession agricole et ceux de l'Etat.

Les ressources des Fonds sont domiciliées à la Banque centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest (B.C.E.A.O.) et/ou dans toute autre banque exerçant en Côte d'Ivoire.

Art. 10. — La présente loi sera publiée au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Abidjan, le 9 octobre 2001.

Laurent GBAGBO.

LOI n° 2001-636 du 9 octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie universelle.

L'ASSEMBLEE NATIONALE A ADOPTÉ,

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

TITRE PREMIER
DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE PREMIER.

Généralités

Article premier. — Il est institué un système d'assurance maladie dénommé Assurance Maladie universelle, en abrégé « AMU », qui garantit à toute personne résidant sur le territoire ivoirien, la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité.

Cette garantie est un droit qui s'acquiert par l'affiliation obligatoire des bénéficiaires à l'un des régimes prévus par la présente loi.

Art. 2. — Les personnes de nationalité ivoirienne résidant à l'étranger pourront, également, dans les conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, se voir accorder le bénéfice de l'Assurance Maladie universelle.

Les personnes de nationalité étrangère, résidant sur le territoire ivoirien, peuvent bénéficier de l'Assurance Maladie universelle. Elles doivent être alors en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en Côte d'Ivoire.

Art. 3. — L'Assurance Maladie universelle est fondée sur le principe de la solidarité nationale, qui astreint chaque bénéficiaire à une contribution financière sous la forme d'une cotisation dont les modalités sont fixées par décret.

Art. 4. — L'Etat s'assure que le fonctionnement de l'Assurance Maladie universelle permet d'offrir à chaque personne résidant sur le territoire ivoirien un accès effectif et égal aux soins de santé.

La couverture complémentaire des risques liés à la maladie et à la maternité est assurée, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par les entreprises d'assurances, les mutuelles et les Institutions de Prévoyance sociale.

Art. 5. — Des lois pourront étendre le champ d'application de l'Assurance Maladie universelle à des risques ou prestations non prévus par la présente loi.

CHAPITRE 2

Objet - Affiliation

Art. 6. — L'Assurance Maladie universelle comporte :

— Le Régime d'Assurance Maladie universelle du Secteur agricole ;

— Le Régime d'Assurance Maladie universelle des autres secteurs.

Art. 7. — Le Régime d'Assurance Maladie universelle du Secteur agricole assure la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité des personnes exerçant, à titre principal, une activité directement ou indirectement agricole, telle que définie par décret pris en Conseil des ministres.

Ces personnes sont obligatoirement affiliées au Régime de l'Assurance Maladie universelle du Secteur agricole.

Art. 8. — Le Régime d'Assurance Maladie universelle des autres secteurs assure la couverture des risques liés à la maladie et à la maternité des personnes qui ne relèvent pas du Régime d'Assurance Maladie universelle du Secteur agricole.

Ces personnes sont obligatoirement affiliées au Régime de l'Assurance Maladie universelle des autres secteurs.

CHAPITRE 3

Immatriculation

Art. 9. — Les personnes mentionnées à l'alinéa premier de l'article 7 doivent être, obligatoirement immatriculées en qualité d'assuré, auprès de l'Organisme de gestion visé à l'article 13.

Art. 10. — Les personnes mentionnées à l'alinéa premier de l'article 8 doivent être, obligatoirement immatriculées en qualité d'assuré, auprès de l'Organisme de gestion visé à l'article 13.

Art. 11. — L'immatriculation est effectuée dans des conditions et selon des modalités fixées par décret pris en Conseil des ministres.

L'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'Assurance Maladie universelle. Les mentions portées sur la carte, les modalités d'identification de son titulaire et les modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 12. — La délivrance de documents administratifs et judiciaires ainsi que l'inscription dans les établissements scolaires et universitaires peuvent être subordonnés, par décret pris en Conseil des ministres, à la justification de l'immatriculation régulière en qualité d'assuré.

TITRE II ORGANISATION ADMINISTRATIVE

CHAPITRE PREMIER

Principes d'organisation et de fonctionnement

Art. 13. — L'organisation administrative de l'Assurance Maladie universelle comprend :

— Au titre de chacun des deux régimes obligatoires, une Caisse nationale :

— A titre commun aux deux régimes, un Organisme chargé du Recouvrement et de la Gestion des ressources de l'Assurance Maladie universelle,

La Caisse sociale agricole, en abrégé « C.S.A. » et la Caisse nationale d'Assurance Maladie, en abrégé « C.N.A.M. », assurent respectivement le fonctionnement du Régime d'Assurance Maladie universelle du Secteur agricole et celui du Régime d'Assurance Maladie universelle des autres secteurs.

Le recouvrement et la gestion des ressources financières de chacun des deux régimes obligatoires sont assurés par le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle en abrégé « FN AMU ».

Les organes mentionnés ci-dessus concourent ensemble, au titre de l'Assurance Maladie universelle, à une mission de service public de Prévoyance sociale.

Art. 14. — Les Organismes visés à l'article 13 sont des Institutions de Prévoyance sociale. Ils sont constitués et fonctionnent conformément aux prescriptions de la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale sous réserve des dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application.

Ces Organismes exécutent leur mission en opérant une déconcentration, au niveau local, des tâches qui leur incombent.

CHAPITRE 2

Organismes de gestion

Section 1. — Du conseil d'administration

Art. 15. — Conformément aux dispositions de la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale, la Caisse sociale agricole est administrée par un conseil d'administration.

Le conseil d'administration est composé de trois à douze membres représentant l'Etat, les Organisations patronales, les Organisations professionnelles du Secteur agricole et dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, des catégories d'assurés dont la représentation au sein du conseil d'administration ne peut être assurée au travers d'Organisations professionnelles.

Art. 16. — Conformément aux dispositions de la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale, la Caisse nationale d'Assurance Maladie est administrée par un conseil d'administration.

Le conseil d'administration est composé de trois à douze membres représentant l'Etat, les Organisations patronales, les Organisations professionnelles des autres secteurs et, dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, des catégories d'assurés dont la représentation au sein du conseil d'administration ne peut être assurée au travers d'Organisations professionnelles.

Section 2. — Rôle des Organismes de gestion

Art. 17. — Chaque Caisse nationale a pour rôle, au titre du Régime d'Assurance Maladie qui lui est rattaché :

1° D'assurer la gestion du risque maladie et de contribuer au maintien de l'équilibre financier à ce titre ;

2° D'organiser et de diriger le contrôle médical en matière de soins et d'application de la tarification des actes ;

3° De contribuer aux actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des populations concernées.

Paragraphe premier. — Gestion du risque maladie et de maternité

Art. 18. — Les Caisses nationales ont pour rôle, au titre du régime dont elles relèvent respectivement, d'assurer la gestion du risque maladie et de maternité.

A cet effet, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.

Art. 19. — Le conseil d'administration de chaque Caisse nationale arrête chaque année, sur proposition du directeur général, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie et de maternité.

Ce plan détermine les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs et du contrôle médical de la Caisse et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination.

Art. 20. — Chaque Caisse nationale contribue à l'équilibre financier de la gestion du régime d'assurance maladie auquel elle est rattachée, dans les conditions fixées aux articles ci-après. Elle met en œuvre les mesures nécessaires à cette fin, sans préjudice de l'application des articles 30 et suivants de la présente loi.

Paragraphe 2. — Contrôle médical

Art. 21. — Chaque Caisse nationale assure un contrôle médical en matière de soins et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Les conditions de recrutement des médecins-conseils dans les services du Contrôle médical, sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui déterminent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations du régime de l'Assurance Maladie universelle concerné.

Art. 22. — Le service du Contrôle médical de chaque Caisse nationale procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des Etablissements de Santé mentionnés aux articles 84 et suivants dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l'Assurance Maladie universelle.

Il procède, également, à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des prestataires de soins mentionnés aux articles 74 et suivants, notamment au regard des règles définies par les Conventions qui régissent leurs relations avec les Caisses nationales ou du règlement mentionné à l'article 78.

Le service du Contrôle médical constate les anomalies en matière de soins et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Art. 23. — Pour le cas où, indépendamment des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de la Caisse nationale intéressée, le service du Contrôle médical estime qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, la Caisse concernée, après en avoir informé l'assuré et le prestataire de soins, en suspend le paiement y afférent. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article 25.

Art. 24. — Si, en cours de traitement, pour des maladies dont la prise en charge est longue et coûteuse, le service du Contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à un bénéficiaire, il peut établir, après concertation avec le médecin traitant de l'intéressé, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés.

Ces recommandations sont transmises au médecin traitant par le service du Contrôle médical, pour mise en application. En cas de refus de la part du médecin traitant, il est procédé à l'expertise médicale mentionnée à l'article 25. La Caisse nationale intéressée est habilitée à interrompre le service des prestations lorsque, à l'issue de l'expertise médicale, le médecin traitant refuse de se conformer à l'avis technique de l'expert. Cependant, dans l'intérêt du patient et avec son accord, la Caisse nationale peut proposer un autre médecin traitant.

Art. 25. — Les contestations d'ordre médical consécutives aux décisions du contrôle médical donnent lieu à une procédure d'expertise médicale. L'avis technique de l'expert s'impose au bénéficiaire, à la Caisse ainsi qu'aux prestataires de soins concernés.

S'il apparaît, au vu de l'avis technique de l'expert, qu'un paiement a été effectué au titre d'une prestation médicalement injustifiée. Il est procédé au recouvrement des sommes indûment perçues conformément à l'article 29.

CHAPITRE III

Organisme de recouvrement et de gestion des ressources financières

Section 1. — Du conseil d'administration

Art. 26. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle est administré par un conseil d'administration composé de douze membres représentant l'Etat, les Organisations patronales et les Organisations professionnelles visées aux articles 15 et 16.

Section 2. — Attributions

Paragraphe premier. — Recouvrement des ressources financières

Art. 27. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle mobilise et encaisse les ressources financières nécessaires au fonctionnement de l'Assurance Maladie universelle.

Art. 28. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle est chargé de procéder au recouvrement des cotisations prévues par la présente loi. Ce recouvrement s'effectue sous les garanties et sanctions applicables en vertu des articles 60 et suivants.

Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle effectue le recouvrement des cotisations soit directement, soit, sous sa responsabilité, dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, par l'entremise de correspondants locaux.

Art. 29. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle assure le recouvrement de toute somme indûment perçue par les prestataires et Etablissements de Santé en vertu de la facturation d'un acte, service ou fourniture non effectué ou non médicalement justifié.

Le recouvrement des sommes indûment perçues est effectué dans les conditions définies aux articles 58 et suivants.

Art. 30. — Si les ressources de la gestion des régimes de l'Assurance Maladie universelle excèdent le montant des charges correspondantes, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve.

Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges correspondantes, l'équilibre financier doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve, ou, à défaut, soit par une modification de l'étendue des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces deux mesures, dans des conditions et limites fixées par décret pris en Conseil des ministres, sur proposition du conseil d'administration.

Art. 31. — Les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion mentionnées à l'article précédent sont prises par le conseil d'administration du Fonds national de l'Assurance Maladie.

En cas de persistance du déficit, les autorités compétentes de l'Etat mettent le conseil d'administration en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires qui lui incombent.

En cas de non-exécution de cette mise en demeure, les ministres de tutelle peuvent demander aux Organisations professionnelles de pourvoir au remplacement de leurs représentants. Il est alors fait application des dispositions prévues aux alinéas 3 et suivants de l'article 38.

Paragraphe 2. — Gestion de la trésorerie

Art. 32. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle est chargé d'assurer la gestion de la trésorerie des régimes de l'Assurance Maladie universelle.

Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle assure l'individualisation des comptabilités de chacune de ces deux caisses.

Un décret pris en Conseil des ministres détermine les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions de placement des excédents de trésorerie.

CHAPITRE 4

Dispositions diverses

Art. 33. — Les relations d'ordre financier, comptable et administratif entre les Organismes visés à l'article 13 sont définies par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 34. — Il est créé un Répertoire national de l'Assurance Maladie universelle. Ce Répertoire comporte :

— La liste, régulièrement mise à jour, de tous les professionnels de Santé habilités à fournir des prestations dont la prise en charge est assurée par l'Assurance Maladie universelle ;

— Les informations nécessaires au rattachement de chaque bénéficiaire au régime d'Assurance Maladie universelle auquel il est affilié.

La gestion du Répertoire national est assurée par l'ensemble des Organismes visés à l'article 13 et en collaboration avec les représentants des Organisations professionnelles de Santé dans des conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 35. — Les travaux, les fournitures, les prestations intellectuelles et les services à effectuer pour le compte des Organismes visés à l'article 13 font l'objet de marchés dont le mode de passation et les conditions d'exécution sont fixés par le conseil d'administration délibérant à la majorité des 2/3.

CHAPITRE 5

Contrôle de l'Etat

Section 1. — Contrôle des Conventions

Art. 36. — L'Etat conclut respectivement avec chacune des Caisses nationales et le Fonds national de l'Assurance Maladie des Conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Ces Conventions, qui sont conclues pour une période minimale de trois ans, déterminent les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les Organismes doivent se doter pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

Ces Conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettant d'apprécier la réalisation des objectifs.

Elles organisent également le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

Section 2. — Contrôle sur les décisions

Art. 37. — Les décisions des conseils d'administration des Caisses nationales et du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle, à l'exception de celles qui doivent être soumises à l'approbation explicite conformément à la loi portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale, sont exécutoires de plein droit si, à l'issue d'un délai déterminé, suivant leur communication aux autorités de tutelle, celles-ci n'ont pas fait connaître leur opposition, ou si elles ont fait l'objet, avant l'expiration de ce délai, d'une approbation expresse.

Art. 38. — En cas de carence du conseil d'administration dans l'exercice de ses fonctions et notamment, en cas d'inexécution du fait de son action ou de son inaction, des Conventions prévues à l'article 36 ci-dessus, les ministres de tutelle peuvent mettre en demeure le conseil d'administration d'avoir à prendre, selon des modalités qu'ils recommandent, les mesures appropriées.

Si dans un délai de trois mois à compter de cette mise en demeure, la carence du conseil d'administration persiste, les ministres de tutelle peuvent demander aux Organisations professionnelles de pourvoir au remplacement de leurs administrateurs selon les modalités prévues par la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale.

Si dans un délai de trois mois à compter de la demande exprimée aux Organisations professionnelles la carence persiste et qu'il n'a pas été procédé aux remplacements des administrateurs défaillants, un décret pris en Conseil des ministres peut prononcer la révocation de tous les membres du conseil d'administration.

Il est alors procédé à la désignation d'un nouveau conseil d'administration dans un délai d'un mois à compter de la signature du décret de révocation, conformément aux dispositions prévues par la loi susmentionnée.

Pendant la période mentionnée à l'alinéa précédent, le directeur général assume, sous sa responsabilité, la gestion des affaires courantes. Il est mis fin à ses fonctions à compter de la date de réunion du conseil d'administration nouvellement désigné qui peut, soit le reconduire dans ses fonctions, soit nommer un nouveau directeur général.

Art. 39. — Les dispositions du présent chapitre ne font pas obstacle à l'application des dispositions non contraires relatives au contrôle des Institutions de Prévoyance sociale telles que prévues par la loi n° 99-476 du 2 août 1999 portant définition et organisation des Institutions de Prévoyance sociale.

TITRE III

Dispositions relatives au financement

CHAPITRE PREMIER

Généralités

Art. 40. — Le service des prestations et la couverture des frais de gestion de chacun des régimes sont assurés au moyen :

1° Des cotisations établies et recouvrées selon les règles prévues aux articles 41 et suivants ;

2° Des majorations et des intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations, ainsi que des sanctions financières imposées aux prestataires de soins ;

3° Des revenus des placements effectués par le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle ;

4° Des dons et legs ;

5° Des emprunts ou obligations ;

6° Eventuellement des contributions exceptionnelles au titre du Budget général de l'Etat de la même année.

Les ressources de l'Assurance Maladie universelle sont, également, constituées dans la stricte mesure nécessaire à permettre l'équilibre financier de l'Assurance Maladie universelle, par des contributions sociales, taxes fiscales et parafiscales qui sont perçues directement par le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle. Les ressources de l'Assurance Maladie universelle, l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement et de contrôle de ces contributions et taxes sont déterminés par des lois.

CHAPITRE 2

Cotisations des salaires et assimilés

Art. 41. — Les cotisations d'assurance maladie des assurés salariés et assimilés sont assises sur l'ensemble des salaires ou gains, et indemnités diverses versées par l'employeur, à l'exception des indemnités ayant un caractère de remboursement de frais.

Toutefois, les rémunérations prises en compte pour le calcul des cotisations sont plafonnées à un montant déterminé dans des conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 42. — La charge des cotisations d'assurance maladie est répartie entre l'employeur et les salariés.

La contribution salariale est précomptée sur le salaire ou le gain du salarié lors de chaque paie. Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette contribution.

Le paiement de la rémunération, effectué après la retenue de la contribution salariale, vaut acquis de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute Convention contraire étant nulle de plein droit.

Art. 43. — L'employeur est responsable du règlement de l'ensemble des cotisations dues au titre du personnel de son entreprise.

Il doit fournir à la Caisse nationale dont ils relèvent tous les renseignements relatifs à l'identification des travailleurs concernés. Il notifie sans délai à la caisse la fin du contrat qui le lie à l'assuré.

En cas de fausse déclaration, ainsi qu'en cas de non-paiement, ou de paiement partiel des cotisations dues par l'employeur, ce dernier est passible des peines prévues aux articles 58 et suivants de la présente loi.

Art. 44. — Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombe à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article 41.

Art. 45. — Un décret pris en Conseil des ministres fixe les dispositions d'application de la présente section relatives, notamment pour chacun des régimes d'Assurance Maladie universelle :

— A la définition, à la fixation et au mode de calcul des rémunérations servant à établir l'assiette de la cotisation ;

— Aux taux et modalités de calcul des cotisations, aux bases de la répartition des cotisations entre employeurs et salariés ;

— Au mode de recouvrement, à la date d'exigibilité et à la période de versement des cotisations ;

— Aux majorations et aux intérêts moratoires de retard au titre des personnes morales.

Art. 46. — L'assuré salarié qui perçoit, par ailleurs, des revenus non salariaux est prélevé uniquement sur le revenu le plus élevé.

CHAPITRE 3

Cotisations des non-salariés

Art. 47. — Les cotisations des assurés autres que ceux mentionnés à l'article 41, sont assises pour ce qui concerne les professions libérales, les commerçants, les entrepreneurs individuels et le secteur agricole sur les revenus. Pour les demandeurs sociaux, les cotisations sont déterminées en fonction de la situation sociale des intéressés.

Les modalités d'application du présent article seront définies par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 48. — Les cotisations dues par les personnes visées à l'article 47 sont à leur charge.

Art. 49. — Un décret pris en Conseil des ministres fixe les modalités d'application du présent chapitre relatives, notamment pour chacun des régimes d'assurance maladie :

— A la définition, à la fixation et au mode de calcul des revenus servant à établir l'assiette de la cotisation ;

— Aux taux et modalités de calcul des cotisations ;

— Aux mode et conditions de paiement, à la date d'exigibilité et à la période de versement des cotisations ;

— Aux majorations et aux intérêts moratoires de retard au titre des personnes morales.

CHAPITRE 4

Dispositions communes

Art. 50. — Peut être mise à la charge de toute Organisation professionnelle, dans les conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, une obligation de prélever pour le compte de ses membres, les cotisations dues en vertu de la présente loi, sur les sommes qu'elle est tenue de leur reverser.

Dans ce cas, ni l'assuré, ni l'employeur pour ce qui le concerne, ne peuvent s'opposer au prélèvement de cette cotisation.

Art. 51. — Le paiement des sommes, effectué après déduction de la retenue de la cotisation vaut acquis de cette cotisation à l'égard de l'assuré et, le cas échéant, de l'employeur, de la part de l'Organisation professionnelle.

L'Organisation professionnelle, lorsqu'elle est requise à cet effet, est responsable, dans la mesure du montant des sommes à reverser, du règlement de l'ensemble des cotisations dues au titre de ses membres.

Art. 52. — L'Organisation professionnelle doit fournir à la caisse nationale dont elle relève, tous renseignements relatifs à l'identification des membres concernés par le règlement des cotisations et toute autre information qui s'avérerait nécessaire.

Art. 53. — En cas de fausse déclaration ainsi qu'en cas de non-paiement, de paiement partiel, de rétention des cotisations ainsi dues par l'Organisation professionnelle, cette dernière est passible de sanctions, déterminées par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 54. — Les dispositions ci-dessus concernant les obligations susceptibles d'être mises à la charge de toute Organisation professionnelle peuvent être étendues, dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, à toute personne physique ou morale qui, de manière habituelle, encaisse des sommes qu'elle est tenue de reverser à une personne physique qui a la qualité d'assuré.

CHAPITRE 5

Contrôle — Pénalités

Section 1. — Contrôle

Art. 55. — Les agents de contrôle du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle sont habilités à constater, dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, les infractions à la législation et à la réglementation relatives à l'Assurance Maladie universelle.

Les agents de contrôle ont le pouvoir de :

— Pénétrer librement, pendant les heures d'ouverture, sans avertissement préalable, dans tout établissement assujetti à leur contrôle ;

— Procéder à tous examens, contrôles ou enquêtes jugés nécessaires pour s'assurer que les dispositions applicables sont effectivement observées et notamment :

1° Interroger, avec ou sans témoins, l'employeur ou le personnel de l'entreprise, ou les dirigeants de l'Organisation professionnelle, demander des renseignements à toute autre personne dont le témoignage peut sembler nécessaire ;

2° Requérir la production de tous registres et documents dont la tenue est prescrite par des textes en vigueur dans la mesure où ces registres et documents sont nécessaires à l'accomplissement de leur mission ;

3° Demander à l'assuré des justifications sur tous les éléments servant de base à la détermination des revenus servant à établir l'assiette de la cotisation.

Les agents de contrôle prêtent serment dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres. Ils ont qualité pour dresser, en cas d'infraction à la législation et à la réglementation relatives à l'Assurance Maladie universelle, des procès verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Art. 56. — Lorsqu'ils ont réuni des éléments permettant d'établir que l'assuré a des revenus plus ou moins importants que ceux qu'il a déclarés, les agents de contrôle du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle sont habilités à procéder, dans les conditions définies par décret pris en Conseil des ministres, à la rectification de l'assiette de la cotisation.

Le décret sus mentionné fixe les garanties qui sont accordées à l'assuré en vue de la sauvegarde des droits de la défense.

Art. 57. — Sont applicables, en ce qui concerne la protection des agents de contrôle du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle, les mêmes dispositions du Code de Travail relatives à la protection du contrôleur et de l'inspecteur du Travail dans l'exercice de leurs fonctions.

Section 2. — Contentieux et pénalités

Paragraphe premier. — Sanctions pénales

Art. 58. — L'employeur, l'Organisation professionnelle ou la personne physique ou morale qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales et réglementaires applicables en matière de recouvrement des cotisations est puni de peines contraventionnelles.

Art. 59. — L'employeur, l'Organisation professionnelle ou la personne physique ou morale qui a indûment retenu par dévers lui toute contribution à l'Assurance Maladie universelle précomptée sur les sommes qu'il était tenu de reverser est passible des peines prévues par le Code pénal.

Art. 60. — Est puni des peines prévues par le Code pénal quiconque à quelque titre que ce soit, pour fausse déclaration, ou par tout autre moyen, obtient, tente d'obtenir ou de faire obtenir le paiement des prestations qui ne sont pas dues.

Paragraphe 2. — Recouvrement forcé

Art. 61. — Toute action ou poursuite effectuée en vue du recouvrement forcé de cotisations et majorations de retard est obligatoirement précédée d'une mise en demeure, par lettre recommandée avec avis de réception ou remise, contre récépissé, par l'agent de contrôle, du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle invitant la personne morale tenue à l'obligation de paiement à régulariser sa situation dans un délai compris entre quinze jours et un mois.

Art. 62. — Si la mise en demeure prévue à l'article 61 reste sans effet, le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle peut exercer une action en recouvrement en délivrant une contrainte qui est visée et rendue exécutoire dans un délai de cinq jours par le président du tribunal dans le ressort duquel est compris le service décentralisé de cet Organisme.

Cette contrainte est notifiée au débiteur par un agent de contrôle du Fonds national de l'Assurance Maladie universelle.

Elle peut également être adressée par lettre recommandée avec avis de réception. Elle est exécutoire et peut faire l'objet de voies de recours dans les mêmes conditions qu'une décision d'injonction de payer au sens de l'acte uniforme portant organisation des procédures simplifiées de recouvrement et des voies d'exécution.

Art. 63. — L'action civile en recouvrement des cotisations arriérées et des majorations de retard correspondantes se prescrit par cinq années révolues à compter de la date d'exigibilité de la cotisation, sauf interruption de la prescription, par la mise en demeure prévue à l'article 61 ci-dessus ou par tout autre acte interruptif conformément aux règles de Droit commun.

Art. 64. — Lorsque tout ou partie des cotisations exigibles, n'a pas été acquittée dans les délais fixés, le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle est fondé à poursuivre auprès de la personne morale à qui incombe le versement de cotisations, le remboursement de l'ensemble des prestations effectivement servies aux assurés. Cette disposition est appliquée sans préjudice des sanctions prévues aux articles 58 et suivants et du versement des cotisations, arriérés et des majorations de retard.

TITRE IV

PRESTATIONS

CHAPITRE PREMIER

Etendue des prestations

Art. 65. — Les prestations accordées au titre de l'Assurance Maladie universelle sont constituées par :

— La couverture des frais de médecine générale et de spécialité, des frais de soins dentaires, des frais pharmaceutiques, des frais d'examens complémentaires à titre de diagnostic, des frais d'hospitalisation dans des établissements de Santé, ainsi que des frais d'intervention chirurgicale nécessaires pour l'assuré y compris ceux relatifs à la maternité ;

— La couverture des frais afférents aux soins préventifs au bénéfice de l'assuré, dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Les prestations visées ci-dessus peuvent être étendues, par décret pris en Conseil des ministres, à d'autres actes, soins et fournitures.

Art. 66. — Les prestations accordées par l'Assurance Maladie universelle sont limitées aux seuls actes, soins, prescription ou affections préalablement inscrits sur une liste établie dans des conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 67. — Le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle verse directement aux prestataires de Santé et Etablissements visés aux articles 74 et suivants, selon le principe du « tiers payant », le montant des prestations fixées à l'article 65.

Art. 68. — Le montant des prestations visées à l'article 65 est calculé sur la base d'un tarif fixé dans les Conventions et Accords prévus aux articles 77, 85, 88 et 90 et ou dans le règlement mentionné à l'article 78. Ces tarifs ne peuvent excéder des plafonds fixés par arrêté interministériel.

Art. 69. — Les assurés participent à la prise en charge, selon le principe du « ticket modérateur », des prestations prévues à l'article 65.

Cette participation est déterminée dans des conditions définies par décret pris en conseil des ministres.

CHAPITRE 2

Droit aux prestations

Art. 70. — Les prestations prévues à l'article 65 sont fournies sans limitation de durée, si l'assuré remplit à la date des soins dont la couverture des frais est demandée, les conditions fixées à l'article 71.

Art. 71. — Pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations prévues à l'article 65, l'assuré immatriculé au régime de l'Assurance Maladie universelle auquel il est rattaché doit être à jour de ses cotisations dans des conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le bénéfice des prestations qu'à l'expiration d'un délai fixé par décret pris en Conseil des ministres.

L'ouverture du droit aux prestations de l'Assurance Maladie universelle est, également, subordonné à la production de documents dont le contenu et le support sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 72. — Toute personne qui cesse de remplir les conditions pour être affiliée au régime d'Assurance Maladie universelle qui lui est rattaché, est tenue, dans un délai fixé par décret pris en Conseil des ministres, d'en informer l'Organisme de gestion auprès duquel elle est immatriculée.

Pendant ce délai, elle bénéficie du droit aux prestations de l'Assurance Maladie universelle. A l'expiration de ce délai, le droit aux prestations du régime qui est rattaché au bénéficiaire antérieurement est pris en charge par le régime d'assurance maladie auquel il est désormais affilié.

Art. 73. — L'assuré, victime d'un accident du travail, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, conserve, pour toute maladie qui n'est pas la conséquence de l'accident, ses droits prévus par l'article 65.

Art. 74. — L'assuré, affilié à la Caisse sociale agricole, victime d'un accident dans l'exercice de ses fonctions bénéficie des prestations de l'Assurance Maladie.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX SOINS

CHAPITRE PREMLER

Prestataires de soins

Art. 75. — Seuls sont pris en charge au titre de l'Assurance Maladie universelle les soins, actes et prescriptions dispensés et effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes et laboratoires régulièrement inscrits en cette qualité. La prise en charge au titre de l'Assurance Maladie universelle peut être étendue, dans des conditions et selon des modalités définies par décret pris en Conseil des ministres aux soins, actes et prescriptions dispensés dans le cadre de toute autre forme de pratique de la Médecine.

Art. 76. — Les médecins, chirurgiens-dentistes et laboratoires sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Art. 77. — Les médecins et chirurgiens-dentistes qui prescrivent une spécialité pharmaceutique, en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge par l'Assurance Maladie universelle, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article 66, sont tenus de le signaler sur l'ordonnance, support de la prescription.

Art. 78. — Les rapports entre les Organismes d'Assurance Maladie universelle d'une part et les médecins, chirurgiens-dentistes et laboratoires d'autre part, sont définis par des Conventions conclues par les Caisses nationales avec une ou plusieurs Organisations syndicales les plus représentatives de chacune de ces professions pour l'ensemble du territoire.

Les Conventions sont applicables aux prestataires de soins concernés qui déclarent à la Caisse nationale dans un délai fixé par ces Conventions, y adhérer.

Art. 79. — Un règlement conventionnel minimal est établi par arrêté interministériel pris après consultation de chaque caisse nationale et des Organisations syndicales les plus représentatives:

Le règlement conventionnel minimal est applicable à l'ensemble des médecins, chirurgiens-dentistes et laboratoires qui déclarent à la Caisse nationale d'Assurance Maladie, dans un délai fixé par ce règlement, y adhérer.

Cet arrêté définit également les clauses et mentions que doivent obligatoirement contenir les Conventions conclues par les Caisses nationales avec une ou plusieurs Organisations syndicales les plus représentatives de chacune de ces professions pour l'ensemble du territoire.

Art. 80. — Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins chirurgiens-dentistes et laboratoires qui n'adhèrent pas à la Convention nationale ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article 78 donnent lieu à remboursement par les Organismes d'Assurance Maladie universelle sur la base d'un tarif fixé par arrêté interministériel.

Art. 81. — Les Conventions prévues à l'article 77, ainsi que leurs avenants sont transmis par chaque Caisse nationale signataire aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins ou des Chirurgiens-Dentistes est consulté par l'Organisme signataire sur les dispositions conventionnelles relatives à la Déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la Caisse nationale et aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Les Conventions et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître, à la Caisse nationale, dans un délai déterminé par décret pris en Conseil des ministres, à compter de la réception du texte, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou de risques que leur application ferait courir à la Santé publique ou à un égal accès aux soins.

Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention ou de l'avenant concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent dans le délai prévu ci-dessus, supprimer cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette décision de suppression à la caisse nationale.

Les Conventions et avenants approuvés sont publiés au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire.

La Convention est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la Caisse nationale, dans un délai fixé par cette Convention, y adhérer.

Art. 82. — La Caisse nationale peut décider de placer un prestataire de Santé hors de la Convention pour violation des engagements prévus par celle-ci. Cette décision doit être prononcée, selon les conditions prévues par la Convention, lui permettant notamment de présenter ses observations.

CHAPITRE 2

Pharmacien

Art. 83. — Le paiement aux pharmaciens des frais exposés par l'assuré à l'occasion de l'achat de médicaments et des matériels médicaux est effectué par le Fonds national de l'Assurance Maladie universelle sur la base des prix homologués facturés.

Les pharmaciens peuvent s'engager collectivement par une Convention conclue entre leurs Organisations syndicales nationales et les Caisses nationales, à faire bénéficier celles-ci d'une remise déterminée en tenant compte du chiffre des ventes de médicaments et des matériels médicaux remboursables au titre de l'Assurance Maladie universelle.

Cette Convention doit prévoir le taux de la remise mentionnée à l'alinéa précédent et les conditions auxquelles se trouve subordonné son versement. Elle n'est applicable qu'après approbation par arrêté interministériel.

Art. 84. — Les médicaments et les matériels médicaux ne peuvent être pris en charge par les Caisses nationales que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret pris en Conseil des ministres. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments et matériels médicaux.

CHAPITRE 3

Etablissements de Santé

Art. 85. — L'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les Etablissements de Santé que si ces Etablissements sont inscrits au Répertoire national de l'Assurance Maladie universelle.

L'accès à ces Etablissements de Santé s'effectue, selon la pyramide sanitaire organisée et mise en oeuvre dans des conditions définies par décret pris en Conseil des ministres.

Section 1. — Centres de Santé

Art. 86. — Les rapports entre les Caisses nationales et les centres de Santé sont définis par un Accord national conclu pour une durée égale à cinq ans.

Cet accord détermine notamment :

1° Les obligations respectives des Caisses nationales et des Centres de Santé ;

2° Les conditions générales d'application des Conventions mentionnées à l'article 77 aux différents professionnels exerçant dans des Centres de Santé. Ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces Conventions ;

3° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés et garantir la qualité et la coordination des soins ;

4° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins.

L'Accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article 80.

Il est applicable aux Centres de Santé qui font connaître à la caisse nationale, dans un délai fixé par cet Accord, qu'ils souhaitent y adhérer.

Art. 87. — A défaut d'application de l'Accord national, les tarifs applicables aux Centres de Santé sont ceux fixés dans les conditions prévues aux articles 78 et 79. Ces dispositions sont également applicables aux Centres de Santé qui n'ont pas adhéré à l'Accord national.

Art. 88. — Chaque caisse nationale peut décider de placer un Centre de Santé hors de la Convention pour violation des engagements prévus par l'Accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au Centre de présenter ses observations.

Lorsqu'un Centre de Santé est placé hors de la Convention par la Caisse nationale, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues à l'article 78.

Section 2. — *Etablissements hospitaliers et médicaux*

Art. 89. — Les rapports entre les Caisses nationales et les établissements hospitaliers et médicaux sont définis par un Accord national conclu pour une durée égale à cinq ans renouvelables.

Cet Accord détermine notamment :

1° Des obligations respectives des Caisses nationales et des Etablissements hospitaliers ;

2° Les conditions générales d'application des Conventions mentionnées à l'article 82 aux différents professionnels exerçant dans ces établissements. Ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces Conventions ;

3° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

4° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte des activités de soins.

L'Accord national, ses annexes et ses avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article 80.

Il est applicable aux Etablissements hospitaliers et médicaux qui font connaître à la Caisse nationale, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.

A défaut d'application de l'Accord national, les tarifs applicables aux Etablissements hospitaliers sont ceux fixés dans les conditions prévues à l'article 78.

Art. 90. — Les Etablissements hospitaliers autorisés à dispenser des soins aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie universelle sont passibles, après qu'ils aient été mis en mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :

1° Fausse cotation des prestations définies à l'article 65 ;

2° Absence de réalisation des prestations facturées.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret pris en Conseil des ministres

Art. 91. — Les Etablissements hospitaliers sont tenus de permettre aux caisses nationales d'exercer leur contrôle en vertu des articles 21 et suivants sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans les conditions définies par décret pris en Conseil des ministres.

Art. 92. — Les Etablissements hospitaliers sont tenus d'aviser la caisse nationale intéressée, dans un délai lui permettant d'assurer son contrôle, si le séjour du malade paraît devoir être prolongé au delà du délai initialement prévu.

En cas de carence de l'Etablissement, la Caisse nationale est fondée à refuser le remboursement de tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent.

L'Etablissement hospitalier ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.

Les frais de séjour sont supportés par l'établissement sur ses ressources propres.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 93. — Les pièces relatives à l'application de la présente législation sont dispensées des droits de timbre et d'enregistrement.

Art. 94. — Les jugements ou arrêts ainsi que les extraits, copies, grosses ou expéditions qui en sont délivrés et, généralement, tous les actes de procédure auxquels donne lieu l'application de la présente législation, sont également dispensés des formalités de timbre et d'enregistrement. Ils doivent porter une mention expresse se référant au présent article.

Art. 95. — Tous les actes relatifs aux acquisitions d'immeubles et aux emprunts et obligations que les Organismes visés à l'article 13 sont autorisés à effectuer sont exempts des droits de timbre et d'enregistrement. De même ces Organismes sont exonérés de l'impôt sur le bénéfice industriel et commercial et de la patente en raison de leur vocation sociale particulière.

Art. 96. — Les sommes qui sont versées à titre de cotisations tant par l'employeur que par le salarié sont déduites du total du revenu de ceux-ci pour l'assiette des impôts.

Art. 97. — En cas de contentieux entre les différentes parties, le tribunal du ressort duquel dépend la Caisse est compétent pour le règlement des litiges.

TITRE VII

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 98. — Des décrets détermineront les dates auxquelles entreront en vigueur les dispositions de la présente loi. Ces dates ne pouvant excéder un délai de douze mois.

Art. 99. — Les dispositions relatives aux prestations de chacun des régimes d'Assurance Maladie universelle ne pourront prendre effet avant l'expiration, d'un délai de six mois à compter de la date à laquelle les dispositions concernant les cotisations correspondantes auront reçu leur application effective.

Art. 100. — La présente loi sera publiée au *Journal officiel* de la République de Côte d'Ivoire et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Abidjan, le 9 octobre 2001.

Laurent GBAGBO.