

ASSEMBLEE NATIONALE

SIXIEME LEGISLATURE

SECRETARIAT GENERAL

Direction des Services Législatifs

Division des Séances et Huissiers

Section des Séances

Année 2021

Séance plénière du 12 / 10 / 2021

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie

LOI N° _____

INSTITUANT L'ASSURANCE MALADIE
UNIVERSELLE EN REPUBLIQUE TOGOLAISE

TITRE I^{ER} - DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE I^{er} - DE L'OBJET, DES DEFINITIONS ET DES PRINCIPES

Article premier : La présente loi institue une assurance maladie universelle (AMU) en République togolaise.

Article 2 : Au sens de la présente loi, on entend par :

- **assujetti** : toute personne obligatoirement rattachée à l'assurance maladie universelle ;
- **assistance médicale** : un mécanisme non contributif de protection financière contre le risque maladie pour les personnes indigentes ;
- **assurance** : un mécanisme de protection contre les conséquences financières de certains risques maladie, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultants de la survenance de ces risques ;
- **assurance maladie** : un mécanisme de protection financière contre le risque maladie ;
- **assurance maladie complémentaire** : une protection financière du risque maladie s'ajoutant à la couverture de l'assurance maladie obligatoire de base ;
- **assurance maladie universelle** : la couverture du risque maladie effective pour toutes les couches de la population, sans distinction aucune, pour un paquet de soins de santé essentiels ;
- **assuré** : toute personne immatriculée à l'assurance maladie universelle ;

- **ayant droit** : le conjoint ou la (les) conjointe(s) de l'assuré qui ne disposent pas à titre personnel, d'une assurance maladie et les enfants à charge ;
- **capitation** : un mécanisme de paiement des soins qui consiste à allouer un montant au prestataire de soins par bénéficiaire dont il a la charge, que celui-ci recourt ou non à des prestations de soins ; le prestataire de soins, en contrepartie, s'engage à prendre en charge le bénéficiaire pendant une période définie ;
- **convention** : tout contrat passé entre l'Organisme de gestion de l'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé ou leurs représentants ;
- **convention de gestion déléguée** : tout contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et un organisme tiers, ayant pour objet la délégation de compétences dévolues par la présente loi ;
- **médecin conseil ou pharmacien conseil** : tout médecin ou pharmacien exerçant un contrôle médical ou pharmaceutique pour le compte de l'assurance maladie universelle ;
- **Organisme de gestion** : l'organisme chargé de la gestion d'une assurance maladie universelle ;
- **période de probation ou de carence** : le délai réglementaire entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré ;
- **personne indigente** : toute personne qui, par manque de façon temporaire ou définitive de ressources ou de sources de revenus du fait des facteurs structurels et/ou conjoncturels, ne dispose pas de moyens personnels ou intrafamiliaux pour satisfaire à ses besoins fondamentaux sans l'aide de tiers ;
- **prestataire de soins de santé** : toute personne ou structure soignante exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel participant aux soins à fournir aux bénéficiaires d'une assurance maladie universelle ;
- **prise en charge** : la couverture financière des frais liés aux soins dont bénéficie le patient de la part d'un prestataire de soins de santé ;
- **pyramide sanitaire** : l'organisation graduelle de l'offre de soins en trois (03) niveaux : primaire, secondaire et tertiaire ;
- **résident** : toute personne qui a son foyer ou son lieu de séjour principal sur le territoire de la République togolaise, qui y exerce une activité professionnelle principale et qui y a établi ses intérêts économiques ;

- **risque maladie** : un événement imprévisible dont la survenue peut provoquer des dommages plus ou moins graves, plus ou moins durables et parfois irréversibles sur la santé de l'individu ;
- **ticket modérateur** : la partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas couverte par l'assurance maladie universelle ;
- **travailleur de l'économie informelle** : toute personne exerçant dans un secteur non structuré ou qui échappe au regard ou à la régulation de l'Etat ;
- **travailleur indépendant** : tout opérateur économique, personne physique qui travaille dans un secteur formel dont notamment les avocats, les médecins, les notaires et les architectes ou qui crée une entreprise et n'emploie pas encore de travailleur salarié.

Article 3 : L'assurance maladie universelle est fondée sur les principes de solidarité, d'équité, de mutualisation des risques, de responsabilité individuelle et collective et de progressivité, afin de garantir à l'ensemble des résidents sur toute l'étendue du territoire togolais l'accès à un minimum de soins de santé dans des conditions financières soutenables.

Le principe de la progressivité s'applique à la fois au panier de soins offerts, à la population couverte et à la quote-part à charge des bénéficiaires, en tenant compte de l'évolution de l'offre de soins et de la disponibilité des ressources financières.

Article 4 : Les assurés sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la race, à la religion, à l'état de personne handicapée, à la nature de l'activité, au niveau et à la nature du revenu, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence sur le territoire.

L'enrôlement et la prise en charge des assurés peuvent être réalisés à travers un dispositif digital national de gestion mis en place progressivement par l'organisme de gestion.

Un texte réglementaire précise les services concernés par la digitalisation et les procédures à respecter conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur en république togolaise.

Article 5 : L'Etat est garant du respect de ces principes énoncés aux articles 3 et 4 de la présente loi.

Il veille notamment à :

- la participation solidaire et équitable de chaque assuré au financement de l'assurance maladie ;
- l'équilibre du système d'assurance maladie et au respect de sa propre obligation de participation à son financement en sa qualité de garant du bien-être de tous les citoyens ;
- l'accès effectif et équitable de chaque bénéficiaire de l'assurance maladie universelle aux soins de santé de qualité ;
- une bonne coordination entre l'Organisme de gestion de l'assurance maladie et les autres institutions œuvrant dans le même domaine ou dans un domaine connexe ;
- une représentativité équitable des principales parties prenantes dans les organes de gouvernance.

Article 6 : L'assurance maladie universelle est mise en place en tenant compte des paramètres techniques qui garantissent son efficacité, sa viabilité financière et l'équilibre du système.

Article 7 : Tout assujetti à la présente assurance maladie universelle peut souscrire à des couvertures complémentaires auprès des compagnies privées d'assurance, des mutuelles de santé ou de toutes autres institutions de prévoyance sociale légalement reconnues.

CHAPITRE II : DU CHAMP D'APPLICATION

Article 8 : L'assurance maladie universelle (AMU) comprend deux (02) régimes :

- un régime d'assurance maladie obligatoire de base (RAMO)
- un régime d'assistance médicale (RAM).

Section 1^{ère} : Le régime d'assurance maladie obligatoire de base (RAMO)

Article 9 : Le régime d'assurance maladie obligatoire de base est fondé sur le principe contributif ainsi que sur celui de la mutualisation des risques.

Article 10 : Sont assujettis au régime d'assurance maladie obligatoire de base (RAMO) :

- les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public ;
- les membres des institutions publiques, pour la durée de leur mandat ;
- les travailleurs régis par le code du travail, notamment ceux assujettis au régime de sécurité sociale ;
- les titulaires de pension des deux (02) secteurs public et privé ;
- les travailleurs indépendants ;
- les travailleurs et opérateurs de l'économie informelle et agricole ;
- les ministres de cultes ;
- toutes autres personnes exerçant une activité non salariée.

Un décret en conseil des ministres précise les conditions et modalités d'assujettissement.

Article 11 : Le régime d'assurance maladie obligatoire de base couvre la personne assujettie et les membres de sa famille qui sont à sa charge, à condition qu'ils ne soient pas bénéficiaires à titre personnel d'une assurance de même nature.

Sont considérés comme membres de la famille à charge :

- le conjoint ou la (les) conjointe(s) légaux de l'assuré ;
- les enfants à la charge de l'assuré, âgés de vingt et un (21) ans au plus ;
- les enfants pris en charge conformément à la législation en vigueur.

Un décret en conseil des ministres détermine le nombre maximum de personnes couvertes par ménage et les conditions de prorogation de l'âge limite des enfants non mariés poursuivant des études supérieures ou en apprentissage.

Sont également considérés comme personnes à charge sans limite d'âge, les enfants de l'assuré atteints d'un handicap et les enfants pris en charge et qui sont dans l'impossibilité totale, permanente et définitive de se livrer à une activité rémunérée.

Article 12 : L'assuré peut demander l'extension du bénéfice du régime d'assurance maladie obligatoire de base dont il relève à son père et à sa mère ou à toute autre personne à sa charge, à condition de payer les cotisations sociales correspondantes.

Un décret en conseil des ministres fixe le montant ou le taux de cette cotisation.

Section 2 : Le régime d'assistance médicale (RAM)

Article 13 : Le régime d'assistance médicale (RAM) est institué au profit des personnes qui ne disposent pas de ressources nécessaires pour contribuer à l'assurance maladie obligatoire, formellement identifiées suivant les dispositions légales et réglementaires en République togolaise.

Le régime d'assistance médicale est fondé sur le principe de l'assistance sociale et de la solidarité nationale.

Article 14 : Sont éligibles au régime d'assistance médicale, les personnes qui ne sont pas assujetties au régime d'assurance maladie obligatoire de base institué par la présente loi.

Article 15 : Bénéficient des prestations du régime d'assistance médicale dans les conditions fixées par voie réglementaire, les personnes qui ne sont pas assujetties au régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales.

Sont également bénéficiaires du régime d'assistance médicale (RAM), les ayants-droits ci-après désignés des personnes visées à l'alinéa premier du présent article :

- le conjoint ou la (les) conjointe (s) ;
- les enfants à charge, non-salariés, âgés de vingt et un (21) ans au plus et non couverts par une assurance maladie obligatoire de base ;
- les enfants handicapés quel que soit leur âge, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de faire une activité rémunérée.

Article 16 : Sont admis de droit au bénéfice de l'assistance médicale, les pensionnaires des orphelinats, des établissements publics ou privés à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans famille et de tout autre établissement similaire dont la liste est déterminée par décret en conseil des ministres.

Article 17 : Les enfants, autres que ceux visés aux articles 15 et 16 de la présente loi, qui vivent sous le même toit que les personnes bénéficiaires de l'assistance médicale et qui sont à leur charge effective, totale et permanente, sont exceptionnellement admis au bénéfice des prestations garanties au titre de l'assistance médicale, à condition d'en apporter la preuve.

Article 18 : Les textes législatifs et réglementaires spécifiques peuvent instituer la gratuité de la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies au bénéfice des

affiliés nonobstant leur assujettissement à l'un des deux (02) régimes définis par la présente loi.

Article 19 : La qualité de bénéficiaire du régime d'assistance médicale (RAM) est prononcée, à la demande de l'intéressé ou d'une institution visée à l'article 16 de la présente loi, dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Un décret en conseil des ministres fixe le niveau de contribution des bénéficiaires ainsi que ses modalités d'application.

Article 20 : Un décret en conseil des ministres précise les conditions et modalités particulières d'assujettissement à l'assurance maladie obligatoire de base et d'éligibilité à l'assistance médicale.

CHAPITRE III : DES PRESTATIONS

Article 21 : Sont garanties par l'assurance maladie universelle, les prestations de soins inhérentes à la maladie, aux accidents non professionnels, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle.

La garantie visée au premier alinéa peut être étendue par décret en conseil des ministres.

Article 22 : L'assurance maladie universelle donne droit aux prestations liées aux garanties prévues à l'article 21 de la présente loi, notamment :

- les consultations de médecine générale et de spécialités ;
- les hospitalisations ;
- les produits de santé essentiels ;
- les actes médicaux et paramédicaux ;
- les examens d'imagerie médicale ;
- les examens de biologie médicale ;
- les appareillages et prothèses;
- le transport des malades d'une formation sanitaire à une autre ;
- les prestations de soins liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

Un décret en conseil des ministres fixe le panier de soins détaillé de l'assurance maladie universelle ainsi que le niveau de remboursement en prenant en compte la nécessité d'assurer les soins de santé de base, l'équilibre technique et financier du régime.

Article 23 : Sont exclus des prestations garanties de l'assurance maladie universelle :

- les soins liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- les dépenses de santé dans les structures sanitaires non conventionnées avec l'Organisme de gestion, sauf sur autorisation préalable de l'Organisme de gestion selon les modalités fixées par un texte réglementaire ;
- les soins à l'étranger sauf dispositions contraires fixées par décret ;
- les soins et la chirurgie esthétiques ;
- les soins de confort ;
- les produits pharmaceutiques de confort ;
- les prestations couvertes par les programmes de gratuité ou de subvention en matière de santé.

Article 24 : Un texte réglementaire définit les valeurs et les nomenclatures des actes et produits pharmaceutiques couverts par le régime et le niveau de prise en charge dans le respect du panier de soins et du niveau de remboursement, tel que prévu à l'article 22 de la présente loi.

Les nomenclatures visées au premier alinéa sont révisées dans les mêmes conditions.

Article 25 : Les prestations garanties ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national, sauf dispositions particulières fixées par décret.

Article 26 : Sont exclues du champ des prestations garanties par l'assurance maladie universelle, toutes autres prestations non prévues par les nomenclatures des actes et des produits pharmaceutiques établies par le texte réglementaire mentionné à l'article 24 de la présente loi.

TITRE II - DE LA PRISE EN CHARGE

CHAPITRE I^{er} : DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Article 27 : L'assurance maladie universelle (AMU) garantit la prise en charge d'une partie des frais de soins de santé par l'Organisme de gestion. L'autre partie, dénommée ticket modérateur, reste à la charge de l'assuré, dans les conditions fixées par décret.

Article 28 : La prise en charge des frais liés aux soins de santé par l'AMU peut être effectuée :

- par tarification à l'acte, sur la base de la liste des prestations garanties mentionnée à l'article 22 de la présente loi ;
- sous forme de forfait déterminé par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de capitation ;
- selon tout autre mécanisme permettant de garantir la performance, l'efficacité, la pérennité et la viabilité de l'AMU.

Un texte réglementaire fixe les mécanismes de prise en charge des frais de santé par l'Organisme de gestion.

Article 29 : Un décret en conseil des ministres fixe, sur le rapport conjoint du ministre chargé de l'assurance maladie universelle, du ministre chargé des finances et du ministre chargé de la santé, le barème financier de référence pour la prise en charge des frais des soins de santé par l'Organisme de gestion.

Article 30 : Pour bénéficier de la prise en charge des prestations garanties par l'assurance maladie universelle (AMU), l'assuré est tenu d'observer un parcours de soins dont les modalités sont définies par un texte réglementaire conformément à la pyramide sanitaire.

CHAPITRE II : DU CONVENTIONNEMENT

Article 31 : Les relations entre l'Organisme de gestion et les prestataires de soins conventionnés sont régies par des conventions.

Ces conventions sont signées entre l'Organisme de gestion et les prestataires de soins et de services de santé. Elles comprennent notamment :

- les obligations des parties contractantes ;
- le barème financier de référence relatif à la délivrance des soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les outils de garantie de la qualité des services ;
- les procédures et les modes de paiement des prestataires de soins ;
- les mécanismes de résolution des litiges ;
- les modalités de renouvellement ;

- tout autre document ou référentiel nécessaire à la gestion du risque maladie.

Un texte règlementaire fixe les modalités et les procédures de conclusion, de suspension et de rupture desdites conventions.

Article 32 : Ne sont prises en charge par l'assurance maladie universelle (AMU) que les prestations garanties délivrées par un prestataire de soins, qu'il soit public ou privé, ayant signé une convention avec l'Organisme de gestion sauf si les soins délivrés dans les structures non conventionnées ont fait l'objet d'une autorisation préalable.

CHAPITRE III : DU CONTRÔLE MEDICAL

Article 33 : L'Organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment de vérifier la nécessité et l'adéquation des soins et traitements dispensés ou prescrits à l'état de santé de l'assuré et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes, notamment en matière de prescription de soins et de facturation.

Les acteurs du contrôle médical ont par ailleurs pour mission de veiller à la qualité des soins dispensés et de conseiller les prestataires de soins de santé dans leur pratique afin de contribuer à l'amélioration du système de l'AMU.

Article 34 : Le contrôle médical est effectué par des médecins conseil et des pharmaciens conseil de l'Organisme de gestion chargés des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle des soins et traitements dispensés ou prescrits par les prestataires de soins afin de s'assurer de leur nécessité et de leur adéquation avec l'état de santé des assurés concernés ;
- le suivi et le contrôle de la qualité des soins et traitements dispensés par les prestataires de soins ;
- le suivi et le contrôle de la bonne conduite des parcours de soins, notamment de la coordination de leurs différents intervenants, en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés ;
- la recherche et le signalement des abus et des fraudes susceptibles d'être commis par les assurés et les prestataires de soins.

Article 35 : Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent exercer la fonction de prestataire de soins.

Article 36 : Sous réserve du respect des principes déontologiques auxquels ils sont soumis et de la législation en vigueur, les médecins conseil et pharmaciens conseil peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- inviter le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre au diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;
- obtenir tous les renseignements se rattachant à l'état de santé du bénéficiaire des prestations de soins ;
- accéder au dossier médical du bénéficiaire des prestations de soins ;
- demander des éclaircissements aux prestataires de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire des prestations de soins ;
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge de tout bénéficiaire des prestations de soins.

Article 37 : Les praticiens ou les responsables des établissements de santé sont tenus de permettre le libre accès des médecins conseil ou pharmaciens conseil chargés du contrôle médical aux lieux de délivrance des prestations et d'hospitalisation et de mettre à leur disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission de contrôle.

Les médecins traitants peuvent assister aux examens médicaux de contrôle, à la demande du bénéficiaire des prestations de soins ou du praticien chargé de ce contrôle.

Article 38 : Le bénéficiaire de soins et services de santé ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, ce dernier s'expose à des pénalités fixées par la présente loi.

Article 39 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'Organisme de gestion à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance du bénéficiaire des prestations de soins.

Le bénéficiaire des prestations de soins a le droit de contester ladite décision auprès de la tutelle de l'organisme de gestion qui désigne un médecin expert agréé pour procéder à un nouvel examen. Les frais d'expertise sont à la charge de l'organisme de gestion.

La décision prise sur la base des conclusions du médecin expert agréé n'est pas susceptible de recours.

Article 40 : Le prestataire de soins et services de santé ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, le paiement des prestations de soins et services

de santé est suspendu pour la période pendant laquelle le contrôle a été rendu impossible.

Les dispositions de l'article 39 de la présente loi s'appliquent dans les mêmes conditions pour les praticiens ou les responsables des établissements de santé.

Article 41 : Un texte réglementaire pris à l'initiative conjointe des ministres chargés de l'assurance maladie universelle et de la santé fixe les modalités du contrôle médical, les conditions et les délais dans lesquels celui-ci s'exerce.

TITRE III : DE L’AFFILIATION, DE L’IMMATRICULATION ET DE L’OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

CHAPITRE I^{er} : DE L’AFFILIATION ET DE L’IMMATRICULATION

Article 42 : Pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie universelle, toute personne assujettie doit être affiliée et déclarée à l'Organisme de gestion.

Article 43 : L'immatriculation des personnes assujetties se fait de façon progressive, en fonction de la maîtrise des paramètres techniques et financiers du système de l'AMU.

Il est attribué un numéro d'immatriculation unique à chaque assuré.

Article 44 : L'affiliation prend effet à compter de la date de l'immatriculation de l'assuré.

Article 45 : Un texte réglementaire fixe les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assurés.

CHAPITRE II : DE L’OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Section 1^{ère} : L’ouverture du droit aux prestations du RAMO

Article 46 : L'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie obligatoire de base (RAMO) est subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Article 47 : Une période de carence préalable à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire pour le RAMO.

La période prévue au premier alinéa est fixée par un texte réglementaire.

Article 48 : L'Organisme de gestion est tenu de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties à l'ouverture et à la fermeture du droit aux prestations de l'assurance maladie universelle.

Section 2 : L'ouverture du droit aux prestations du RAM

Article 49 : L'affiliation au régime d'assistance médicale (RAM) est subordonnée à la qualité de bénéficiaire conformément à la présente loi.

Article 50 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever de l'un des régimes d'assurance maladie universelle, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période déterminée par un texte réglementaire.

Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir les conditions pour le bénéfice de l'autre régime, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est invalidé.

Article 51 : Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont définies par un texte réglementaire.

TITRE IV : DE L'ORGANISATION, DE LA GESTION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE ET COMPTABLE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

CHAPITRE I^{er} : DE LA CREATION ET DES MISSIONS DE L'ORGANISME DE GESTION

Article 52 : La gestion de l'assurance maladie universelle instituée par la présente loi est confiée à un organisme de prévoyance sociale placé sous la tutelle du ministère chargé de l'assurance maladie universelle.

L'Organisme de gestion peut déléguer certaines de ses compétences à des organismes gestionnaires délégués.

Article 53 : Un décret en conseil des ministres fixe les missions, les attributions, l'organisation et le fonctionnement de l'Organisme de gestion.

CHAPITRE II : DE LA REGULATION DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Article 54 : Il est institué un mécanisme de régulation de l'assurance maladie universelle. La régulation consiste à donner des orientations politiques et stratégiques en matière de gestion du risque maladie et à veiller à l'équilibre général du régime par un contrôle régulier de l'Organisme de gestion.

Un décret en conseil des ministres fixe les missions et la composition de l'organe chargé du mécanisme de régulation et en précise les règles d'organisation et de fonctionnement.

CHAPITRE III : DES RESSOURCES ET DEPENSES

Article 55 : Les ressources de l'assurance maladie universelle sont constituées par :

- les cotisations, majorations, pénalités et intérêts de retards pour le régime d'assurance maladie obligatoire de base (RAMO) ;
- les contributions solidaires obligatoires dont le montant et les modalités de mobilisation sont fixés par décret en conseil des ministres ;
- les prélèvements et taxes parafiscales prévus par la loi des finances ;
- les revenus des placements et autres produits financiers et recettes générées par les activités propres de l'Organisme de gestion ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources affectées à l'assurance maladie universelle en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 56 : La loi de finances détermine le montant des prélèvements et taxes parafiscales en tenant compte des paramètres techniques qui garantissent l'équilibre financier du système de l'assurance maladie universelle.

Article 57 : Les ressources collectées pour l'assurance maladie universelle sont utilisées à titre principal pour :

- la prise en charge des prestations de soins au bénéfice des assurés pouvant inclure les actions de promotion de la santé et de prévention ainsi que la promotion du médicament essentiel générique (MEG) ;
- le financement des investissements nécessaires à la mise en œuvre de l'AMU ;
- la gestion administrative de l'organisme de gestion ;

- la constitution et la gestion des réserves ;
- toute autre action nécessaire au fonctionnement ou à la préservation des ressources financières de l'organisme de gestion.

Les ressources de l'assurance maladie universelle peuvent éventuellement appuyer le développement du système de santé.

Les modalités de cet appui sont déterminées par voie réglementaire.

Article 58 : Il est interdit à l'Organisme de gestion ou aux organismes gestionnaires délégués d'utiliser les ressources d'assurance maladie universelle à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

CHAPITRE IV : DES COTISATIONS SOCIALES ET DU RECOUVREMENT

Article 59 : Un décret en conseil des ministres détermine les taux et les assiettes, ou les montants forfaitaires des cotisations, les modalités et procédures de paiement ou de recouvrement des cotisations des assurés relevant du RAMO ainsi que les mécanismes et procédures spécifiques pour les personnes relevant du RAM.

Article 60 : Les travailleurs indépendants assujettis au régime d'assurance maladie obligatoire sont personnellement débiteurs de leur cotisation et de celle des membres de la famille à charge le cas échéant vis-à-vis de l'Organisme de gestion. Ils sont responsables du versement de ladite cotisation.

Article 61 : Pour les travailleurs salariés, la cotisation au régime d'assurance maladie obligatoire est répartie entre le travailleur et son employeur.

Un décret en conseil des ministres fixe le taux des cotisations ainsi que la quote-part à la charge de l'employeur et du travailleur salarié.

Article 62 : La contribution des travailleurs salariés assujettis à l'assurance maladie obligatoire est précomptée d'office sur leur rémunération lors de chaque paie.

La contribution des pensionnés assurés au régime de l'assurance maladie obligatoire est précomptée d'office sur leur pension lors de chaque versement.

Les personnes assujetties et les employeurs ne peuvent s'opposer au prélèvement de cette contribution.

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

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge. Toute convention ou décision contraire est nulle.

En cas de pluralité d'employeurs, chacun d'eux est responsable du versement de la part de cotisation calculée proportionnellement à la rémunération qu'il paie à l'intéressé.

Lorsque les employeurs ou organismes payeurs n'ont pas versé les cotisations dues dans les délais requis, il leur est appliqué une majoration dont le taux est fixé par décret en conseil des ministres. Cette majoration est payable en même temps que les cotisations.

Article 63 : Les employeurs ou organismes payeurs sont débiteurs vis-à-vis de l'Organisme de gestion de l'ensemble des cotisations dues. Ils sont responsables de leur versement, y compris la part mise à la charge du travailleur assujetti.

Le versement des cotisations doit être effectué par les employeurs aux dates et selon des modalités fixées par décret en conseil des ministres.

Article 64 : L'employeur peut, en cas de force majeure ou sur justificatifs, formuler auprès du conseil d'administration de l'Organisme de gestion des requêtes en réduction des majorations de retard encourues en application de l'article précédent.

Ces requêtes ne sont recevables qu'après règlement du principal.

Article 65 : Le recours introduit devant les juridictions compétentes ou devant le conseil d'administration n'interrompt pas le cours des majorations de retard.

Article 66 : L'employeur est tenu de fournir à l'Organisme de gestion, dans un délai de soixante (60) jours, les renseignements relatifs à l'identification et à la situation des travailleurs assujettis, notamment en cas de décès ou de cessation des relations de travail avec les intéressés.

Le non-respect de cette obligation est susceptible d'entraîner des poursuites judiciaires engagées par l'Organisme de gestion, dans les conditions fixées par les dispositions de la présente loi.

Un texte réglementaire précise la nature des renseignements ainsi que les procédures et les modalités de leur transmission à l'Organisme de gestion.

Article 67 : L'employeur ou l'organisme payeur a l'obligation de déclarer à l'Organisme de gestion les salaires, les traitements et les pensions des personnes assujetties selon des modalités et une périodicité fixée par décret en conseil des ministres.

Article 68 : Si un employeur ou l'organisme payeur ne s'exécute pas dans les délais conformément aux dispositions de l'article 67 de la présente loi, toute action en poursuite effectuée contre lui est obligatoirement précédée d'une mise en demeure avec accusé de réception l'invitant à s'exécuter dans un délai de trente (30) jours.

Article 69 : Lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le chiffre exact des rémunérations payées par lui à un ou plusieurs de ses salariés, le montant des rémunérations est fixé forfaitairement par l'Organisme de gestion en fonction des taux des rémunérations pratiquées dans la profession.

L'Organisme de gestion peut se faire communiquer par les services fiscaux ou tous autres services, tous renseignements susceptibles de faciliter le contrôle des rémunérations servant de base au calcul des cotisations.

Les rémunérations fixées forfaitairement par l'Organisme de gestion peuvent être remises en cause par l'employeur si ce dernier produit, dans un délai de trente (30) jours, la déclaration des rémunérations réellement versées durant la période considérée avec des éléments de preuve non contestés par l'Organisme de gestion. Ce dernier est alors tenu de procéder aux réajustements nécessaires. A défaut de production de la déclaration des rémunérations dans le délai, le montant fixé forfaitairement devient définitif.

Article 70 : Les créances de cotisations sont garanties par un privilège sur les biens meubles et immeubles du débiteur. Ledit privilège prend rang immédiatement après les créances des salaires.

L'Organisme de gestion peut pratiquer toute saisie sur le revenu ou sur toutes sommes qui seraient dues par des tiers à un débiteur de cotisations sociales.

Il peut également procéder au recouvrement des cotisations sociales, à concurrence du montant des créances dues, par voie de sommation ou d'avis à tiers détenteur, contre tout établissement bancaire, employeur, locataire et, d'une façon générale, tout débiteur des personnes physiques ou morales redevables des créances ou tout tiers détenteur de deniers leur appartenant.

Article 71 : L'employeur est tenu de verser la totalité des cotisations dues, notamment la part patronale et la part salariale dans les délais et selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Si un employeur ne s'exécute pas dans les délais légaux, toute action en poursuite effectuée contre lui est obligatoirement précédée d'une mise en demeure avec accusé de réception l'invitant à régulariser sa situation dans les trente (30) jours. Si la mise en demeure reste sans effet, le directeur général de l'Organisme de gestion peut, indépendamment de toute action pénale, délivrer une contrainte qui est visée et rendue exécutoire dans un délai de cinq (05) jours ouvrés par le président du tribunal du travail. Cette contrainte qui a titre exécutoire, est signifiée par acte d'huissier ou par les agents assermentés de l'Organisme de gestion dans les formes prescrites par la loi.

La contrainte comporte tous les effets d'un jugement. Son exécution peut être interrompue par une opposition motivée, formulée par le débiteur auprès du tribunal du travail, dans les quinze (15) jours suivant sa signification.

L'opposition n'est recevable que si au moins la moitié du montant des cotisations en cause a fait l'objet d'une caution bancaire ou d'un dépôt à titre de caution auprès du greffe du tribunal du travail.

En cas de nécessité, des mesures suspensives de prestations peuvent être prises par l'Organisme de gestion.

Les modalités de cette suspension sont définies par voie réglementaire.

Article 72 : En matière de recouvrement des cotisations sociales, l'Organisme de gestion jouit, dans tous les cas, des privilèges analogues à ceux du Trésor public.

Les titres de créances émis par le directeur général de l'Organisme de gestion sont revêtus de prérogatives analogues aux titres de créances de l'Etat.

Article 73 : Les deniers de l'Organisme de gestion sont insaisissables et aucune opposition ne peut être pratiquée sur les sommes qui lui sont dues.

Les créanciers porteurs de titre exécutoire peuvent, à défaut d'un règlement immédiat, saisir le conseil d'administration de l'Organisme de gestion qui est tenu de procéder à l'inscription de la créance au budget de l'exercice suivant.

Article 74 : L'Organisme de gestion dispose pour le recouvrement de ses créances, de prérogatives et privilèges analogues à ceux du Trésor public.

CHAPITRE V : DE LA GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE

Article 75 : Le fonctionnement de l'assurance maladie universelle instituée par la présente loi est basé sur le principe d'équilibre financier entre ressources et dépenses.

L'Organisme de gestion met en place les mécanismes nécessaires pour assurer l'équilibre technique et financier de l'AMU.

Article 76 : L'Organisme de gestion est tenu de se conformer au plan comptable défini par la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES).

Article 77 : Une étude actuarielle est réalisée en tant que de besoin sous la responsabilité de l'Organisme de gestion afin d'apprécier la pérennité de son équilibre financier, dont les résultats sont communiqués au ministère de tutelle et au ministère chargé des finances et présentés au gouvernement.

Article 78 : Si les ressources de l'AMU excèdent les 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 transitoire sur les fonds de réserve ou, à défaut, soit par une modification de l'étendue et du montant des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces deux (02) mesures, dans des conditions et limites fixées par décret en conseil des ministres.

Article 79 : L'Etat intervient en dernier ressort par une dotation spéciale si les mécanismes de rétablissement de l'équilibre financier prévus à l'article 78 de la présente loi se révèlent insuffisants.

CHAPITRE VI : DES DISPOSITIONS FISCALES ET DU CONTROLE TECHNIQUE

Article 80 : L'Organisme de gestion, chargé de la gestion de l'assurance maladie universelle, jouit pour toutes ses activités sociales d'un régime fiscal privilégié ainsi défini :

- exonération de tous les impôts et taxes, notamment de l'impôt sur les sociétés, la taxe sur le chiffre d'affaires intérieures, les patentes et les impôts fonciers, la taxe sur la valeur ajoutée ;

- exonération des droits et taxes de douane à l'importation pour tous les matériels et produits liés à ses activités sociales ;
- exonération de tous impôts et taxes sur les produits financiers issus des placements des réserves.

Article 81 : Les cotisations versées à l'Organisme de gestion et toutes autres ressources reçues par lui ainsi que les prestations payées sont exonérées d'impôts et taxes.

Article 82 : Les pièces et actes relatifs à l'application de la législation de l'assurance maladie universelle sont délivrés gratuitement et exemptés de droit de timbre et d'enregistrement.

Article 83 : Le contrôle de l'application par les employeurs et les assurés des dispositions de la présente loi est assuré par les inspecteurs et contrôleurs de l'Organisme de gestion et/ou par les inspecteurs et contrôleurs du travail. Un décret en conseil des ministres définit les conditions du contrôle de l'application des dispositions relatives à l'assurance maladie universelle.

TITRE V - DU CONTENTIEUX, DES PRESCRIPTIONS ET DES DISPOSITIONS PENALES

CHAPITRE I^{er} - DU CONTENTIEUX ET DES RECOURS

Article 84 : Les contestations nées de l'application des lois et règlements en vigueur en matière d'assurance maladie visant les assurés, à l'exclusion des litiges qui appartiennent en fonction de leur nature à une autre juridiction, relèvent de la compétence du tribunal de grande instance du lieu de résidence habituelle de l'assuré ou de la compétence de toute autre juridiction en tenant lieu.

Article 85 : Il est créé auprès de l'Organisme de gestion, une commission de recours gracieux dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés par décret en conseil des ministres.

Avant d'être soumises à la juridiction compétente, les réclamations formulées contre une décision prise par l'Organisme de gestion sont préalablement portées par tout moyen de notification avec accusé de réception, devant la commission de recours gracieux de l'Organisme de gestion.

CHAPITRE II - DES PRESCRIPTIONS ET NULLITES

Article 86 : L'action publique pour la poursuite des violations aux dispositions de la présente loi, commises par l'employeur, son préposé ou l'assuré est prescrite après cinq (05) ans à compter de l'expiration du délai de quinze (15) jours suivant leur mise en demeure.

Article 87 : L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un assuré, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq (05) ans à compter de la date de notification de la mise en demeure.

Article 88 : Les actions des bénéficiaires et des prestataires de soins contre l'Organisme de gestion de l'assurance maladie universelle sont prescrites après deux (02) ans à compter de la date de la naissance du droit objet de la réclamation.

Article 89 : Les actions de l'organisme gestionnaire contre les bénéficiaires ou les fournisseurs de prestations de soins à qui des avantages au titre de l'assurance maladie universelle ont été octroyés indûment sont prescrites après quatre (04) ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article 90 : La prescription des autres actions est régie par les règles de droit commun.

Article 91 : Est nul de plein droit tout accord contraire aux dispositions de la présente loi.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires aux droits et actions qui leur sont reconnus par les dispositions de la présente loi n'est pas opposable à l'Organisme de gestion.

CHAPITRE III - DES DISPOSITIONS PENALES

Article 92 : Quiconque contrevient aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application est poursuivi devant la juridiction compétente, à la demande du ministère chargé de l'assurance maladie universelle, soit à la requête de toute partie intéressée et notamment de l'Organisme de gestion.

La juridiction compétente peut ordonner que la décision soit publiée dans la presse et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

Article 93 : Est passible d'un emprisonnement d'un (01) à cinq (05) ans et d'une amende de cent mille (100.000) à un million (1.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux (02) peines, quiconque, à quelque titre que ce soit, par fraude ou fausse déclaration, obtient ou tente d'obtenir des prestations qui ne lui sont pas dues.

Article 94 : Est punie d'une amende de cent mille (100.000) à un million (1.000.000) de francs CFA, toute personne qui détourne ou qui tente de détourner les bénéficiaires de droits en vertu des dispositions de la présente loi, vers un prestataire de soins, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par la présentation de promesses pécuniaires.

Article 95 : Est passible d'un emprisonnement d'un (01) à cinq (05) ans et d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux (02) peines, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires qui pourraient être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention qui pourrait lui être infligée.

Article 96 : Est puni d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs CFA, le praticien ou le responsable de l'établissement de santé qui refuse le contrôle médical.

Article 97 : Est passible d'un emprisonnement d'un (01) à cinq (05) ans et d'une amende d'un million (1.000.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs CFA ou de l'une de ces deux (02) peines, tout employeur ou assuré qui fait sciemment de fausses déclarations à l'Organisme de gestion ou aux personnes assermentées dans le cadre de la vérification du respect de l'obligation d'affiliation à l'AMU.

Article 98 : Est puni d'une amende de cinq cent mille (500.000) à un million (1.000.000) de francs CFA, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais

réglementaires, à son affiliation à l'Organisme de gestion avec injonction de procéder à l'affiliation dans un délai ne dépassant pas un (01) mois.

Article 99 : Est passible d'un emprisonnement d'un (01) à six (06) mois et d'une amende d'un million (1.000.000) à cinq millions (5.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux (02) peines, l'employeur qui a retenu indûment par devers lui, la contribution d'un salarié prélevée sur le salaire de ce dernier au titre des cotisations sociales.

Article 100 : En cas de récidive, les peines ci-dessus prévues sont portées au double conformément aux dispositions du code pénal en vigueur.

Article 101 : Tout agent qui contrefait ou qui falsifie des actes en vertu de la présente loi est puni des mêmes peines que celles prévues pour les atteintes à la confiance publique conformément aux dispositions du code pénal en vigueur.

Tout agent qui se rend complice d'acte de falsification est puni des mêmes peines.

Article 102 : Les sanctions prévues par les dispositions de la présente loi peuvent se cumuler, le cas échéant, avec d'autres sanctions, notamment pénales et administratives prévues par la législation en vigueur.

En outre, en cas de condamnation, la juridiction compétente ayant rendu la décision peut en ordonner la publication dans la presse et/ou l'affichage dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

Article 103 : L'Organisme de gestion se réserve le droit de demander au contrevenant des dommages et intérêts dont le montant ne peut être inférieur aux montants indûment payés.

TITRE VI : DES DISPOSITIONS DIVERSES, TRANSITOIRES ET FINALES

Article 104 : Les frais de premier équipement qui comprennent les dépenses nécessaires à l'installation, au démarrage et au fonctionnement de l'AMU durant le premier exercice comptable sont couverts par une avance de l'Etat.

Article 105 : L'Organisme de gestion de l'assurance maladie est tenu de prendre, en collaboration avec l'Instance de protection des données à caractère personnel, toutes les mesures nécessaires à la conservation et à la préservation des données à caractère personnel des assurés conformément à la réglementation en vigueur.

Article 106 : Les modalités d'application de la présente loi sont, en tant que de besoin, déterminées par voie réglementaire.

Article 107 : Sont abrogées toutes dispositions antérieures contraires à la présente loi.

Article 108 : En attendant la mise en place effective de l'Organisme de gestion, l'Institut national d'assurance maladie (INAM) assure les missions et attributions qui lui sont dévolues.

Article 109 : La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Délibéré et adopté le 12 octobre 2021

La Présidente de l'Assemblée nationale



Yawa Djigbodi TSEGAN