

Loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance-maladie

Au nom du peuple,

La chambre des députés ayant adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier.

Il est institué un régime d'assurance-maladie, au profit des assurés sociaux et de leurs ayants droit, fondé sur les principes de la solidarité et l'égalité des droits dans le cadre d'un système sanitaire complémentaire qui englobe les prestations servies dans les secteurs public et privé de la santé.

Article. 2.

Le régime d'assurance-maladie mentionné à l'article premier de la présente loi comporte un régime de base obligatoire et des régimes complémentaires facultatifs.

Article. 3.

Les dispositions de la présente loi sont applicables aux assurés sociaux mentionnés dans les différents régimes légaux de sécurité sociale.

Les étapes d'application de la présente loi pour les différentes catégories d'assurés sont fixées par décret.

Article 4.

Bénéficient du régime d'assurance-maladie prévu par la présente loi les personnes suivantes :

- l'assuré social,
- le conjoint non divorcé et ne bénéficiant pas au titre de son activité d'une couverture légale obligatoire contre la maladie,
- les descendants de l'assuré social à charge indiqués ci-dessous :
- les enfants mineurs à condition de ne pas bénéficier d'une couverture légale obligatoire contre la maladie,
- la fille quel que soit son âge tant que son obligation alimentaire n'incombe pas à son époux ou tant qu'elle ne dispose pas de source de revenu,

- les enfants portant un handicap les rendant incapable d'exercer une activité rémunérée et qui ne bénéficient pas d'une couverture légale obligatoire contre la maladie au titre de leur activité,
- les bénéficiaires d'une pension de survivants en vertu d'un régime légal de sécurité sociale et qui n'ont pas de couverture légale obligatoire contre la maladie au titre de leur activité,
- les ascendants à charge à condition qu'ils ne soient pas soumis à titre principal à une couverture légale obligatoire contre la maladie.

TITRE II - LE REGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE

Chapitre I - Le contenu du régime de base

Article. 5.

Le régime de base garantit la prise en charge des frais des prestations de soins prodigués dans les secteurs public et privé et qui sont nécessaires pour la sauvegarde de la santé des personnes mentionnées à l'article 4 de la présente loi, à l'exception des frais occasionnés suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle qui demeurent soumis à la législation vigueur.

Pour bénéficier des prestations fournies dans le cadre du régime de base, l'assuré social doit être affilié et déclaré à l'un des régimes mentionnés à l'article 3 de la présente loi.

Les modalités de prise en charge, ses procédures et ses taux sont fixés par décret.

Article. 6.

Sont fixées, par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé publique, les listes des spécialités et des actes médicaux et paramédicaux, des médicaments, de l'appareillage et des frais de transport sanitaire qui sont pris en charge par le régime de base et le cas échéant, leurs tarifs de référence.

Ledit arrêté fixe la liste des prestations qui nécessitent l'accord préalable.

Chapitre II - La gestion du régime de base

Article. 7.

Il est créé un établissement public non administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, nommé « la Caisse Nationale d'Assurance Maladie », désignée ci-après la caisse et soumise à la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale.

L'organisation administrative et financière de la caisse et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret.

Article. 8.

Outre la gestion du régime d'assurance-maladie prévu par la présente loi, les missions de la caisse portent sur :

- la gestion des régimes légaux de réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les secteurs public et privé,
- la gestion des autres régimes légaux d'assurance-maladie prévus par la législation en vigueur,
- l'octroi des indemnités de maladie et de couche qui sont prévues par les régimes de sécurité sociale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Article. 9.

Sont intégrés d'office à la caisse, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et dans la limite des besoins de son fonctionnement, les agents de la caisse nationale de sécurité sociale et de la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale exerçant dans les divers services. Les agents concernés restent soumis au statut particulier des organismes de sécurité sociale.

Article. 10.

Sont transférés à la caisse, par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, des Domaines de l'État et des finances, les biens et les réserves financières afférents aux régimes qu'elle est chargée de gérer.

En cas de dissolution de la caisse, ses biens et droits feront retour à l'État qui exécutera ses engagements conformément à la législation en vigueur.

Chapitre III - L'organisation des relations entre les fournisseurs des prestations de soins et la caisse nationale d'assurance-maladie

Article. 11.

Les relations entre les fournisseurs des prestations de soins et la caisse sont régies par une convention cadre et des conventions sectorielles qui sont conclues entre ladite caisse et les représentants de ces fournisseurs.

Les conventions déterminent en particulier les domaines suivants :

- les obligations des parties contractantes,
- les tarifs de référence des prestations de 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 fournisseurs des prestations de soins,
- les mécanismes de résolution des litiges.

Les modalités, les procédures de conclusion, ainsi que l'adhésion aux dites conventions sont fixées par décret.

Article. 12.

Les conventions citées à l'article précédent sont approuvées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les textes des conventions et les arrêtés d'approbation sont publiés au journal officiel de la République Tunisienne.

Article. 13.

Afin de garantir la continuité des soins, le ministre chargé de la sécurité sociale peut déterminer, le cas échéant, des mécanismes de prise en charge par la caisse au profit des assurés des prestations de soins qui leur sont prodiguées par les fournisseurs des dites prestations.

Chapitre IV - Le financement du régime de base de l'assurance-maladie

Art. 14.

Les ressources du régime de base d'assurance-maladie prévu par la présente loi sont constituées des éléments suivants :

- les cotisations prévues par la présente loi,
- les pénalités pour le non-paiement des cotisations dans les délais légaux,
- les revenus des placements et valorisations des fonds du régime prévu par la présente loi,
- les dons et legs et toutes autres ressources accordées au titre de ce régime en vertu d'un texte législatif ou réglementaire.

Article. 15.

Le taux de cotisation au titre du régime de base est fixe à 6,75 % du salaire ou du revenu.

Ce taux est réparti entre l'assuré qui a la qualité de salarié sur la base de 4 % à la charge de l'employeur et 2,75 % à la charge du salarié. L'assuré social travaillant pour son propre compte supporte la totalité du taux de cotisation.

Le taux de cotisation supporté par le bénéficiaire d'une pension est fixé à 4%.

L'assiette de cotisation ainsi que les différentes étapes de son application sont fixées par décret.

Article. 16.

La caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale et la caisse nationale de sécurité sociale, chacune en ce qui la concerne, et conformément aux textes légaux et réglementaires en vigueur,

procèdent au recouvrement des cotisations fixées à l'article 15 de la présente loi ainsi que les cotisations dues aux titres des régimes et des prestations prévues à l'article 8 de la présente loi et à leur transfert à la caisse selon les modalités et les procédures qui sont fixées par une convention conclue entre les caisses concernées.

Chapitre V - Le contrôle médical

Article. 17.

Le contrôle médical est confié à des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens conseils auprès de la caisse, chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les fournisseurs des prestations de soins et l'observation de leur accommodement avec l'état de santé du bénéficiaire,
- la coordination entre les différents intervenants en vue de garantir une prise en charge adéquate des prestations de soins fournies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit.
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé,
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.

Les modalités et procédures d'exercice de ces missions sont fixées par décret.

Article. 18.

Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins-conseils et les médecins dentistes conseils peuvent à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer 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,
- accéder au dossier médical du bénéficiaire,
- demander des éclaircissements aux fournisseurs des prestations de soins concernant l'état de santé du bénéficiaire,
- visiter les structures sanitaires pour constater les conditions de prise en charge des bénéficiaires.

TITRE III - LES REGIMES COMPLEMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Article. 19.

Les prestations de soins qui ne rentrent pas dans le cadre du régime de base de l'assurance-

maladie, ainsi que la partie des dépenses non-prise en charge par ce régime peuvent être couvertes par des régimes complémentaires facultatifs.

Article. 20.

La gestion des régimes complémentaires est confiée aux sociétés d'assurances et aux sociétés mutualistes créées conformément à la législation en vigueur.

La caisse peut en cas de besoin et à titre exceptionnel assurer la gestion d'un régime complémentaire, sur la base d'un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et des finances.

TITRE IV - LE CONSEIL NATIONAL DE L'ASSURANCE MALADIE

Article. 21.

Il est créé un conseil national de l'assurance-maladie chargé du suivi et de l'évaluation du fonctionnement du régime de l'assurance-maladie prévu par la présente loi et de proposer les orientations et les mécanismes à même de garantir son équilibre financier.

La composition du conseil, ses missions ainsi que les procédures de son organisation et les modes de son fonctionnement sont fixés par décret.

TITRE V - LES ACTIONS EN RESPONSABILITE ET EN NULLITE

Article. 22.

La caisse est subrogée au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre le tiers responsable du dommage dans les limites des prestations octroyées à la victime.

En cas d'actions engagées contre le tiers responsable, la victime ou ses ayants droits doivent assigner en intervention la caisse conformément à la législation en vigueur.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à la caisse qu'autant que celle-ci a été légalement invitée à y participer.

La caisse peut, en cas du non-respect des dispositions des deux alinéas précédents, se retourner contre le bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans les limites de ce qui a été dépensé.

Article. 23.

Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi.

Toute renonciation de la part des bénéficiaires de la présente loi aux droits et actions qui leurs y sont reconnus n'est pas opposable à la caisse.

Article. 24.

Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre la caisse sont prescrites après deux ans à partir de la date de la naissance du droit.

Les actions de la caisse contre les personnes à qui des avantages au titre de ce régime ont été octroyés indûment sont prescrites après deux ans. Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu.

La prescription des autres actions notamment celles se rattachant aux cotisations est régie par les règles de droit commun et les dispositions régissant les organismes de sécurité sociale.

TITRE VI - LES SANCTIONS

Article. 25.

Est puni d'une amende de 500 à 2000 dinars :

- toute personne qui obtient ou facilite l'obtention ou tente de le faire par le biais de l'escroquerie ou de la présentation de fausses déclarations, des prestations qui ne lui sont pas dues,
- toute personne qui compère avec les bénéficiaires des dispositions de la présente loi afin d'obtenir des prestations indûment,
- toute personne qui détourne les bénéficiaires des dispositions de la présente loi vers un établissement sanitaire, un cabinet médical, une pharmacie, un laboratoire ou vers toute autre structure sanitaire, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par la présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire.
- tout fournisseur de prestations de soins qui demande en se basant sur les dispositions de la présente loi une rémunération pour des actes professionnels non accomplis ou des produits non délivrés.

En cas de récidive, le montant de l'amende est doublé.

Les sanctions prévues par les dispositions de la présente loi n'empêchent pas l'application des sanctions pénales et administratives prévues par la législation en vigueur.

La caisse se réserve le droit de demander des dommages et intérêts au contrevenant dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés.

TITRE VII - DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article. 26.

Restent en vigueur dans les limites de ce qui n'est pas compris dans le régime de base prévu dans la présente loi :

- les régimes légaux de remboursement des frais en vigueur à la date d'entrée en application de la présente loi conformément aux modalités fixées par décret,
- les régimes gérés par les sociétés d'assurances et les sociétés mutualistes jusqu'à leur révision en vue de les accommoder avec les dispositions du titre III de la présente loi.

Article. 27.

Restent en vigueur les régimes spéciaux de prise en charge des prestations de soins prévus par les statuts particuliers de certaines catégories d'agents publics ou en application de dispositions légales ou réglementaires.

Article. 28.

À titre transitoire, les personnes qui ne sont pas couvertes par l'article 3 de la présente loi sont soumises aux régimes légaux de l'assurance-maladie qui sont en vigueur à la date de son entrée en application.

Article. 29.

Les dispositions du deuxième chapitre du titre II de la présente loi, sont applicables dès la date de sa promulgation ; le reste de ses dispositions entre en vigueur à partir du 1er juillet 2005, date à laquelle sont abrogées toutes les dispositions contraires, en prenant en considération les dispositions de ses articles 26, 27 et 28.

Sont également abrogées les dispositions de la loi n° 86-86 du premier septembre 1986 portant réforme des structures de sécurité sociale.

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat.

Tunis, le 2 août 2004.

Zine El Abidine Ben Ali