

-----0-----
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

-----0-----

DECRET N°2013-507 DU 24 DECEMBRE 2013

portant transmission à l'Assemblée Nationale du projet de loi portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle en République du Bénin.

**LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHEF DE L'ETAT,
CHEF DU GOUVERNEMENT,**

- Vu** la loi n° 90-32 du 11 décembre 1990 portant Constitution de la République du Bénin ;
- Vu** la proclamation le 29 mars 2011 par la Cour Constitutionnelle des résultats définitifs de l'élection présidentielle du 13 mars 2011 ;
- Vu** le décret n° 2013-457 du 08 octobre 2013 portant composition du Gouvernement ;
- Vu** le décret n° 2012-191 du 03 juillet 2012 fixant la structure type des ministères ;
- Vu** le décret n° 2012-272 du 13 août 2012 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé ;
- Vu** le décret n° 2007-491 du 02 novembre 2007 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme ;
- Vu** le décret n°2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'ANAM ;
- Sur** proposition du Ministre de la Santé, après avis motivé n° 004-c/PCS/SG/DDE/SP de la Cour Suprême en date du 23 mai 2013 ;
- Le** Conseil des Ministres entendu en sa séance du 16 décembre 2013 ;

D E C R E T E :

Le projet de loi portant institution du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) en République du Bénin, sera présenté à l'Assemblée Nationale par Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, de la

Législation et des Droits de l'Homme, qui est chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion, conjointement avec le Ministre de la Santé.

Exposé des motifs

La Constitution du 11 décembre 1990 consacre, en son article 8 alinéa 2, la santé pour tous.

Or, en cas de maladie et de douleur, le niveau de revenus introduit une discrimination. Force est de constater que l'inégalité relative à la prévention et aux soins de santé est une injustice qu'il échet de combattre en République du Bénin. Faute de moyens financiers, d'honnêtes citoyens ne peuvent se faire soigner.

Dans sa ferme volonté politique d'améliorer l'accès financier des populations aux soins de santé de qualité, le Conseil des Ministres a, en sa séance du 21 mai 2008, créé par décret un Comité Technique Interministériel (CTI) pour concevoir le Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU) afin d'offrir à chaque Béninoise et à chaque Béninois une protection efficace contre le risque maladie.

Ainsi, la souffrance des populations sera allégée par la réduction graduelle et durable du phénomène de « paiement direct des soins » en vue de faire progresser la qualité, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le financement du système de santé au Bénin.

Les travaux du CTI ont donné les résultats suivants :

- la nécessaire mobilisation de plusieurs partenaires techniques et financiers autour de l'heureuse initiative ;
- les principes de base, les orientations stratégiques et l'architecture d'ensemble du RAMU ont été définis et validés en atelier ;
- les principaux paramètres techniques et financiers ont été définis, notamment :
 - le paquet des prestations de base, c'est-à-dire le panier de soins à couvrir ;
 - la liste des médicaments remboursables ;
 - la segmentation des cibles ;
 - les fourchettes des primes ;
 - les maladies d'affiliation ;
 - les modalités de prise en charge des cas spéciaux ;
 - les sources de financement et surtout la coordination et la gestion du système.

Au regard desdits résultats, de la ferme volonté politique du Gouvernement, des opportunités techniques et financières existantes, la mise en œuvre du RAMU va devenir une réalité tangible.

Ainsi, par décret n° 2011-089 du 08 mai 2012 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), ladite Agence a été portée sur les fonds baptismaux sous la forme d'un office à caractère social ; elle est l'organe de coordination et de gestion du RAMU.

C'est dans ce contexte que l'ANAM a saisi la Commission Nationale de Législation et de Codification (CNLC) de la mouture de l'avant-projet de loi portant institution d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle.

Le texte amendé en la forme et au fond par la CNLC en atelier, à Grand-Popo du 18 au 23 juin 2012, comporte 98 articles subdivisés en cinq (05) titres.

Le titre premier intitulé « **Des dispositions générales** » comporte quatre (04) chapitres :

- le chapitre 1^{er} définit l'objet du RAMU qui est un régime **obligatoire**, et précise la couverture que ce régime assure et qui est **universelle**.
- le chapitre II énumère toutes les personnes ou catégories de personnes assujetties.
- le chapitre III est consacré aux définitions de certains termes et expressions que contient le texte de la loi afin d'en faciliter la compréhension et l'interprétation.
- le chapitre IV, subdivisé en deux sections, définit les principes du RAMU et ses orientations stratégiques. Il met aussi en exergue les principes de solidarité grâce au tiers payant, la contribution équitable et la responsabilité de l'Etat pour la sauvegarde du droit à la santé.

Les orientations stratégiques énumèrent les mécanismes de fonctionnement du RAMU dans leurs grandes lignes.

Le titre II, intitulé « **De la prise en charge** », explicite les conditions d'affiliation et de prise en charge dans son chapitre premier et son chapitre II clarifie les prestations couvertes et celles qui sont exclues du RAMU.

Le titre III, intitulé « **De la coordination et de la gestion du Régime d'Assurance Maladie Universelle** », est rédigé en quatre chapitres :

- le chapitre 1^{er} comporte deux sections. La première indique la mission de l'ANAM qui est d'assurer la coordination et la gestion du RAMU. La seconde précise que l'ANAM est un établissement public à caractère social, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière ;

- Le chapitre II, subdivisé en trois (03) sections, traite de la gestion technique du RAMU :

En sa section première, il définit les assujettis et les bénéficiaires qui sont nécessairement immatriculés et reçoivent une carte d'assurance maladie. Il prévoit que les modalités de l'immatriculation et du système d'information sont fixées par voie réglementaire.

Sa section 2 traite des incompatibilités et interdit le cumul des fonctions des agents de l'ANAM avec d'autres fonctions similaires.

Sa section 3 organise le contrôle médical et l'expertise médicale que l'ANAM doit encadrer rigoureusement dans le suivi des agréments, entre elle et les spécialistes en matières médicale et pharmaceutique.

- le chapitre III recense les sources de financement du RAMU : l'Etat, les collectivités locales, le secteur privé, les bénéficiaires ainsi que toutes autres formes comme les placements, les dons et legs. La gestion financière du RAMU est assurée par l'ANAM.

Une dotation financière pour le RAMU est prévue dans chaque loi de finances. La gestion du RAMU doit être conforme aux normes comptables de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (CIPRES).

Les cotisations sont proportionnelles à la faculté contributive des assujettis tant dans le secteur public que dans le secteur privé et pour les indigents.

Par ailleurs, dans la gestion financière du RAMU, l'ANAM jouit des privilèges du Trésor Public en ce qui concerne ses recouvrements.

- le chapitre IV régit les rapports entre les prestataires agréés et l'ANAM.

Le titre IV qui régit le contrôle, le contentieux et les sanctions, comporte trois (03) chapitres :

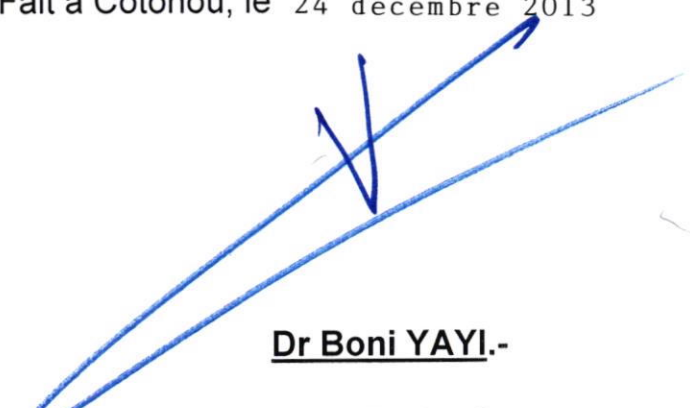
- le chapitre premier précise que l'ANAM, dans sa gestion du RAMU, est soumise au contrôle des établissements publics régis par les lois en vigueur en République du Bénin ;
- le chapitre II subordonne le contentieux au préalable de la transaction ;
- le chapitre III prévoit, nonobstant les sanctions disciplinaires, des peines correctionnelles et d'amendes.

Le titre V traite des dispositions transitoires et finales.

Telle est, Mesdames et Messieurs les Honorables Députés, la substance du présent projet de loi que nous soumettons à votre appréciation pour examen et adoption.

Fait à Cotonou, le 24 décembre 2013

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat, Chef du Gouvernement,



Dr Boni YAYI.-

Le Ministre d'Etat, Chargé de
l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique,

Le Ministre chargé de l'Evaluation
des Politiques Publiques, du
Programme de Dénationalisation,



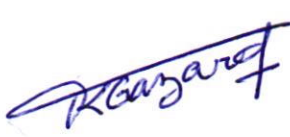
François Adébayo ABIOLA.-

Le Ministre de la Santé,



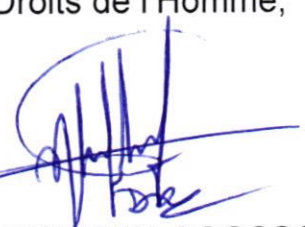
Antonin DOSSOU.-

Le Garde des Sceaux, Ministre
de la Justice, de la Législation
et des Droits de l'Homme,



Dorothée Akoko KINDE GAZARD.-

Le Ministre de l'Economie
et des Finances,



Valentin DJENONTIN-AGOSSOU.-

Le Ministre du Travail, de la Fonction
Publique, de la Réforme
Administrative et Institutionnelle,
Chargée du Dialogue social,



Jonas GBIAN.-



Martial SOUNTON.-

AMPLIATIONS : PR 6 AN 100 CS 2 CC 2 CES 2 HAAC 2 HCJ 2 SGG 2 JO 1

REPUBLIQUE DU BENIN
-----00-----
MINISTERE DE LA SANTE
-----00-----
AGENCE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE
-----00-----

**PROJET DE LOI PORTANT
INSTITUTION DU REGIME
D'ASSURANCE MALADIE
UNIVERSELLE EN REPUBLIQUE
DU BENIN**

JUILLET 2013

**PROJET DE LOI N°..... PORTANT
INSTITUTION DU REGIME D'ASSURANCE
MALADIE UNIVERSELLE EN REPUBLIQUE
DU BENIN**

L'Assemblée Nationale a délibéré et adopté ;

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

TITRE I^{er} : DES DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE PREMIER : DE L'OBJET

Article premier : Il est institué, en République du Bénin, le Régime d'Assurance Maladie Universelle, ayant pour sigle RAMU.

Article 2 : Le RAMU est un régime obligatoire.

Article 3 : Le RAMU permet d'assurer une couverture efficace des risques liés à la maladie, aux accidents non professionnels et à la maternité.

Les accidents de travail, les accidents de la circulation routière et les maladies professionnelles ne sont pas couverts par ce régime.

CHAPITRE 2 : DU CHAMP D'APPLICATION

Article 4 : La présente loi s'applique aux :

- agents de l'Administration publique, quel que soit leur statut ;
- membres des institutions de la République ;
- travailleurs salariés du secteur parapublic, quel que soit leur statut ;
- travailleurs salariés du secteur privé, quel que soit leur statut ;
- travailleurs indépendants, quels que soient le domaine et la nature de leur activité;
- titulaires d'une pension ou d'une rente, quel que soit leur régime d'affiliation ;
- élèves et étudiants non couverts à titre d'ayants droit.

Article 5 : Peuvent être assujettis, à titre volontaire, au RAMU :

- les Béninois vivant en permanence hors du territoire national ;

- toute personne de nationalité béninoise qui ne se trouve pas dans l'une des catégories citées à l'article 4 de la présente loi ;
- les travailleurs indépendants étrangers résidant sur le territoire béninois.

Article 6 : Outre les personnes visées aux articles 4 et 5 et leurs ayants droit, bénéficient également des prestations du RAMU :

- les Béninois économiquement faibles ;
- les réfugiés résidant sur le territoire national, reconnus comme tels par les services du Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés et en règle vis-à-vis des lois de la République du Bénin.

Article 7 : Le champ d'application du RAMU peut être étendu, par voie législative, à des personnes ou à des prestations non expressément prévues par la présente loi.

CHAPITRE 3 : DES DEFINITIONS

Article 8 : Au sens de la présente loi, on entend par :

- **admission en non-valeur** : mesure d'ordre budgétaire et comptable qui a pour but de faire disparaître des créances irrécouvrables, des

écritures de prise en charge du comptable public. Contrairement à la remise gracieuse, elle ne fait pas obstacle à un recouvrement ultérieur dans l'hypothèse où le débiteur revient à meilleure fortune ;

- **agent de l'administration publique** : agents permanents de l'Etat, les agents contractuels de l'Etat et les agents des collectivités locales ;
- **assiette** : base économique, valeur de référence qui sert au calcul d'un droit ou d'une obligation (dette, cotisation) ;
- **assiette des cotisations** : ensemble des gains et rémunérations perçus par l'assuré ;
- **assujetti** : toute personne affiliée au RAMU ;
- **assujetti volontaire** : personne adhérant volontairement au RAMU ;
- **assurance maladie** : ensemble des dispositions qui permettent de couvrir, par un partage des risques et une mise en commun des ressources, les frais des soins de santé, des maladies non professionnelles et de la maternité ;
- **assuré** : toute personne assujettie qui bénéficie de la couverture de l'assurance maladie ;

- **ayant droit** : le ou les conjoints de l'assuré qui ne disposent pas, à titre personnel, d'une assurance maladie ; les enfants à charge, tels que définis par le code de la Sécurité sociale ;
- **Béninois économiquement faible** : toute personne physique de nationalité béninoise dont le revenu, inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), nécessite le recours à la solidarité nationale afin de bénéficier d'une protection sociale efficace contre les risques maladie et maternité.

Le statut de Béninois économiquement faible est reconnu, après enquête sociale sur le postulant, effectuée selon des modalités fixées par décret pris en Conseil des ministres ;

- **convention** : contrat passé entre l'organisme de gestion du RAMU et un prestataire quelconque ;
- **cotisation** : contribution financière périodique versée à l'organe de gestion par l'assuré ;
- **cotisation forfaitaire** : cotisation dont le montant est calculé proportionnellement à la durée d'application pendant une année donnée ;

- **cotisation salariale** : prélèvement assis sur les salaires appelé charge salariale et destiné au financement de l'assurance maladie ;
- **cotisation patronale** : sommes destinées au financement de l'assurance maladie à verser par l'employeur, à titre de contribution, pour chaque assuré ;
- **contrôle médical** : opération ayant pour objet de vérifier la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, de vérifier la validité des prestations au plan technique et médical et de constater, le cas échéant, les abus et fraudes en matière de prescription de soins et de facturation ;
- **expertise médicale** : examen médical approfondi réalisé par un expert agréé par l'Agence ;
- **établissement de santé** : toute structure ou institution agréée intervenant dans le domaine de la santé en tant que prestataire de soins de santé et dispensateur ou non de médicaments aux populations ;
- **maladie** : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale agréée ;

- **maladie professionnelle** : maladie ou manifestations morbides dont l'origine est imputable à l'activité professionnelle du travailleur ;
- **médecin conseil** : médecin agréé qui exerce un contrôle médical pour le compte de l'organisme de gestion du RAMU ou d'un autre organisme de couverture du risque maladie agréé par l'organisme de gestion ;
- **membres d'institutions de la République** : membres des institutions de la République définies dans la Constitution et toutes autres institutions consacrées par voie législative ou réglementaire ;
- **organisme de gestion** : organisme qui a en charge la coordination et la gestion du RAMU. Il est institué par décret pris en Conseil des ministres ;
- **organisme gestionnaire agréé** : toute institution, publique ou privée, délégataire d'une des prérogatives de l'organisme de gestion dans le but de gérer un volet quelconque de la mise en œuvre du RAMU ;

- **panier de soins encore appelé paquet des prestations de base** : liste des soins et services remboursés par le RAMU ;
- **panier de soins complémentaires** : ensemble des soins et services non pris en charge par le RAMU et pouvant faire l'objet d'un contrat signé avec une compagnie d'assurance ;
- **période d'observation** : délai entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré ;
- **pharmacien conseil** : pharmacien agréé qui exerce un contrôle pharmaceutique pour le compte de l'organisme de gestion du RAMU ou d'un autre organisme agréé de couverture du risque maladie ;
- **prestataire** : toute personne ou structure exerçant dans le domaine médical, paramédical, managérial, de recherche ou autre lié à l'assurance maladie, agréée par l'organisme de gestion et qui participe aux soins à fournir aux bénéficiaires du RAMU ou qui fournit une expertise quelconque à l'organisme de gestion dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU ;

- **prestation** : gamme des produits et services offerts dans le cadre du RAMU ;
- **système de tiers payant** : mécanisme de facilitation de paiement dans lequel l'assureur paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exception du ticket modérateur ;
- **travailleur** : toute personne qui s'est engagée à mettre son activité professionnelle, moyennant rémunération, sous la direction et l'autorité d'une personne physique ou morale, publique ou privée ;
- **travailleur indépendant** : personne qui est à la fois entrepreneur propriétaire de ses moyens de production et son propre employeur ;
- ticket modérateur : part des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas payée par le régime d'assurance maladie.

CHAPITRE 4 : DES PRINCIPES ET DES ORIENTATIONS **STRATEGIQUES**

Section première : Des principes

Article 9 : Les principes de l'Assurance Maladie Universelle sont : la couverture universelle, la contribution, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat, l'équité, l'efficience et le tiers payant.

Article 10 : La couverture universelle signifie une couverture effective pour toutes les couches de la population béninoise, sans distinction aucune.

L'universalité est ici appréciée en termes de prise en compte de l'ensemble de la population béninoise pour un paquet de prestations de base, le plus large possible, au moindre coût.

Article 11 : La contribution signifie que le RAMU est fondé principalement sur la participation des bénéficiaires. Il s'agit de concevoir des fourchettes de primes en rapport avec les capacités contributives des diverses couches sociales, en vue d'assurer l'apport de chaque assujetti au financement des charges de l'assurance maladie dans la mesure de ses ressources.

Article 12 : La solidarité nationale signifie une prise en charge des cotisations des Béninois économiquement faibles, une mise en commun des risques et un partage des coûts, une solidarité entre riches et pauvres, vieux et jeunes, travailleurs et sans emploi, citadins et ruraux.

Article 13 : La responsabilité générale de l'Etat découle de ce que la santé est un droit humain fondamental consacré par la Constitution.

Article 14 : L'équité s'apprécie sous deux aspects : l'équité d'accès et l'équité contributive.

L'équité d'accès consiste à faciliter l'accès effectif de tous à un paquet de prestations de base, selon les besoins de chacun.

L'équité contributive vise à faire participer chaque couche sociale en fonction de sa capacité contributive.

Article 15 : L'efficience vise à maximiser les résultats de la mise en œuvre du RAMU tout en minimisant les coûts.

Article 16 : Le tiers payant signifie que, dans le cadre du RAMU, le paiement des frais de soins des bénéficiaires se fait directement par l'assureur aux prestataires de soins de santé, à l'exception du ticket modérateur.

Section deuxième : Des orientations stratégiques

Article 17 : Le RAMU est institué suivant les orientations stratégiques ci-après :

- la conception du RAMU en cohérence avec les différents mécanismes d'appui à la solidarité nationale ;
- l'établissement d'un mécanisme de financement qui prend en compte tous les groupes sociaux ;
- la définition du rôle de chaque dispositif existant dans l'organisation et le fonctionnement du système d'assurance maladie ;
- la promotion des adhésions familiales et de groupes, plutôt que les adhésions individuelles ;
- l'identification biométrique des adhérents afin de limiter les fraudes et les abus ;
- la définition du panier de soins sur la base des affections les plus courantes ainsi que celles affectant le plus grand nombre ;
- la promotion du partenariat public/privé dans la fourniture des soins et le remboursement des prestations ;

- la priorité au remboursement des médicaments essentiels ;
- l'option d'une bonne gouvernance et d'une gestion participative comme règles de mise en œuvre du mécanisme.

TITRE 2 : DE LA PRISE EN CHARGE

CHAPITRE PREMIER : DES CONDITIONS D’AFFILIATION ET DE PRISE EN CHARGE

Article 18 : Tout assuré a droit aux prestations pour lui-même et pour ses ayants droit. Ce droit s'acquiert par l'affiliation obligatoire à l'une des structures d'affiliation agréées par l'organisme de gestion du RAMU.

L'accès aux prestations est subordonné, en dehors des cas d'urgence dûment constatés par le corps médical, à la présentation de la carte d'immatriculation délivrée par l'organisme de gestion ou de tout autre document exigé par ce dernier.

Article 19 : L'ouverture du droit aux prestations d'Assurance Maladie Universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Le défaut de versement des cotisations suspend le bénéfice des prestations à l'expiration d'un délai fixé par arrêté conjoint des ministres en charge de la santé, des affaires sociales, du travail et des finances.

Article 20 : L'organisme de gestion et les organismes agréés sont tenus de vérifier et de contrôler l'admissibilité des personnes assujetties et de valider, en permanence, l'ouverture et la fermeture du droit aux prestations de l'Assurance Maladie Universelle.

Article 21 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever du RAMU, soit en qualité d'assujetties soit d'ayants droit, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période maximum de six (06) mois.

Toutefois, pendant cette période, si l'intéressé vient à remplir, en qualité d'assujetti ou d'ayant droit, les conditions pour le bénéfice du RAMU, le droit aux prestations du régime dont il bénéficiait antérieurement est supprimé et remplacé par celui de son nouveau statut.

Article 22 : Les ayants droit d'un assujetti décédé continuent de bénéficier, des prestations du RAMU dans les mêmes conditions que du vivant de l'assuré pendant une (01) année.

Cette période est mise à profit par l'organisme de gestion et les organismes agréés pour définir le nouveau statut des ayants droit.

Article 23: Tout assuré, qui change de statut, est tenu d'en informer l'organisme de gestion ou l'organisme agréé auquel il est affilié.

Article 24 : L'Assurance Maladie Universelle garantit, au profit du bénéficiaire, la prise en charge par l'organisme de gestion ou par les organismes agréés, des frais de soins de santé, à l'exception du montant du ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré.

Toutefois, l'assuré conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Article 25 : Les taux de prise en charge garantis par prestation ou par groupe de prestations ainsi que les prestations intégralement prises en charge, sont précisés par décret pris en Conseil des ministres, sur proposition

conjointe des ministres en charge de la santé et de la protection sociale.

Article 26 : Les frais de soins de santé fixés par arrêté conjoint du ministre en charge de la santé et du ministre en charge de la protection sociale, sont pris en charge par l'Assurance Maladie Universelle sur la base de la nomenclature des actes médicaux et des médicaments et éventuellement sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies.

Dans tous les cas, la facturation des prestations de soins est établie suivant les règles fixées par la présente loi et ses textes d'application.

Article 27 : La tarification nationale de référence pour la prise en charge des prestations de soins de santé est établie par le ministre en charge de la santé.

Article 28 : Les prestations couvertes par le RAMU sont remboursées par l'organisme de gestion ou les organismes agréés, selon le principe du tiers payant, dans les conditions fixées par arrêté du ministre en charge de la santé.

Les assurés participent à la prise en charge financière des prestations selon le principe du ticket modérateur.

Certaines catégories de population, en fonction de leur vulnérabilité, peuvent être exemptées du paiement du ticket modérateur.

Article 29 : Tout règlement de factures consécutives à des prestations fournies dans le cadre du RAMU s'effectue dans un délai de trente (30) jours par l'Agence ou tout organisme agréé à cet effet.

CHAPITRE 2 : DES PRESTATIONS COUVERTES

Article 30 : Les prestations garanties au titre de l'Assurance Maladie Universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et administrés sur le territoire national, par un prestataire agréé par l'organisme de gestion et en respect des clauses de la convention qui lie l'organisme de gestion au prestataire.

Article 31 : L'Assurance Maladie Universelle donne droit à la prise en charge directe des frais de soins préventifs, curatifs et de réhabilitation ainsi que des frais de médicaments requis par l'état de santé du malade ou par la maternité, conformément aux dispositions de la présente loi et de ses textes d'application.

Article 32 : Tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les risques professionnels, l'assuré victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, conserve, pour toute maladie qui n'a pas de lien avec l'exercice de sa profession, le droit aux prestations au titre du RAMU.

Article 33 : Les prestations offertes au titre du RAMU couvrent :

- les frais de consultation et d'hospitalisation ;
- les frais de médicaments, de consommables médicaux et de produits sanguins labiles ;
- les frais des examens de laboratoire et de radiologie ;
- les actes chirurgicaux ;
- la rééducation et la réadaptation fonctionnelle ;
- les frais de vaccins obligatoires ;
- les frais d'appareillage orthopédique de fabrication locale ;
- les frais de transport de malades d'une formation sanitaire à une autre, en cas de référence ;
- les frais de prestations liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

Article 34 : Les actes médicaux couverts par le RAMU et leurs valeurs font l'objet d'une nomenclature établie par le ministre en charge de la santé sur proposition de l'organisme de gestion, et mise à la disposition de tous les prestataires.

Les produits pharmaceutiques pris en charge font l'objet d'une liste établie par le ministre en charge de la santé, sur proposition de l'organisme de gestion et mise à la disposition de tous les prestataires.

Article 35 : Sont fixés par décret pris en Conseil des ministres, sur proposition conjointe des ministres en charge de la santé et de la protection sociale :

- la liste des prestations garanties, dénommée paquet des prestations de base ou panier de soins ;
- la liste des médicaments remboursables ;
- le niveau de prise en charge ;
- les conditions et les modalités de prise en charge des frais de soins de santé.

Le paquet des prestations de base, la liste des médicaments remboursables, le niveau et les conditions de prise en charge sont révisables, chaque année, dans les mêmes conditions de leur établissement.

Article 36 : Sont exclus du champ des prestations garanties par l'Assurance Maladie Universelle :

- les frais relatifs aux prestations fournies par des prestataires non conventionnés par l'organisme de gestion ;
- les soins de confort ;
- les interventions de chirurgie esthétique ;
- la désintoxication liée à l'alcool et à la drogue ;
- la prise en charge de la tentative de suicide ;
- les cures thermales ;
- l'acupuncture ;
- la mésothérapie ;
- la thalassothérapie ;
- l'homéopathie et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce ;
- la lunetterie ;
- les prothèses dentaires ;
- les prestations fournies à l'extérieur du territoire national ;
- les pathologies couvertes par les programmes nationaux de gratuité des soins de santé en vigueur

en République du Bénin, à l'exception des prestations non couvertes par lesdits programmes ;

- les produits pharmaceutiques de confort ;
- toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établie par décret pris en Conseil des ministres, sur proposition conjointe des ministres en charge de la santé et de la protection sociale.

TITRE 3 : DE LA COORDINATION ET DE LA GESTION DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

CHAPITRE PREMIER : DE L'ORGANISME DE COORDINATION ET DE GESTION

Article 37 : La coordination et la gestion du RAMU sont assurées par l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), ci-après désignée l'Agence.

Section première : De la mission de l'Agence

Article 38 : Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires s'y rapportant, l'Agence a pour mission :

- d'assurer la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Universelle ;

- de veiller à la mise en place des outils de régulation du RAMU.

Section 2 : Du régime juridique de l'Agence

Article 39 : L'Agence est un établissement public à caractère social doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière.

Article 40 : L'Agence est régie par les dispositions de la loi n°94-009 du 28 juillet 1994 relative aux offices à caractères social, culturel et scientifique.

Article 41 : La tutelle de l'Agence est assurée par le ministère en charge de la santé.

CHAPITRE 2 : DE LA GESTION TECHNIQUE

Section première : De l'immatriculation et du système d'information

Article 42 : Les assujettis et les bénéficiaires visés aux articles 4, 5, 6 et 7 sont obligatoirement immatriculés à l'Agence, par l'entremise des organismes agréés, dans les conditions et selon les modalités de l'immatriculation.

Article 43 : L'immatriculation se fait par enrôlement biométrique des assujettis et des bénéficiaires, pour sécuriser le régime et limiter les cas de fraudes et d'abus.

Article 44 : L'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assurance maladie. La présentation de cette carte est indispensable pour bénéficier des prestations couvertes par le RAMU.

Article 45 : Dans le cadre des attributions de l'Agence, il est institué un système d'information de l'assurance maladie caractérisé par :

- l'immatriculation des assujettis et des bénéficiaires ;
- la collecte, la vérification, le traitement et la mise à jour des informations relatives à l'immatriculation, au paiement des cotisations, à la mobilisation des ressources de toutes natures, à la fourniture des prestations et au règlement des prestataires ;
- le traitement informatique de la liquidation des prestations ;
- la mise à jour régulière des données statistiques concernant les activités de l'ANAM et des organismes agréés.

Article 46 : Les modalités de l'immatriculation et de l'organisation du système d'information sont fixées par décret pris en Conseil des ministres, sur proposition du ministre en charge de la santé.

Section 2 : Des incompatibilités

Article 47 : Dans le cadre du RAMU, les fonctions liées à la gestion des risques sont incompatibles avec celles de gestion de tout établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins ou d'hospitalisation ou de tout établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, de matériels, de dispositifs et d'appareils médicaux.

Article 48 : Tout cumul d'une fonction de direction ou d'une fonction technique au sein de l'Agence, avec un autre emploi public, est incompatible.

Section 3 : Du contrôle médical et de l'expertise médicale

Article 49 : L'Agence assure, directement ou par l'entremise des organismes gestionnaires agréés, un contrôle médical en matière de soins et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Article 50 : Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui déterminent l'octroi et le service des prestations du RAMU.

Article 51 : Le contrôle médical vise à permettre à l'Agence de :

- rembourser les frais des prestations effectivement fournies, dans les conditions et selon les modalités légales ;
- rembourser les frais des prestations aux tarifs conventionnés ;
- éviter tous cas de fraudes ou d'abus dans la fourniture ou le paiement des prestations.

Aucune facture relative à une quelconque prestation ne peut être payée sans le visa d'un médecin conseil.

Article 52 : Le contrôle médical est assuré par des médecins conseils d'assurance, encore appelés médecins contrôleurs, recrutés par l'Agence ou les organismes gestionnaires agréés.

Ces médecins reçoivent une formation complémentaire en gestion de risque maladie et de contrôle des prestations en assurance maladie.

Article 53 : Les critères de recrutement et de formation des médecins conseils d'assurance ainsi que les modalités d'exercice du contrôle médical sont fixés par arrêté du ministre en charge de la santé.

Article 54 : Les contestations d'ordre médical relatives aux décisions du contrôle médical donnent lieu à une procédure d'expertise médicale.

Article 55 : L'expertise médicale est effectuée par des techniciens figurant sur une liste d'aptitude établie par l'ordre des médecins, approuvée par le ministre en charge de la santé et révisable chaque année.

L'expertise médicale est contradictoire et l'avis de l'expert s'impose aux parties.

S'il ressort, 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.

CHAPITRE 3 : DU FINANCEMENT ET DE LA GESTION **FINANCIERE DU RAMU**

Article 56 : Le RAMU est financé principalement par l'Etat, les collectivités locales, le secteur privé et les bénéficiaires.

Constituent également des ressources du RAMU, les revenus des placements, les dons et legs, toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu d'une réglementation particulière.

Article 57 : Les opérations financières de l'Agence font l'objet d'un budget annuel.

Article 58 : Les ressources affectées au RAMU sont gérées par l'Agence. Elles sont insaisissables.

Les opérations relatives à la gestion financière du RAMU par ladite Agence font l'objet d'une comptabilité distincte.

Article 59 : La loi de finances prévoit les subventions à allouer à l'Agence au titre du RAMU.

Article 60 : L'assiette et les taux des taxes et redevances affectées au RAMU sont fixés, chaque année, par la loi de finances.

Les contributions des assujettis ainsi que les modalités de liquidation et de recouvrement des taxes et redevances sont déterminées par voie réglementaire.

Article 61 : Les différents indicateurs de gestion de l'Agence et des organismes gestionnaires agréés sont, en

ce qui concerne la gestion du RAMU, conformes aux ratios prudentiels de performance et aux normes comptables de la Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (CIPRES).

Article 62: Les cotisations des agents publics et des salariés des secteurs parapublics et privés sont assises, dans la limite d'un plafond fixé par décret pris en Conseil des ministres, sur l'ensemble des éléments de rémunération imposables.

Le taux des cotisations ainsi que la quote-part à la charge respective de l'employeur et du travailleur sont également fixés par décret pris en Conseil des ministres.

La contribution du travailleur est précomptée sur sa rémunération lors de chaque paye. Le travailleur et l'employeur ne peuvent s'opposer au prélèvement de cette contribution.

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

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

Article 63 : Les montants des cotisations des assujettis à titre volontaire, des travailleurs indépendants, des étudiants et des élèves sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Article 64 : L'employeur est débiteur, vis-à-vis de l'Agence, de l'ensemble des cotisations dues. Il est responsable de leur versement, y compris la part mise à la charge du travailleur, à la date et selon les modalités fixées par décret pris en Conseil des ministres.

En cas de non versement des cotisations dues dans les délais requis, il est appliqué à l'employeur une majoration de retard dont le taux est fixé par fraction de mois de retard, par décret pris en Conseil des ministres.

Cette majoration est payable en même temps que les cotisations.

Le recours devant les tribunaux n'interrompt pas le cours de ces majorations.

Article 65 : Les employeurs peuvent, en cas de force majeure ou sur justificatifs, formuler auprès du Conseil d'Administration de l'Agence, des requêtes en annulation ou en réduction des majorations de retard encourues en application des dispositions de l'article 64 de la présente loi.

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

Article 66 : Sous peine de se voir appliquer les majorations de cotisation prévues par la présente loi, tout employeur est tenu de fournir à l'Agence, les renseignements relatifs à l'identification et à la situation des travailleurs, notamment en cas de cessation des relations de travail avec les intéressés.

Article 67 : Lorsque le montant des salaires servant de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à l'Agence, le montant des cotisations dues est évalué d'office sur la base de la dernière déclaration trimestrielle majorée de vingt-cinq pour cent (25%).

En l'absence de déclaration, le montant des salaires est alors déterminé par l'Agence sur la base de la comptabilité de l'employeur.

Article 68 : Lorsque les éléments relatifs à la comptabilité de l'employeur ne sont pas disponibles auprès de l'Agence ou des services officiels compétents ou, lorsque cette comptabilité ne permet pas de déterminer exactement le montant des salaires versés, ce montant

est fixé forfaitairement par l'Agence en fonction des taux de salaire pratiqués dans la profession.

Article 69 : En cas de non paiement des cotisations et des majorations dans les délais, toute action en poursuite contre le débiteur est obligatoirement précédée de l'envoi d'un avis l'invitant à régulariser sa situation sous quinzaine pour compter de la date de réception de l'avis. Passé ce délai, une mise en demeure avec avis de réception lui est adressée l'invitant à s'exécuter dans un délai de quarante-cinq (45) jours.

Si la mise en demeure reste sans effet, l'Agence peut, par contrainte visée et rendue exécutoire par le président du tribunal compétent ou par tous autres moyens légaux, procéder au recouvrement des créances dues dans les mêmes formes et conditions de recouvrement que les créances de l'Etat.

L'Agence dispose, pour le recouvrement de ses créances, d'un privilège analogue à celui du trésor et qui prend rang immédiatement après celui des gens de service et celui des ouvriers tels que fixés par la réglementation en vigueur.

Toutefois, le recours juridictionnel en contestation de la dette est suspensif de la contrainte.

Article 70 : Les cotisations des titulaires d'une pension ou d'une rente, ainsi que celles des étudiants bénéficiaires d'une bourse ou d'un secours universitaire d'un montant mensuel supérieur ou égal au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), sont précomptées lors du paiement de ces prestations, selon les modalités fixées par décret pris en Conseil des ministres.

Article 71 : Les taux des cotisations des travailleurs indépendants et des assujettis à titre volontaire fixés sur une base forfaitaire, ainsi que les modalités de recouvrement desdites cotisations, sont déterminés par décret pris en Conseil des ministres.

Article 72 : Les Béninois économiquement faibles paient une cotisation forfaitaire symbolique dont le montant chiffré et les modalités de recouvrement sont fixés par décret pris en Conseil des ministres.

Article 73 : En matière de recouvrement des cotisations sociales, l'Agence jouit des privilèges du Trésor.

Article 74 : L'admission en non-valeur des cotisations ou des majorations de retard dues par l'employeur ne peut être prononcée que par le Conseil d'Administration de l'Agence en cas d'insolvabilité, de disparition ou de

décès du débiteur et en l'absence de tout actif saisissable, ou de liquidation de biens clôturée pour insuffisance d'actifs.

Dans tous les cas, l'admission en non-valeur ne peut être prononcée moins de deux (02) ans après la date d'exigibilité des cotisations.

Article 75 : Sans préjudice du recours en justice, les créanciers de l'Agence dont les créances sont contestées, peuvent se pourvoir devant l'autorité de tutelle.

Le cas échéant, le recours est adressé simultanément au ministre en charge de la santé et au ministre en charge des finances.

Pour être applicable, toute décision relative audit recours est prise de manière conjointe par le ministre en charge de la santé et le ministre en charge des finances.

CHAPITRE 4 : DES PRESTATAIRES

Article 76 : Pour les prestations de soins de santé, seuls les formations sanitaires publiques, les hôpitaux et cliniques privés, les officines et les dépôts pharmaceutiques, les laboratoires et les centres d'imagerie médicale, agréés

par le ministère en charge de la santé, sont habilités à pratiquer à charge du RAMU.

En plus d'être agréées par le ministère en charge de la santé, lesdites structures sont obligatoirement conventionnées par l'Agence, pour pratiquer à charge du RAMU.

Aucun prestataire de soins indépendant ne peut être conventionné par l'Agence et pratiquer à charge du RAMU.

Toutefois, ils peuvent prendre part à des missions d'expertises ponctuelles à eux confiées par l'Agence sur la base de contrats spécifiques et sur des termes de références précis.

Article 77 : Nonobstant les dispositions de l'article 77, aucun prestataire de soins de santé ne peut être conventionné par l'Agence, donc ne peut pratiquer à charge du RAMU, s'il n'est en règle vis-à-vis de l'administration fiscale et de la sécurité sociale.

Article 78 : Les prestataires de santé conventionnés sont soumis au contrôle de l'Agence, quelle que soit la nature des prestations qu'ils fournissent.

L'entrave à ce contrôle entraîne des sanctions pouvant aller jusqu'à la résiliation de la convention.

Article 79 : En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire du RAMU, le prestataire est tenu d'en informer, par écrit, l'Agence ou l'organisme agréé, pour permettre à l'organisme de gestion de s'assurer, le cas échéant, de la nécessité de voir prolonger l'hospitalisation au-delà du délai initialement prévu.

En cas de carence du prestataire, l'Agence peut refuser de rembourser tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation.

Article 80 : Le paiement aux pharmacies conventionnées des frais encourus par l'assuré, à l'occasion de l'achat des médicaments et des matériels médicaux, se fait par l'Agence sur la base de prix homologués facturés.

Article 81 : Sauf dérogation spéciale donnée par l'Agence, en rapport avec l'état de santé de l'assujetti, seuls les prix des médicaments, des consommables et des matériels médicaux figurant sur la liste officielle des médicaments essentiels remboursables dans le cadre du RAMU et faisant l'objet d'un arrêté du ministre en charge de la santé, sont pris en charge.

Article 82 : Les pharmacies conventionnées peuvent s'engager, seules ou collectivement, à accorder à l'Agence une remise déterminée, en tenant compte du chiffre d'affaires réalisé avec cet organisme sur les ventes de médicaments, des consommables et des matériels médicaux.

TITRE 4 : DU CONTROLE, DU CONTENTIEUX ET DES SANCTIONS

CHAPITRE PREMIER : DU CONTROLE DE GESTION DE L'AGENCE

Article 83 : Le contrôle de gestion est assuré par le service chargé de l'audit interne et du contrôle de l'Agence, le ministère en charge de la santé, le ministère en charge du travail, le ministère en charge des finances, l'inspection générale des finances, la chambre des comptes de la Cour suprême, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Article 84 : L'Agence met tout en œuvre pour faciliter les opérations visées à l'article 84.

La durée du contrôle est déterminée quand il est ordonné.

Cette durée est prolongée, par l'autorité ayant diligenté ce contrôle, d'un nouveau délai précis, sur rapport circonstancié des agents en charge du contrôle.

Article 85 : Nonobstant les dispositions de l'article 83, les comptes et les opérations du RAMU sont soumis, chaque année, à un audit comptable et financier externe obligatoire diligenté conjointement par le ministre en charge des finances et le ministre en charge de la santé.

Article 86 : En aucun cas, les frais afférents aux différents contrôles ne sont imputables au budget de l'Agence. Les autorités ayant diligenté ces contrôles en prévoient les ressources en dehors du budget de l'Agence.

Article 87 : Aucun document comptable ou technique ne peut être saisi par les contrôleurs ou sorti des locaux de l'Agence, sauf à en donner décharge régulière au directeur général ou à tout autre de ses collaborateurs compétent pour fournir ledit document.

Article 88 : Une étude actuarielle de l'assurance maladie universelle est réalisée à la fin de la troisième année de sa mise en œuvre.

Par la suite, une étude actuarielle est réalisée tous les cinq (05) ans. Les résultats de ces études servent de base d'ajustement périodique des paramètres techniques et financiers de l'assurance maladie.

CHAPITRE 2 : DU CONTENTIEUX

Article 89 : Tout litige est soumis, en vue de son règlement, à une transaction préalable.

La réaction de la direction générale de l'Agence intervient dans un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de la requête.

Dès réaction ou à l'expiration de ce délai, les parties disposent de quatre-vingt-dix (90) jours pour transiger.

En cas d'échec ou d'inaction, la juridiction compétente est saisie par la partie la plus diligente.

Article 90 : Le règlement des différends nés de l'application de la présente loi relève des juridictions compétentes.

Article 91 : Les actions en responsabilité civile découlant de l'application de la présente loi se prescrivent conformément aux dispositions du droit commun.

CHAPITRE 3 : DES SANCTIONS

Article 92 : Nonobstant les sanctions disciplinaires :

Quiconque, à quelque titre que ce soit, se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations ou, par tout moyen, obtient, tente d'obtenir, pour lui-même ou pour un tiers, le paiement des prestations qui ne sont pas dues, est passible d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs et d'un emprisonnement de un (01) à douze (12) mois ou de l'une de ces deux (02) peines seulement.

Article 93 : Quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations, dissimule, réduit ou tente de réduire les rémunérations sur lesquelles sont assises les cotisations sociales en vue de minorer les cotisations à payer, est passible d'une amende de un million (1.000.000) à cinq millions (5.000.000) de francs et d'un emprisonnement de un (01) à douze (12) mois ou de l'une de ces deux (02) peines seulement.

Article 94 : Quiconque tente, par des manœuvres frauduleuses, de bénéficier indûment des prestations garanties au titre du RAMU, est passible d'une amende de un million (1.000.000) à cinq millions (5.000.000) de

francs et d'un emprisonnement de un (01) à douze (12) mois ou de l'une de ces deux (02) peines seulement.

Article 95 : Tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à son immatriculation et à son affiliation à l'organisme de gestion agréé auquel il est assujetti, bénéficie, sur injonction de l'Agence, d'un délai supplémentaire d'un (01) mois pour y procéder. Passé ce délai, il est passible d'une amende de cinq cent mille (500.000) à trois millions (3.000.000) de francs.

Article 96 : Tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation et à l'affiliation de ses salariés à l'organisme de gestion agréé auquel ils sont assujettis, bénéficie sur injonction, d'un délai supplémentaire d'un (01) mois pour y procéder.

Passé ce délai, il est puni d'une amende de cinquante mille (50.000) francs par salarié non immatriculé ou non affilié.

Article 97 : Tout employeur qui n'a pas procédé au versement des cotisations dans les délais prescrits, est passible d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs.

Article 98 : Tout employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues, est passible d'une amende de cinq cent mille (500.000) à deux millions cinq cent mille (2.500.000) francs.

Article 99 : Tout praticien ou tout responsable d'un établissement de santé conventionné qui s'oppose au contrôle médical est passible d'une amende de cent mille (100.000) à cinq cent mille (500.000) francs.

Article 100 : En cas de peines alternatives prévues, le maximum de l'une des deux peines est appliqué au récidiviste.

En cas de peine unique, la sanction est portée au double pour le récidiviste.

TITRE 5 : DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 101 : Les organismes de gestion agréés de l'assurance maladie ont l'obligation de se conformer aux dispositions de la présente loi dans leurs relations avec l'Agence.

Article 102 : L'affiliation au RAMU ne fait pas obstacle à la souscription à une autre police d'assurance maladie.

Article 103 : Les personnes visées à l'article 4 sont tenues de s'affilier au RAMU dans un délai d'un (01) an à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 104 : La présente loi qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Porto-Novo, le

**Le Président de l'Assemblée
Nationale,**

Mathurin C. NAGO.