

Journal Officiel de la République de Djibouti

Loi n°24/AN/14/7ème L portant mise en place d'un système d'Assurance Maladie Universelle.

L'ASSEMBLEE NATIONALE A ADOPTE

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE PROMULGUE

LA LOI DONT LA TENEUR SUIT :

VU La Constitution du 15 septembre 1992 ;

VU La Loi n°212/AN/05/5ème L du 19 janvier 2008, portant création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S.) ;

VU La Loi n°199/AN/13/6ème L du 20 février 2013, complétant la loi n°212/AN/07/5ème L portant création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S) et étendant les prestations soins aux Travailleurs indépendants ;

VU Le Décret n°2013-0044/PRE du 31 mars 2013 portant nomination du Premier Ministre ;

VU Le Décret n°2013-0045/PRE du 31 mars 2013 portant nomination des membres du Gouvernement ;

VU Le Décret n°2011-0058/PRE du 14 avril 2013 fixant les attributions des Ministères;

VU La Circulaire n°27/PAN du 27/01/14 portant convocation de la quatrième séance publique de la 2ème Session Ordinaire de l'an 2013/2014 ;

Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 10 Septembre 2013.

TITRE I-

Principes généraux de l'Assurance Maladie Universelle AMU

Article 1 : Il est institué un système d'assurance maladie fondé sur les principes de solidarité nationale, du droit et à l'accès à la santé pour tous consacrés par la loi n°48/AN/99/4ème L portant Orientation de la Politique de Santé.

Article 2 : Le système d'assurance maladie constitue une prévention et une protection sociale envers les risques de la maladie. Il assure une couverture médicale de base à toute la population vivant sur le territoire de la République de Djibouti et instaure une assurance maladie obligatoire pour la tranche de la population active.

Article 3 : Le système d'assurance maladie universelle (AMU) comprend d'une part le régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) et d'autre part le programme d'assistance sociale de santé (PASS).

Article 4 : Le système d'assurance maladie universelle garantit la prise en charge des frais des prestations dispensées par les prestataires conventionnés aux bénéficiaires de l'AMU.

Titre II-

De l'assurance maladie obligatoire (AMO)

Chapitre I-Des bénéficiaires

Article 5 : Fondé sur le principe contributif, l'assurance maladie obligatoire comprend trois régimes:

1- Le régime des :

- Fonctionnaires ;
- Travailleurs salariés relevant du code du travail.

2- Le régime des travailleurs indépendants :

3- Le régime des ;

- Étudiants ;
- Retraités.

Article 6 : Le système d'assurance maladie obligatoire couvre les ayants droits des personnes identifiées comme assujetties de cette couverture et ce, à condition de ne prétendre à aucune autre couverture de cette nature.

Les bénéficiaires de l'AMO sont :

- L'assuré ;
- Le conjoint de l'assuré ;
- Les enfants mineurs à charge jusqu'à l'âge de 18 ans révolu ;
- Les enfants handicapés ;
- Le bénéficiaire de pension de survivant quand leur pension est inférieure à 50 000fdj /mois en vertu de la législation en vigueur.

Article 7 : Les enfants à charge ne sont déclarés que par l'un des parents afin d'éviter les doubles inscriptions au régime de l'AMO.

L'enfant à charge reste bénéficiaire de l'AMO jusqu'à l'âge limite prévu par l'article 6.

Chapitre II-Des prestations garanties

Article 8 : L'assurance maladie obligatoire donne droit à l'accès aux soins pour les catégories de bénéficiaires citées à l'article 6.

Les soins comprennent :

- Le paquet universel : il est servi gratuitement et sans distinction à toute la population. Il est constitué des prestations de soins dispensés par les centres de santé communautaires dans le cadre des programmes verticaux tel que le Programme élargi vaccination, les consultations des enfants de moins de 5ans, la santé de la reproduction (consultations pré/postnatales) et les examens y compris l'échographie et le planning familial, les prises en charge des maladies telles que la tuberculose, le paludisme, les épidémies et problèmes de santé publique etc ;
- Un paquet de base 1 pris en charge à 100% composée des prestations de soins de base telles que les consultations (enfants et adultes) par un généraliste, un bilan standard, les examens de radiologie et la délivrance des médicaments essentiels ainsi que l'accouchement simple y compris la césarienne ;
- Un second paquet de base 2 constitué des consultations curatives (enfants et adultes), des médicaments (génériques de la Liste nationale des médicaments essentiels) et de toutes les analyses médicales prescrites par les médecins spécialistes.

Les prestations de soins hospitaliers garantis par l'AMO sont composés des :

- hospitalisations sans intervention chirurgicale y compris le séjour du malade, les actes de soins et examens standards, tous les médicaments prescrits et figurant sur la liste nationale des médicaments essentiels ;
- hospitalisations avec intervention chirurgicales.

Article 9 : Le détail des prestations de soins garanties par le régime AMO, les frais de transport sanitaire ainsi que les tarifs des soins sont définis par arrêté pris conjointement par le Ministre en charge de la santé et le Ministre en charge de la sécurité sociale.

Article 10 : Les prestations non disponibles dans les centres de soins conventionnés ne seront prises en charge que lorsqu'elles répondent à un besoin curatif.

Article 11 : L'organe chargé du contrôle et du suivi de l'exécution des conventions, selon des critères définis par le ministère de la santé, sera chargé de définir les actes qui répondent à un besoin curatif.

Chapitre III-

Des modalités de prise en charge

Article 12 : Les frais relatifs aux soins des bénéficiaires de l'AMO sont pris en charge par l'organisme gestionnaire (CNSS) selon deux modes :

- soit directement aux prestataires des soins sur la base d'un système déclaratif prévu par une convention signée entre l'organisme gestionnaire (CNSS) et l'organisme prestataire de soins,
- soit en procédant au remboursement des frais aux bénéficiaires en cas de prépaiement par les bénéficiaires de l'AMO.

Article 13 : Le remboursement ou la prise en charge des frais engagés par les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire est effectué :

- à l'acte, sur la base de la nomenclature des actes professionnels déterminée par le ministère de la santé ;
- sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- sous forme de dotation globale ou de prépaiement ;
- sous forme de capitation.

Les conditions de prise en charge et de remboursement des frais de soins que requiert l'état de santé du bénéficiaire seront définies par décret.

Article 14 : Les prestations garanties au titre de l'assurance maladie obligatoire ne peuvent être remboursées ou prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés par des organismes prestataires conventionnés.

Chapitre IV-

Des modes de financement

Article 15 : Les ressources de l'AMO sont constitués par :

- des cotisations ;
- des produits financiers de placement ;
- des dons et legs.

Article 16 : Le taux de cotisation étant fixé à 7%, il sera réparti comme suit :

- 2 % de retenue appliquée sur les rémunérations brutes des assurés (fonctionnaires et travailleurs salariés relevant du code du travail) ;
- 5 % de retenue sur les rémunérations brutes des assurés mais à la charge des employeurs.

Article 17 : Selon les catégories des bénéficiaires, les modes de financement du régime d'assurance maladie obligatoire sont basés sur :

- le taux de cotisations sociales assis sur le salaire brut pour les travailleurs salariés relevant du code du travail et les fonctionnaires ;

- le taux de cotisations assis sur un revenu pour les travailleurs indépendants tel que prévu par la loi n°199/AN/13/6ème L, promulguée le 20 février 2013 ;
- les retraités et les bénéficiaires des pensions de survivants ayant une pension supérieure à 50 000fdj mensuels verseront à l'organisme gestionnaire, une contribution à l'AMU de 7% du montant de leur pension par voie de retenue sur les pensions ;
- les retraités ayant une pension inférieure à 50.000 FDJ sont pris en charge gratuitement ;
- les étudiants seront soumis à un mode de cotisation forfaitaire indexé sur leur frais d'inscription.

Article 18 : En plus de ces modes de financement basés principalement sur les cotisations sociales et autres contributions des assurés sociaux, des tickets modérateurs et des droits d'entrée ou participations complémentaires des assurés seront institués par acte réglementaire.

Article 19 : L'organisme gestionnaire a l'obligation de constituer :

- un fond de réserve de sécurité dont le plafond minimum correspond à l'équivalent de la somme des dépenses du régime des deux dernières années ;
- un fonds de roulement équivalent à au moins un trimestre des frais de fonctionnement du régime.

Titre III-

Du programme d'assistance sociale de santé (PASS)

Chapitre I-Des bénéficiaires

Article 20 : Le régime du programme d'assistance sociale de santé basé sur un régime subventionné, couvre toutes les personnes non couvertes par le système d'assurance maladie obligatoire et préalablement identifiées comme n'ayant "aucun revenu" par les autorités compétentes.

Article 21 : Peuvent prétendre au programme d'assistance sociale de santé :

- les personnes identifiées par les autorités compétentes comme n'ayant pas de revenu suffisant pour bénéficier du régime d'assurance maladie obligatoire ;
- leur(s) conjoint(s) ;
- leurs enfants à charge selon les définitions de la législation nationale.

Chapitre II-Des prestations

Article 22 : En plus du paquet universel qui est servi gratuitement et sans distinction à toute la population, les bénéficiaires du programme d'assistance sociale de santé bénéficient des soins suivants :

- un paquet de base 1 pris en charge à 100% qui comprend les consultations (enfants et adultes) chez le généraliste, les accouchements simples, les accouchements avec césarienne, cinq (5) analyses médicales standard, les médicaments (LNME génériques) ainsi que les examens de radiologie exceptés scanner, échographie, fibroscopie et examens spéciaux ;
- un paquet de base 2 constitué des consultations curatives (enfants et adultes), des médicaments (génériques de la Liste nationale des médicaments essentiels) et de toutes les analyses médicales prescrites par les médecins spécialistes ;

Ce panier de soins couverts, sur la base des indications détaillées ci-dessus, sera étendu aux prestations de soins hospitaliers médicalement requises et disponibles auprès des établissements de santé publics, selon leurs niveaux de prestations.

Le département en charge de la solidarité nationale sur la base d'une convention établie avec l'organisme

gestionnaire, est chargé d'identifier la population nécessiteuse.

Chapitre III-Des modalités de prise en charge

Article 23 : Les maladies couvertes par les programmes nationaux sont prises en charge gratuitement dans le cadre du paquet universel. Les autres frais des prestations de soins de base (paquet de base 1 et paquet de base 2) sont couverts par le Fonds de solidarité du programme d'assistance sociale de santé, créé par acte réglementaire.

Toute extension des droits aux prestations de soins hospitaliers sera prise en charge dans les mêmes conditions avec une participation des bénéficiaires qui sera fixée par acte réglementaire.

Chapitre IV-Des modalités de financement

Article 24 : Le financement du programme d'assistance sociale de santé (PASS) est assuré à travers le Fonds de solidarité santé de l'assurance maladie universelle.

Les ressources de financement de ce fonds seront définies par acte réglementaire.

Titre IV- Du système de conventionnement

Chapitre I- Le cadre conventionnel

pour les prestataires de soins

Article 25 : Les relations entre l'organisme gestionnaire et les prestataires de soins sont régies par des conventions médicales conclues, séparément :

- pour les médecins (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes) exerçant à titre libéral ;
- pour les établissements de santé publics, parapublics, privés ;
- pour les établissements pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses de biologie médicale et les centres d'imagerie médicale.

Article 26 : Les prestataires de santé exerçant à titre libéral et ayant fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel concluent les conventions médicales directement avec l'organisme gestionnaire.

Article 27 : Pour les établissements publics, parapublics, privés dispensant des soins et pour les établissements pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses de biologie médicale, les centres d'imagerie médicale, les conventions sont conclues entre l'organisme gestionnaire et ces différents établissements.

Article 28 : La convention médicale détermine notamment :

- les obligations réciproques de l'organisme gestionnaire et des professionnels de santé ;
- les conditions d'octroi et d'exercice des prestations de soins et d'hospitalisation ;
- les mécanismes de maîtrise des dépenses de santé ;
- le respect du libre choix du médecin "réfèrent" par les assurés,
- les conditions de paiement des honoraires selon les tarifs conventionnels en vigueur ;
- les procédures de résolution des litiges.

Article 29 : Les conventions, leurs annexes ou leurs avenants n'entrent en vigueur qu'après leur approbation par arrêté sur proposition du Ministre chargé de la sécurité sociale.

Dès leur approbation, les conventions médicales s'appliquent à l'ensemble des prestataires de santé concernés ayant fait le choix d'être régi par les conventions médicales.

CHAPITRE II-LE CONTROLE MEDICAL

Article 30 : Le contrôle médical pour le compte de l'organisme gestionnaire est assuré par de médecins généralistes et spécialistes-conseils, de pharmaciens-conseils et des médecins dentistes chargé des missions et attributions prévues par la présente.

Article 31 : Ces médecins-conseils sont chargés de procéder au contrôle médical afin de vérifier la conformité des prescriptions des soins, de vérifier la qualité des prestations, de constater les abus et fraudes en matière des prescriptions, de soins et de facturation.

Ils sont chargés :

- d'émettre leur avis sur les prestations des soins prescrits ;
- de suivre la qualité des services rendus par les prestataires de soins au profit des bénéficiaires ;
- dans la limite des règles de confidentialité et sous réserve des principes déontologiques, les médecins-conseil peuvent convoquer les bénéficiaires pour les soumettre à une expertise médicale.

Article 32 : Les modalités, les conditions et les délais dans lesquels s'exerce le contrôle médical sont déterminés par décret.

Les modalités d'exercices des médecins-conseils sont définies par acte réglementaire.

TITRE V-

Du suivi et évaluation de l'exécution des conventions

Article 33 : Par la présente loi, il est créé une Commission nationale de l'assurance maladie, organe de concertation composé de représentants de l'organisme gestionnaire, des prestataires de soins, de l'autorité publique et des représentants des assurés, chargée du suivi de la bonne exécution des conventions médicales.

Article 34 : Les modalités d'organisation et de fonctionnement de cet organe de concertation seront définies par décret.

Titre VI-Organisation administrative

Chapitre I-De l'organisme gestionnaire de l'AMU

Article 35 : La gestion de l'assurance maladie universelle est confiée à la CNSS.

Article 36 : L'organisation administrative prévue par la loi n°212/AN/07/5ème L portant création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (C.N.S.S) sera modifiée en ce qui concerne les prérogatives de la CNSS en matière de prestation soins.

A cet effet, la mise en place du système d'assurance maladie universelle engage la CNSS au non cumul des fonctions de prestataire de soins et de gestionnaire de l'assurance.

L'organigramme de la CNSS qui tient compte de la réforme relative à l'AMU sera proposé par la direction de la CNSS au Conseil d'administration dès la promulgation de cette loi.

Article 37 : Il est créé par arrêté une commission chargée d'évaluer le patrimoine mobilier et immobilier ainsi que les actifs financiers des deux centres de soins de la CNSS.

Chapitre II-De l'organisme prestataire de soins

Article 38 : Il est créé un établissement public de santé, issu de la séparation des centres de soins salariés et familles de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Cet établissement est un organisme prestataire des soins de santé et il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'établissement public de santé est rattaché au Ministère du Travail.

La gestion de l'établissement sera confiée à des professionnels de la sécurité sociale, disposant de compétences reconnues en matière de gestion des risques, dans le cadre d'une représentation paritaire tripartite (les représentants des salariés des employeurs ainsi que de l'Etat).

Article 39 : Les modalités de fonctionnement, d'organisation et de constitution du patrimoine de l'établissement seront définies par décret pris en Conseil de Ministres conformément aux dispositions de la loi n°2/AN/98/4ème L portant sur la définition et la gestion des établissements publics.

Titre VII-Des régimes d'assurance complémentaires

Article 40 : Les prestations de soins non couverts par les régimes de base de l'AMO seront prises en charge par les régimes d'assurances complémentaires facultatifs.

Titre VIII-Dispositions finales

Article 41 : En attendant la mise en place de l'AMU, les prestations de soins seront garanties par les centres de soins de la CNSS sans discontinuité aux assurés.

Article 42 : Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont abrogées notamment les dispositions de l'article 28 de la loi n°212/AN/07/5ème L portant création de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS).

Article 43 : La présente loi entre en vigueur trois mois après sa promulgation.

Fait à Djibouti, le 05 février 2014

Le Président de la République,
chef du Gouvernement
ISMAÏL OMAR GUELLEH

[Page d'accueil](#) - [Sommaire du JO](#)