

Assurance Maladie

Loi n° 2004-71 du août 2004, pour l'institution d'un régime d'assurance maladie(1).

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 GENERALES

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 complémentaires qui englobe les prestations servies dans les secteurs public et privé de la santé.

Art 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.

Art. 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.

Art. 4. – bénéficient du régime d'assurance maladie prévu par la 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 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 principale 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

Art. 5. – Le régime de base garantit la prise en charge des frais des prestations de soins prodiguées dans les secteurs public et privé et qui sont nécessaires pour la sauvegarde de la santé des personnes

mentionnés 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 en 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 de ses taux sont fixées par décret

Art.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 de 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

Art .7.-Il est créé un établissement public à caractère 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.

Art.-8. Outre la gestion du régime d'assurance maladie prévu par la présente loi , les missions de la caisse portant 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.

Art.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 retraite et de prévoyance sociale exerçant dans les divers services .

Les agents concernés restent soumis au statut particulier des organismes de sécurité sociale.

Art .10. - sont transférés à la caisse, par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale ,des domaines de l'état et de 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'Etat 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

Art.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.

Art .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.

Art .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 de ses assurés des prestations de soins qui leurs 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 :

des éléments suivants :

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

Art.15.-Le taux de cotisation au titre du régime de base est fixé 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 supporte 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.

Art.16. - la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale et la caisse nationale de sécurité sociale , chacune en ce qui 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

Art.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 l'accord préalable.

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

Art 18. - Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins conseil 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 la 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 charges de

Bénéficiaires

TITRE III

LES REGIMES COMPLEMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE

Art .19. - Les prestations de soins qui ne rentrent pas dans le cadre du régime de base de l'assurance maladie, ainsi que la partie ses dépenses non prise en charge par ce régime peuvent être couvertes par des régimes complémentaires facultatifs .

Art .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 arrêt conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de finances.

TITRE IV

LE CONSEIL NATIONAL DE L'ASSURANCES MALADIE

Art .21 . - Il est crée un conseil national de l'assurance maladie chargé du suivi et de l'évaluation de 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 fixées par décret.

TITRE V

LES ACTIONS EN RESPONSABILITE EN NULLITE

Art .22.- La caisse est subrogée au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre le tiers responsable du dommage dans la 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 reglement amiable pouvant intervenir entre la victime et tiers responsable ne peut etre 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 précédent ,se retourner contre les bénéficiaire qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants dont il a bénéficié dans la limites de ce qui a été dépensé .

Art.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 .

Art .24. – Les actions des bénéficiaires et des fournisseurs des prestations de soins contre la caisse son 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 payement 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

Art.25.-Est puni d'une amende de 500 à 2000 dinars :

- toute personne qui obtient ou facilite l'obtention ou tente de faire par le biais de l'escroquerie ou de la présentation de fausses déclarations , des prestations qui ne lui son pas dues .
- toute personne qui détourne les bénéficiaires 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 produit 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 VI

DISPOSITION DIVERS ET TRANSITOIRES

Art.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 fixés par décret .
- Les régimes gérés par les sociétés d'assurances et les sociétés mutualiste jusqu'à leur révision en vue de les accommoder avec les dispositions du titre III de la présente loi.

Art.27.-Restant en vigueur les régimes spéciaux de prise en charge des prestations de soins prévus par les statuts particuliers de certaines catégories d'agent public ou en application de dispositions légales ou réglementaires.

Art.28.-A 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 .

Art.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 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

Décret n° 2005-3154 du 6 décembre ,

Portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins.

Le président de la république

Sur proposition du ministère des affaires sociales , de la solidarité et des tunisiens à l'étranger .

Vu la loi n° 73-55 du 3 août 1973 , organisant les professions pharmaceutique , telle que modifiée et complétée par la loi n° 92-75 du 3 août 1992

Vu la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 , rlative à l'exercice et l'organisation des proffessions de médecin et médecin dentiste .

Vu la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 , relative à l'organisation sanitaire .

Vu la loi n° 92-75 du 2 août 1991 , relative au transport sanitaire

Vu la loi n°92-74 du 3 août 1992, relative aux conditions d'exercice des professions paramédicales de libre pratique , telle que modifiée par la loi n° 96-75 du 29 juillet 1996 .

Vu la loi n° 2002-54 du 11 juin 2002 , relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 , portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 11 .

Vu le décret n° 73-259 du 31 mai 1973 , portant promulgation du code déontologie pharmaceutique .

Vu le décret n°75-835 du 14 novembre 1975 , portant code de déontologie pharmaceutique .

Vu le décret n°91-1647 du 4 novembre 1991 , relatif aux conseils régionaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des médecins dentistes.

Vu le décret n° 93-1915 du 31 août , fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité , locaux , équipement et personnels des établissements sanitaires privés, ensemble les textes qui l'ont modifiés ou complétés et notamment le décret n° 2001-1082 du 14 mai 2001 .

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005 , portant détermination de l'organisation administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie .

Vu le décret n°2005-2978 du 8 novembre 2005 , fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'étranger .

Vu le décret n°200-3031 du 21 novembre 2005 , fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n°2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie .

Vu l'avis du ministre de la santé publique

Vu l'avis du tribunal administratif

Décète

TITRE PREMIER DISPOSITIONS GENERALES

Article premier - en application de l'article 11 de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 susvisée , les rapports entre les prestataires de soins et la caisse nationale d'assurance maladie sont régis sur la base du conventionnement conformément aux dispositions du présent décret .

Art 2 - le dispositif conventionnel est constitué d'une convention cadre et de conventions sectorielles .

Art 3 - les conventions prévues à l'article 2 du présent décret sont conclues entre , d'une part , la caisse nationale d'assurance maladie et d'autre part, les organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins .

Art 4 - ces conventions entrent en vigueur après leur approbation par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et leur publication au journal officiel de la république tunisienne .

TITRE II LA CONVENTION CADRE

Art 5 - la convention cadre d'assurance maladie détermine les principes fondamentaux communs régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins .

la convention cadre fixe également les modalités pratiques en vue d'assurer la bonne exécution des conventions sectorielles ainsi que le suivi du fonctionnement des rapports conventionnels dans le cadre de régime de maladie .

Art 6 - la convention cadre doit être préalablement soumise avant son signature par les parties citées à l'article 3 du présent décret ,aux conseils nationaux des ordre des professions de la médecine , de la médecine dentaire et de la pharmacie qui vérefient sa conformité à la législation et aux réglementations régissant l'exercice de ces professions.

Art 7 -les dispositions de la convention cadre ne s'imposent à l'une des catégories des prestataires de soins qu'après sa signature par une organisation syndicale au moins parmi les organisations syndicales les plus représentatives de soins .

Art 8 - il peut être mis fin à la convention cadre par l'une des organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins après expiration d'un délai minimum de six mois à compter de la date de la notification de sa décision à la caisse nationale d'assurance maladie .

Les dispositions de l'accord cadre demeurent en vigueur à l'égard des autres parties signataires .

TITRE III LES CONVENTIONS SECTORIELLES

Art 9 - la convention sectorielle organise les rapports contractuels entre la caisse nationale d'assurance malade et l'une des catégories des prestataires de soins

Art 10- sous réserve de la législation en vigueur réglementant l'exercice de chaque profession , les conventions sectorielles déterminent notamment les questions suivantes

-les principes fondamentaux organisant les rapports conventionnels et les conditions d'octroi des prestations aux assurés sociaux

-les obligations de la caisse nationale d'assurance maladie et du prestataire de soins

-les modes de paiement du prestataire de soins

-les tarifs conventionnels

-la coordination des soins entre les différents prestataires de soins

-les outils de maîtrise du coût des actes et des prestations de soins

les mécanismes de suivi des rapports conventionnels et du règlement des litiges

-les modalités de révision des conventions

-durée des conventions

Art 11 - la convention sectorielle est conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et l'organisation syndicale la plus représentative de chaque profession de santé

L'adhésion des prestataires de soins aux conventions sectorielles s'effectue à titre individuel.

TITRE IV LE SUIVI DES RAPPORTS CONVENTIONNELS ET LE REGLEMENT DES LITIGES

Art 12 - sont créés auprès du ministère chargé de la sécurité sociale , des commissions nationales compétente pour statuer sur les questions suivantes

-la veille à la bonne exécution et au suivi des conventions sectorielles afférentes à chaque profession de santé

-le règlement des litiges résultant de l'application des conventions

-l'examen des demandes émanant des prestataires de soins visant la révision de la décision de la caisse rendue sur avis du praticien conseil

Art 13 -les commissions nationales sectorielles statuent ,chaque en ce qui la concerne ,sur les litiges qui lui sont soumis conformément à la législation en vigueur

et aux dispositions de la conventions cadre et des conventions sectorielles ,et ce ,dans un délai de deux mois de sa saisine .

Art 14 - chaque commission sectorielle est présidée par un représentant de ministère chargé de la sécurité sociale et composée des membres suivants:

-Un représentant du ministère de la santé publique.

-Trois représentants de la caisse nationale d'assurance.

-Trois représentants de l'organisation syndicale la plus représentative de la profession de santé concernée adhérente à la convention sectorielle .

Les présidents et les membres des commissions nationales sectorielles sont désigner arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et sur proposition des organismes concernés

Art 15 - la commission nationale sectorielle se réunit sur convocation de son président chaque fois que cela est jugé nécessaire et au moins une fois par mois

Le secrétariat de la commission est assuré par les services du ministère chargé de la sécurité sociale .

Art 16 - le président de la commission nationale sectorielle procède à la fixation de l'ordre de jour et à la convocation des membres sept jours au moins avant la date de sa réunion ,la convocation doit être accompagnée de l'ordre du jour .

L'un des membres de cette commission peut proposer l'inscription de l'une des questions afférentes à l'exécution des conventions sectorielles à l'ordre du jour de la commission.

Art 17 - la réunion de la commission nationale sectorielle ne peut être légalement tenue que si la moitié de ses membres sont présents dont un représentant de chacune de deux parties contractantes

Si le quorum n'est pas atteint , la réunion de la commission est reportée à une date ultérieure au cours des sept jours suivant la première réunion .

La seconde réunion est considérée légale quel que soit le nombre de présents

Lcommission examine les questions qui lui sont soumises sur la base d'une demande écrite, accompagnée des justificatifs nécessaires,présentée par la caisse nationale d'assurance maladie ou le prestataire de soins.

Art 18 - en cas de litige entre les parties contractantes, la commission nationale sectorielle peut, le cas échéant , ordonner de procéder aux enquêtes , vérifications et expertises qu'elle juge utile .

La commission doit convoquer le prestataire de soins ou le représentant de la caisse nationale de la date de sa réunion en indiquant son objet .

Le prestataire de soins peut se faire représenter ou être assisté par une autre personne dont il juge la présence utile .

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas d'égalité des voix celle du présents et en cas d'égalité des voix celle du présent de la commission est prépondérante .

Art 19 - la caisse nationale d'assurance maladie peut prendre à l'encontre du prestataire de soins l'une des mesures suivantes:

-rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du prestataire de soins et l'invitant à le corriger .

-la suspension du paiement du prestataire de soins dans la limite du coût de la prestation objet du litige et la notification de cette à l'intéressé selon les délais et les modalités fixés par les conventions sectorielles.

Art 20 - le prestataire de soins peut demander la révision des mesures prévues à l'article 19 du présent décret devant la commission nationale sectorielle compétente .et ce , dans un délai de quinze jours à partir de la date de la date de notification de la décision

Art 21 - en cas d'infraction dûment constatée aux dispositions de l'une des conventions sectorielles , la commission nationale sectorielle peut prendre l'une de décisions suivantes selon la nature de l'infraction commise :

-L'annulation de la décision de la caisse à l'égard du prestataire de soins .

-le reversement au prestataire des montants du dépassement des tarifs contractuels ou celles qui ne concordent pas avec l'état du bénéficiaire ,

-l'avertissement par le biais d'une lettre recommandée avec accusé de réception .

-la suspension pour une durée déterminée de la convention à l'égard du prestataire de soins,

-le déconventionnement

Art 22 -les décisions de la commission nationale sectorielle sont opposables aux parties contractantes .

Art 23 - en cas de non acceptation de l'une des décisions de la commission nationale sectorielle, les deux parties contractantes peuvent recourir au compromis conformément à la législation en vigueur et selon les procédures et modalités fixées dans les conventions sectorielles.

Art 24 - les dispositions du titre IV du présent décret demeurent sans préjudice du droit de recours aux juridictions compétentes conformément à la législation en vigueur .

Art 25 - les ministres des affaires sociales , de la solidarité et des tunisiens à l'étranger et de la santé publique sont chargés , chacun en ce qui concerne ,de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel de la république tunisienne .

Tunis ,le 6 décembre 2005

ZINE EL ABIDINE BEN ALI

MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SOLIDARITE ET DES TUNISIENS A L'ETARANGER

Décret n°2005-2192 du 09 août 2005, portant organisation du conseil national d'assurance maladie .

le président de la république

Sur proposition du ministre des affaires sociales , de la solidarité et des tunisiens à l'étranger.

Vu la loi n°2004-71 du 2 août 2004 , portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 21.

Vu le décret n° 75-775 du 30 octobre 1975, fixant les attributions du ministère des affaires sociales .

Vu le décret n°96-1018 du mai 1996 portant institution et organisation de la commission nationale de l'assurance maladie .

Vu le décret n°2004-2644 du 10 novembre 2004

portant nomination des membres du gouvernement .

Vu l'avis du tribunal administratif

Décète

Article premier - le conseil national d'assurance maladie prévu par l'article 21 de la loi n° 2004-710 du 2 août 2004 susvisée et crée auprès du ministère chargé de la sécurité sociale , procède au suivi périodique du régime d'assurance maladie et à l'évolution de sa situation financière et notamment :

-Au suivi , à l'évaluatiuon du fonctionnement du régime d'assurance maladie et veille à sa conformité aux objectifs assignés au système sanitaire.

-A l'évaluation du comportement sanitaire des assurés sociaux et des prestataires de soins .

-A la proposition des modification et des modilités susceptibles de garantir le bon fonctionnement du régime de base et des régimes complémentaires et en particulier en ce qui concerne la qualité des prestations et la rationalisation de la consommation des soins .

-A la proposition des moyens et des mécanismes et des susceptible de garantir l'équilibre financier du régime d'assurance maladie.

-le conseil émet également un avis sur toutes les questions portant sur le fonctionnement du régime d'assurance maladie, sur la base de rapports périodiques établis par la caisse nationale d'assurance maladie , sur la base de rapports périodique établis par la caisse nationale d'assurance maladie ou fournis par les organisations représentés au conseil .

Art 2 -le conseil nationale d'assurance maladie est présité par le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant , et composé des membres suivants

-Un représentant du premier ministre.

-Un représentant du ministère chargé de la sécurité sociale.

-Un représentant du ministère chargé des finances.

-Un représentant du ministère chargé du développement économique.

-Un représentant du ministère chargé de la santé publique.

-Un représentant du ministère chargé du commerce.

-un représentant du ministère chargé de l'enseignement.

-Un représentant du ministère chargé de l'industrie.

-Un représentant de la caisse nationale d'assurance maladie.

-Un représentant de la caisse nationale de sécurité sociale.

-Un représentant de la caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale.

-Un représentant du centre de recherches et d'études de sécurité sociale.

-Un représentant de l'institut nationale de la santé publique.

-Un représentant de l'union générale tunisienne du travail.

-Un représentant de l'union tunisienne de l'industrie , du commerce et de l'artisanat.

- Un représentant de l'union tunisienne de l'agriculture et de la pêche.
- Un représentant de l'organisation de défense du consommateur.
- Un représentant de l'association des retraités.
- Un représentant de la fédération tunisienne des sociétés d'assurances.
- Un représentant de l'association des retraités.
- Un représentant de la fédération tunisienne des sociétés d'assurances.
- Un représentant de l'union nationale des mutuelles.
- Le président du conseil national de l'ordre des médecins ou son représentant.
- Le président du conseil national de l'ordre de médecins dentistes ou son représentant.
- Le président du conseil national de l'ordre des pharmaciens ou son représentant.
- Le secrétaire générale de chaque syndicat professionnel de prestataires de soins ou son représentant.

Les membres du conseil national d'assurance maladie sont désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition ,des ministres , structures et organisations concernés, pour un mandat de trois ans renouvelable .

Le président de la conseil peut convoquer toute personne dont il juge utile sa présence .

Art 3 - le conseil national d'assurance maladie se réunit , sur convocation de son président au moins une fois tous les six mois et chaque fois que cela est jugé nécessaire .

Le président du conseil procède à la fixation de l'ordre du jour des travaux du conseil et à la convocation des membres , quinze jours avant la date de la tenue du conseil .

La convocation doit être accompagné des dossiers inscrits à l'ordre des travaux du conseil.

Art 4 - sur proposition du conseil , des commissions techniques spécialisées peuvent être créés auprès de lui pour étudier l'une de questions se rapportant au domaine de l'assurance maladie .

Art 5 - le conseil ne peut siéger légalement qu'en présence de la moitié des membres au moins .Si le quorum n'est pas atteint à la première réunion , celle-ci sera reportée à une date ultérieure qui fera l'objet d'une convocation adressée une semaine au moins avant la date de la réunion .

Le seconde réunion est considérée légale quelque soit le nombre des présents

Les décisions et recommandations du conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents , et en cas de partage des voix , celle du président est prépondérante.

Art 6 - le secrétariat du conseil est confié aux services du ministère chargé de la sécurité sociale , il procède notamment à

- la préparation des dossiers présentés au conseil
- la tenue des procès -verbaux
- le suivi des propositions du conseil et ses recommandations

Art 7 - le conseil élabore un rapport annuel sur le suivi et l'évaluation du fonctionnement du régime d'assurance maladie , qui sera transmis au premier ministre avant la fin du mois de juin de chaque année .

Art 8 - les avis du conseil national d'assurance maladie sont consultatifs

Art 9 - sont abrogées toutes dispositions antérieurs contraires au présent décret et notamment, les dispositions du décret n° 96-10180 du 27 mai 1996 , portant institution et organisation de la commission nationale de l'assurance maladie .

Art 10 - le ministre des affaires sociales ,de la solidarité et des Tunisiens à l'étranger est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel de la république tunisienne.

Tunis .le 9 août 2005 ZINE EL ABI DINE BEN ALI

Décret n°2005-3031 du 21 novembre 2005, fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n°2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie

Le président de la république

Sur proposition du ministre des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'étranger

Vu la loi n° 60-30 du 14 décembre 1960, relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale, ensemble les textes qui l'ont modifié complétée et notamment la loi n° 98-91 du 2 novembre 1998

Vu la loi n° 73-55 du 3 août 1973, organisant les professions pharmaceutiques, telle que modifiée et complétée par la loi n°92-75 du 3 août 1992

Vu la loi n° 91-21 du 13 mars 1991, relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste

Vu la loi n° 9*1-63 du 29 juillet 1991, relative à l'organisation sanitaire

Vu la loi n° 92-74 du 3 août 1992, relative conditions d'exercice des professions paramédicale de libre pratique, telle que modifiée par la loi n° 96-75 du 29 juillet 1996

Vu la loi n° 94-28 du 21 février 1994, relative à la réparation des préjudices résultant des accidents de travail et des maladies professionnelles, telle que modifiée par la loi n° 95-103 du 1995

Vu la loi n° 95-56 du 28 juin 1995, relative au régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public

Vu la loi n° 2002-54 du 11 juin 2002 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale

Vu la loi organique n° 2004-63 du 27 juillet 2004 portant sur la protection des données à caractère personnel

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment ses articles 17 et 18

Vu le décret n° 73-259 du 31 mai 1973, portant promulgation du code de déontologie dentaire

Vu le décret n° 75-775 du 30 octobre 1975, fixant les attributions du ministère des affaires sociales

Vu le décret n° 75-83 du 14 novembre 1975, portant code de déontologie pharmaceutique

Vu le décret n° 91-487 du 1er avril 1991 portant réorganisation de la commission médicale de la caisse nationale de sécurité sociale

Vu le décret n° 92-575 du 16 mars 1992, fixant le régime de prévoyance sociale des agents relevant du ministère des affaires étrangères adhérents à la caisse nationale de retrait et de prévoyance sociale et exerçant leurs fonctions à l'étranger

Vu le décret n° 93-1155 du 17 mai 1993, portant code de déontologie médicale

Vu le décret n° 93-1156 du 17 mai 1993, fixant les conditions de désignation et les obligations des directeurs des établissements sanitaires privés

Vu le décret n° 93-1915 du 31 août 1993, fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité, locaux équipements et personnels des établissements sanitaires privés.

Vu le décret n° 95-242 du 13 février 1995, fixant la composition et les modalités de fonctionnement des commissions habilitées à le taux d'incapacité permanente de travail

Vu le décret n° 95-2488 du 18 décembre 1995, fixant la composition de la commission médicale centrale, son organisation et ses modalités de fonctionnement

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février, portant détermination administrative et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie

Vu l'avis du ministre de la santé publique

Vu l'avis du tribunal administratif

Titre I : Disposition générale

Art 1 : Le contrôle médical prévu par l'article 17 de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie, a pour objectif de veiller sur la bonne dispensation des prestations de soins au profit des assurés sociaux et leurs ayants droit, de participer à la promotion de leur qualité et à rationaliser les dépenses du régime d'assurance maladie et des différents régimes gérés par la caisse nationale d'assurance maladie

Art 2 : L'exercice du contrôle médical est confié à des médecins conseils, des médecins dentistes conseils et des pharmaciens conseils auprès de la caisse nationale d'assurance maladie ci après nommés "les praticiens conseils"

Art 3 : Les interventions du contrôle médical s'étendent aux domaines suivant :

- Veiller à la conformité des prestations services par les prestataires de soins conventionnés avec la caisse nationale d'assurance maladie, aux règles relatives à l'exercice des professions de la médecine dentaire, des professions paramédicales, de pharmacie et de biologie et leur adéquation aux indicateurs aux normes, aux protocoles thérapeutiques et aux références médicales en vigueur

- Veiller à garantir la continuité des soins et la prise en charge adéquate des dépenses de prestations de soins octroyées aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie

- Le suivi de l'évolution des dépenses des prestations de soins prises en charge par la caisse nationale d'assurance maladie sur la base des indicateurs de l'évolution des dépenses afférentes aux actes, aux prestations, aux explorations, aux analyses de biologie médicale et à la consommation médicamenteuse

La proposition des mesures visant la rationalisation des dépenses résultant de certaines maladies et la participation à leur concrétisation et à leur suivi

Le suivi des volets médicaux des conventions conclues avec les prestataires de soins

Art 4 : Le contrôle médical porte sur toutes les prestations de soins prises en charge par la caisse nationale d'assurance maladie, et concerne tant le bénéficiaire que la prestataire de soins conventionnée avec la caisse

Titre II : L'exercice du contrôle médical

Chapitre I : Le contrôle médical des bénéficiaires

Art 5 : Le praticien conseil émet obligatoirement son avis sur les demandes de prise en charge des prestations de soins soumises à l'accord préalable de la caisse nationale d'assurance maladie

Le praticien conseil peut émettre son avis conformément à la législation en vigueur sur les demandes afférentes aux questions suivantes :

- Les frais des prestations de soins
- Les périodes d'arrêt du travail donnant droit au bénéfice des indemnités en espèces en cas de maladie ou de maternités octroyées au titre des régimes gérés par la caisse nationale d'assurance maladie.
- La réparation des dommages résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles
- Le bénéfice des prestations de soins octroyées dans le cadre des conventions internationales de sécurité sociale

Art 6 : Le bénéficiaire des prestations de soins ou des périodes d'arrêt du travail est tenu de répondre à la demande du praticien conseil en vue de la soumettre à un examen médical ou à une expertise

L'inobservation de cette procédure entraîne la non prise en charge par la caisse nationale d'assurance maladie des dépenses des prestations de soins octroyées au bénéficiaire

Art 7 : Si le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis des examens et des expertises, que les dépenses avancées ou les prestations de soins prodiguées objets de la demande de prise en charge, ne sont pas appropriées à l'état de santé du bénéficiaire, la caisse nationale d'assurance maladie peut refuser le remboursement des frais qu'il a engagés ou refuser la prise en charge ou y mettre fin.

Dans tous les cas, la caisse notifie sa décision au bénéficiaire dans un délai de 15 jours de la date de cette décision.

Chapitre II : Le contrôle médical des prestations de soins prodiguées par les prestataires de soins conventionnés :

Art 8 : Le praticien conseil est tenu de respecter les dispositions de la législation organisant l'exercice des professions de la médecine dentaire, des professions paramédicales, pharmaceutiques et de la biologie médicale ainsi que la déontologie de ces professions prévue par les différents textes législatifs et réglementaires en vigueur et notamment ceux portant sur le secret professionnel

Titre II : L'exercice du contrôle médical

Art 9 : Sous réserve de la déontologie de la profession, le prestataire de soins fournit au praticien conseil tous les renseignements et les documents indispensables relatifs aux prestations de soins objet de la demande de prise en charge et qui lui sont nécessaires à la bonne exécution de sa mission. Dans ce cas, le secret professionnel n'est pas opposable au praticien conseil

Art 10 : Lors de l'examen des volets médicaux des prestations de soins octroyées par les prestataires de soins conventionnés avec la caisse nationale d'assurance maladie, le praticien conseil procède à l'étude des aspects relatifs au :

- niveau des soins, de la prescription des médicaments, des actes, des explorations, des analyses médicales, des appareillages et toutes autres prestations fournies au bénéficiaire
- les tarifs relatifs aux actes médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, biologiques et du transport sanitaire
- les périodes d'arrêt du travail donnant droit à l'octroi de prestations par la caisse nationale d'assurance maladie
- l'adéquation des prestations de soins octroyées à l'état de santé prévus par la législation et la réglementation en vigueur organisant l'exercice des professions de la médecine, de la médecine dentaire, de professions pharmaceutiques, de biologie médicale et paramédicales et en se basant sur les références médicales et les protocoles thérapeutiques en vigueur

Art 11 : Le praticien conseil procède à la consignation de ses observations portant sur les défaillances et les manquements constatés dans un rapport qui sera transmis obligatoirement à la caisse nationale d'assurance maladie qui prend les mesures nécessaires pour préserver les intérêts de toutes les parties

Chapitre III : Le contrôle des prestations de soins dispensées dans les structures et établissements sanitaires conventionnés

Art 12 : Aux fins d'exécution de ses missions prévues par les dispositions du présent décret, le praticien conseil est habilité à accéder librement aux structures et établissements sanitaires et hospitaliers conventionnés avec la caisse nationale d'assurance maladie

Art 13 : Le responsable de l'établissement ou de la structure sanitaire ou hospitalière est tenu de communiquer au praticien conseil tous renseignements et documents à caractère administratif afférents à la situation du bénéficiaire ou ceux jugés nécessaires à la bonne exécution de ses missions

Titre II : L'exercice du contrôle médical

Les prestataires de soins procèdent également à la production des documents et renseignements à caractère médical et de les mettre à la disposition du praticien conseil

Art 14 : Le praticien conseil peut, le cas échéant procéder aux examens médicaux des bénéficiaires admis dans l'une des structures ou établissements sanitaires ou hospitaliers, après information obligatoire du médecin traitant qui peut assister à ces examens

Les dispositions des articles 12, 13 et de l'alinéa 1er du présent article demeurent sans préjudice pour le médecin conseil de respecter l'obligation du secret professionnel.

Art 15 : Le praticien conseil procède à la constatation des conditions d'hébergement des bénéficiaires du régime d'assurance maladie dans les structures et établissements sanitaires et hospitaliers conventionnés et leur conformité aux critères et normes prévus par la législation organisant l'exercice de l'activité de ces structures et établissements

Art 16 : Les missions prévues par les dispositions du présent chapitre d'effectuent, le cas échéant, en coordination avec les services compétents du ministère chargé de la santé.

Titre III : L'évaluation et les études

Art 17 : Le praticien conseil et chargé de la réalisation des études évaluatives au niveaux nationale et régional concernant les prestations de soins prodiguées aux assurés sociaux et leurs ayants droit et notamment en ce qui concerne la promotion de la qualité des prestations de soins, la maîtrise du coût de ces prestations et la rationalisation du comportement sanitaire du bénéficiaire

Art 18 : Le praticien conseil procède à l'analyse, à la synthèse au suivi des indicateurs quantitatifs des prestations de soins dispensées aux bénéficiaires à partir des résultats du contrôle périodique ou par la sélection d'un échantillon des dossiers médicaux des bénéficiaires

Le praticien conseil procède, également au suivi du rythme de l'évolution des indicateurs relatifs à la prise en charge de certaines maladies, à la prescription et la consommation des médicaments aux explorations, et analyses, aux périodes d'intérêt d'arrêt du travail et aux prestations octroyées aux bénéficiaires

Art 19 : Le praticien conseil peut accomplir les missions d'évaluation et d'études en coordination avec les structures sanitaires et hospitalières, les instances professionnelles des prestataires et les associations concernées dans l'octroi des prestations de soins et la recherche dans le domaine médical et sanitaire

Art 20 : Le praticien conseil participe à la conception et à la mise en oeuvre des programmes nationaux de promotion de la qualité des prestations de soins, des programmes nationaux de promotion de la qualité des prestations de soins, des programmes d'optimisation de l'exploitation des ressources humaines et financières affectées à la prise en charge des prestations de soins, de programmes de prévention de certaines maladies à coût onéreux, et de tout ce qui peut garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité des prestations services aux bénéficiaires

Art 21 : Les études et rapports portant sur le suivi de l'exécution des programmes et des campagnes de sensibilisation sont transmis à la direction générale de la caisse nationale d'assurance maladie

Titre VI : La contestation des avis des praticiens conseils

Chapitre I : Révision des décisions du praticien conseil

Art 22 : Les avis du praticien conseil concernant les aspects médicaux de la prestation de soins octroyée au bénéficiaire revêtent un caractère obligatoire à l'égard de la caisse nationale d'assurance maladie

Art 23 : L'assuré social peut présenter une demande de révision de la décision de la caisse nationale d'assurance maladie, rendue sur avis du praticien conseil, accompagnée d'un rapport médical dans un délai de soixante jours de la date de la notification de la décision de la caisse. A l'expiration de ce délai, la décision de la caisse est réputée définitive

Art 24 : Le prestataire de soins peut demander la révision de la décision de la caisse nationale d'assurance maladie rendue sur avis du praticien conseil auprès de la commission nationale sectorielle, conformément aux procédures prévues par la réglementation et les conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les représentants des prestataires de soins.

Chapitre II : Attributions des commissions régionales de contrôle médicale et modalités de leur fonctionnement

Art 25 : Sont créées auprès de la caisse nationale d'assurance maladie, des commissions régionales de contrôle médical, compétentes pour statuer sur les demandes présentées par l'assuré social pour la révision des décisions rendues par la demandes présentées par l'assuré social pour la révision des

décisions rendues par la demandes présentées par l'assuré social pour la révision des décisions rendues par la caisse sur avis du praticien conseil.

Art 26 : Le nombre des commissions régionales de contrôle médical, leur attribution territoriale, leur composition et leurs modalités de fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale

Art 27 : La commission régionale peut convoquer l'assuré social à se présenter personnellement ou se faire représenter pour audition et lui permettre de présenter les justificatifs nécessaires à sa demande, et ce, sept (7) jours avant sa réunion; la décision de la commission n'est subordonnée à la présence de l'assuré social ou son représentant s'il a été convoqué

Art 28 : La commission régionale du contrôle médicale peut ordonner toutes enquête, vérification et expertises qu'elle juge utilit. Elle peut inviter le médecin traitant du bénéficiaire et peut également s'éclairer de l'avis des spécialistes

Art 29 : La commission régionale du contrôle médical rend une décision motivée confirmant ou infirmant l'avis du praticien conseil dans un délai de quinze jours de la date de réception de la demande de révision

Titre VI : La contestation des avis des praticiens conseils

L'assuré social est informé de la décision de la commission régionale de contrôle médical dans un délai de sept jours de son émission

Chapitre III : Attribution de la commission nationale de contrôle médicale et modalités de son fonctionnement

Art 30 : est crée auprès du ministère chargé de la sécurité sociale, une commission nationale de contrôle médical compétente pour examiner les demandes présentées par l'assuré social tendant à la révision des décisions rendues par les commissions régionales du contrôle médical

Art 31 : La commission nationale de contrôle médical est présidée par un médecin désigné par le ministre chargé de la sécurité sociale

La commission nationale de contrôle médical se compose de :

- Un médecin représentant le ministère chargé de la santé
- Trois médecins représentant la caisse nationale d'assurance maladie
- Trois médecin proposés par les organisations des partenaires sociaux les plus représentatives.

Les membres susvisés sont désignés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition des structures concernées

Art 32 : Le secrétariat de la commission nationale de contrôle médical est confié aux services du ministère chargé de la sécurité sociale

La commission nationale du contrôle médical se réunit sur demande de son président chaque fois que cela est jugé nécessaire et au moins une fois par mois sur la base de l'ordre du jour établi à cet effet

Art 33 : La commission nationale de contrôle médical examine les demandes de révision des décisions rendues par les commissions régionales du contrôle médical sur la base d'une demande écrite présentée par l'assuré social personnellement ou par son représentant auprès du secrétariat de la commission ou auprès des services centraux ou régionaux de la caisse nationale d'assurance maladie

La demande accompagnée d'une copie de la décision contestée est présentée dans un délai de trente jours de la date de la notification de la décision de la commission régionale du contrôle médical

A l'expiration du délai mentionné au deuxième alinéa du présent article, la décision de la commission régionale est réputée définitive

Titre VI : La contestation des avis des praticiens conseils

Art 34 : La commission nationale du contrôle médical peut convoquer le bénéficiaire pour audition et pour lui permettre de présenter les justificatifs à l'appui de sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de quinze jours au moins avant la date de sa réunion

L'assuré sociale peut, s'il est convoqué, se présenter personnellement devant la commission ou se faire représenter. Il peut également faire assister son médecin traitant. La décision de la commission n'est pas subordonnée à la présence de l'assuré ou de son représentant

Art 35 : La commission nationale du contrôle médical peut demander à titre consultatif l'avis de spécialistes pour examen du bénéficiaire ou étude de son dossier médical

Art 36 : Pour délibérer légalement, La commission nationale du contrôle médical doit réunir au moins la moitié de ses membres

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage des voix celle du président est prépondérante. Ces décisions doivent être signées par le président de la commission.

Art 37 : La commission nationale du contrôle médical rend ses décisions dans un délai de soixante jours de la date de réception de la demande de révision

La commission informe l'assuré social et la caisse nationale d'assurance maladie de sa décision dans un délai de quinze jours de la date de son émission

Titre V : Disposition diverses

Art 38 : outre les attributions prévues par le présent décret, les praticiens conseils sont chargés de participer aux commissions médicales prévues par la législation en vigueur et compétentes pour le contrôle, l'évaluation et l'octroi des prestations de soins au profit des assurés sociaux

Art 39 : sont abrogées, les dispositions antérieures contraire au présent décret

Art 40 : Les ministres des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'étranger et de la santé publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel de la république tunisienne

Tunis, le 21 novembre 2005

ZI NE EL ABI DINE BEN ALI

Décret n° 2005-3154 du 6 décembre ,

Portant détermination des modalités et procédures de conclusion et d'adhésion aux conventions régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins.

Le président de la république

Sur proposition du ministère des affaires sociales , de la solidarité et des tunisiens à l'étranger .

Vu la loi n° 73-55 du 3 août 1973 , organisant les professions pharmaceutique , telle que modifiée et complétée par la loi n° 92-75 du 3 août 1992

Vu la loi n° 91-21 du 13 mars 1991 , rlative à l'exercice et l'organisation des proffessions de médecin et médecin dentiste .

Vu la loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 , relative à l'organisation sanitaire .

Vu la loi n° 92-75 du 2 août 1991 , relative au transport sanitaire

Vu la loi n°92-74 du 3 août 1992, relative aux conditions d'exercice des professions paramédicales de libre pratique , telle que modifiée par la loi n° 96-75 du 29 juillet 1996 .

Vu la loi n° 2002-54 du 11 juin 2002 , relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Vu la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 , portant institution d'un régime d'assurance maladie et notamment son article 11 .

Vu le décret n° 73-259 du 31 mai 1973 , portant promulgation du code déontologie pharmaceutique .

Vu le décret n°75-835 du 14 novembre 1975 , portant code de déontologie pharmaceutique .

Vu le décret n°91-1647 du 4 novembre 1991 , relatif aux conseils régionaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des médecins dentistes.

Vu le décret n° 93-1915 du 31 août , fixant les structures et les spécialités ainsi que les normes en capacité , locaux , équipement et personnels des etablissement sanitaire privés, ensemble les textes qui l'ont modifiés ou complétés et notamment le décret n0 2001-1082 du 14 mai 2001 .

Vu le décret n° 2005-321 du 16 février 2005 , portant détermination de l'organisation administratives et financière et les modalités de fonctionnement de la caisse nationale d'assurance maladie .

Vu le décret n°2005-2978 du 8 novembre 2005 , fixant les attributions du ministère des affaires sociales, de la solidarité et des tunisiens à l'etanger .

Vu le décret n°200-3031 du 21 novembre 2005 , fixant les modalités et les procédures de l'exercice du contrôle médical prévu par la loi n°2004-71 du 2 août 2004, portant institution d'un régime d'assurance maladie .

Vu l'avis du ministre de la santé publique

Vu l'avis du tribunal administratif

Décète

TITRE PREMIER DISPOSITIONS GENERALES

Article premier - en application de l'article 11 de la loi n° 2004-71 du 2 août 2004 susvisée , les rapports entre les prestataires de soins et la caisse nationale d'assurance maladie sont régis sur la base du conventionnement conformément aux dispositions du présent décret .

Art 2 - le dispositif conventionnel est constitué d'une convention cadre et de conventions sectorielles .

Art 3 - les conventions prévus à l'article 2 du présent décret sont conclues entre , d'une part , la caisse nationale d'assurance maladie et d'autre part, les organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins .

Art 4 - ces conventions entrent en vigueur après leur approbation par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et leur publication au journal officiel de la république tunisienne .

TITRE II LA CONVENTION CADRE

Art 5 - la convention cadre d'assurance maladie détermine les principes fondamentaux communs régissant les rapports entre la caisse nationale d'assurance maladie et les prestataires de soins .

la convention cadre fixe également les modalités pratiques en vue d'assurer la bonne exécution des conventions sectorielles ainsi que le suivi du fonctionnement des rapports conventionnels dans le cadre de régime de maladie .

Art 6 - la convention cadre doit être préalablement soumise avant son signature par les parties citées à l'article 3 du présent décret ,aux conseils nationaux des ordres des professions de la médecine , de la médecine dentaire et de la pharmacie qui vérifient sa conformité à la législation et aux réglementations régissant l'exercice de ces professions.

Art 7 -les dispositions de la convention cadre ne s'imposent à l'une des catégories des prestataires de soins qu'après sa signature par une organisation syndicale au moins parmi les organisations syndicales les plus représentatives de soins .

Art 8 - il peut être mis fin à la convention cadre par l'une des organisations syndicales les plus représentatives des prestataires de soins après expiration d'un délai minimum de six mois à compter de la date de la notification de sa décision à la caisse nationale d'assurance maladie .

Les dispositions de l'accord cadre demeurent en vigueur à l'égard des autres parties signataires .

TITRE III LES CONVENTIONS SECTORIELLES

Art 9 - la convention sectorielle organise les rapports contractuels entre la caisse nationale d'assurance maladie et l'une des catégories des prestataires de soins

Art 10- sous réserve de la législation en vigueur réglementant l'exercice de chaque profession , les conventions sectorielles déterminent notamment les questions suivantes

-les principes fondamentaux organisant les rapports conventionnels et les conditions d'octroi des prestations aux assurés sociaux

-les obligations de la caisse nationale d'assurance maladie et du prestataire de soins

-les modes de paiement du prestataire de soins

-les tarifs conventionnels

-la coordination des soins entre les différents prestataires de soins

-les outils de maîtrise du coût des actes et des prestations de soins

les mécanismes de suivi des rapports conventionnels et du règlement des litiges

-les modalités de révision des conventions

-durée des conventions

Art 11 - la convention sectorielle est conclue entre la caisse nationale d'assurance maladie et l'organisation syndicale la plus représentative de chaque profession de santé

L'adhésion des prestataires de soins aux conventions sectorielles s'effectue à titre individuel.

TITRE IV LE SUIVI DES RAPPORTS CONVENTIONNELS ET LE REGLEMENT DES LITIGES

Art 12 - sont créés auprès du ministère chargé de la sécurité sociale , des commissions nationales compétente pour statuer sur les questions suivantes

-la veille à la bonne exécution et au suivi des conventions sectorielles afférentes à chaque profession de santé

-le règlement des litiges résultant de l'application des conventions

-l'examen des demandes émanant des prestataires de soins visant la révision de la décision de la caisse rendue sur avis du praticien conseil

Art 13 -les commissions nationales sectorielles statuent ,chaque en ce qui la concerne ,sur les litiges qui lui sont soumis conformément à la législation en vigueur

et aux dispositions de la conventions cadre et des conventions sectorielles ,et ce ,dans un délai de deux mois de sa saisine .

Art 14 - chaque commission sectorielle est présidée par un représentant de ministère chargé de la sécurité sociale et composée des membres suivants:

-Un représentant du ministère de la santé publique.

-Trois représentants de la caisse nationale d'assurance.

-Trois représentants de l'organisation syndicale la plus représentative de la profession de santé concernée adhérente à la convention sectorielle .

Les présidents et les membres des commissions nationales sectorielles sont désigner arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et sur proposition des organismes concernés

Art 15 - la commission nationale sectorielle se réunit sur convocation de son président chaque fois que cela est jugé nécessaire et au moins une fois par mois

Le secrétariat de la commission est assuré par les services du ministère chargé de la sécurité sociale .

Art 16 - le président de la commission nationale sectorielle procède à la fixation de l'ordre de jour et à la convocation des membres sept jours au moins avant la date de sa réunion ,la convocation doit être accompagnée de l'ordre du jour .

L'un des membres de cette commission peut proposer l'inscription de l'une des questions afférentes à l'exécution des conventions sectorielles à l'ordre du jour de la commission.

Art 17 - la réunion de la commission nationale sectorielle ne peut être légalement tenue que si la moitié de ses membres sont présents dont un représentant de chacune de deux parties contractantes

Si le quorum n'est pas atteint , la réunion de la commission est reportée à une date ultérieure au cours des sept jours suivant la première réunion .

La seconde réunion est considérée légale quel que soit le nombre de présents

Lcommission examine les questions qui lui sont soumises sur la base d'une demande écrite, accompagnée des justificatifs nécessaires,présentée par la caisse nationale d'assurance maladie ou le prestataire de soins.

Art 18 - en cas de litige entre les parties contractantes, la commission nationale sectorielle peut, le cas échéant , ordonner de procéder aux enquêtes , vérifications et expertises qu'elle juge utile .

La commission doit convoquer le prestataire de soins ou le représentant de la caisse nationale de la date de sa réunion en indiquant son objet .

Le prestataire de soins peut se faire représenter ou être assisté par une autre personne dont il juge la présence utile .

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des voix des membres présents et en cas d'égalité des voix celle du présents et en cas d'égalité des voix celle du présent de la commission est prépondérante .

Art 19 - la caisse nationale d'assurance maladie peut prendre à l'encontre du prestataire de soins l'une des mesures suivantes:

-rappel à l'ordre par écrit indiquant le manquement du prestataire de soins et l'invitant à le corriger .

-la suspension du paiement du prestataire de soins dans la limita du coût de la prestataire objet du litige et la notification de cette à l'intéressé selon les délais et les modalités fixés par les conventions sectorielles.

Art 20 - le prestataire de soins peut demander la révision des mesures prévues à l'article 19 du présent décret devant la commission nationale sectorielle compétente .et ce , dans un délai de quinze jours à partir de la date de la date de notification de la décision

Art 21 - en cas d'infraction dûment constatée aux dispositions de l'une des conventions sectorielles , la commission nationale sectorielle peut prendre l'une de décisions suivantes selon la nature de l'infraction commise :

-L'annulation de la décision de la caisse à l'égard du prestataire de soins .

-le reversement au prestataire des montants du dépassement des tarifs contractuels ou celles qui ne concordent pas avec l'état du bénéficiaire ,

-l'avertissement par le biais d'une lettre recommandée avec accusé de réception .

-la suspension pour une durée déterminée de la convention à l'égard du prestataire de soins,

-le déconventionnement

Art 22 -les décisions de la commission nationale sectorielle sont opposables aux parties contractantes .

Art 23 - en cas de non acceptation de l'une des décisions de la commission nationale sectorielle, les deux parties contractantes peuvent recourir au compromis conformément à la législation en vigueur et selon les procédures et modalités fixées dans la conventions sectorielles.

Art 24 - les dispositions du titre IV du présent décret demeurent sans préjudice du droit de recours aux juridictions compétentes conformément à la législation en vigueur .

Art 25 - les ministres des affaires sociales , de la solidarité et des tunisiens à l'étranger et de la santé publique sont chargés , chacun en ce qui concerne ,de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel de la république tunisienne .

Tunis ,le 6 décembre 2005

ZINE EL ABIDINE BEN ALI

