

UNION DES COMORES

Unité - Solidarité - Développement

Président de l'Union

Moroni, le 05 OCT 2017

DECRET N° 17-105 /PR

Portant promulgation de la loi N°17-012/AU, relatif à la Couverture Sanitaire Universelle.

LE PRESIDENT DE L'UNION,

VU la Constitution de l'Union des Comores du 23 décembre 2001, révisée, notamment en son article 19 ;

DECRETE :

ARTICLE 1^{er} : Est promulguée la loi N°17- 012 /AU, relatif à la Couverture Sanitaire Universelle, adoptée le 22 juin 2017, par l'Assemblée de l'Union des Comores et dont la teneur suit :

« TITRE I :

OBJET, PRINCIPES FONDAMENTAUX, CHAMP D'APPLICATION ET
DEFINITIONS

CHAPITRE I : OBJET

Article Premier: Il est institué en Union des Comores, un système de Couverture Sanitaire Universelle (CSU), fondé sur la solidarité nationale par un système d'assurance- maladie obligatoire qui garantit l'accès et l'utilisation par tous, en fonction des besoins, des services de santé de qualité, réellement disponibles.

Article 2 : La Couverture Sanitaire Universelle a pour objet de garantir à tout Comorien et à toute personne résidant en Union des Comores, quelles que soient ses ressources, l'accès à un paquet de base des services de santé réellement disponibles.



Article 3 : la Couverture sanitaire universelle est un régime obligatoire. Elle est fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité, de non-discrimination, de mutualisation des risques, d'efficacité et de responsabilité générale de l'Etat. Sa mise en œuvre se fait de façon progressive, en fonction des mesures mises en place à cet effet, par les pouvoirs publics.

Article 4 : Conformément aux principes visés à l'article 3 ci-dessus, l'Etat veille à :

- la participation de chaque assuré social au financement des charges du régime d'assurance maladie universelle dans la mesure de ses ressources ;
- l'accès effectif et équitable de chaque bénéficiaire du régime d'assurance maladie universelle aux prestations de soins de santé ;
- la bonne gouvernance du régime d'assurance maladie universelle ;
- la pérennité financière du régime.

CHAPITRE II : PRINCIPES FONDAMENTAUX,

CHAMP D'APPLICATION ET DEFINITIONS

Section 1 : Principes fondamentaux.

La présente loi établit les principes suivants :

- La solidarité nationale et la participation de tous garantissent l'équité et la mutualisation généralisée du risque maladie notamment entre les biens portants et les malades ;
- L'instauration d'un système d'assurance maladie obligatoire en Union des Comores;
- L'immatriculation obligatoire au système de Couverture Sanitaire Universelle de toute personne résidant en Union des Comores ;
- L'obligation à toute personne résidant en Union des Comores de s'affilier et le droit de bénéficier d'un paquet de base de services et de soins de santé de qualité ;
- Le financement du Système de Couverture Sanitaire Universelle via un Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) et la mise en place d'un système de tiers-payant ;



- L'accréditation préalable, par la structure de santé insulaire, des prestataires des soins après l'évaluation du respect, par l'établissement des soins, de critères de qualité minimale des soins prestés ;
- La contractualisation avec des prestataires des soins agréés, qui consacre leur participation au système et définit la qualité des soins exigée ;
- La régulation par l'Etat du système de Couverture Sanitaire Universelle.
- Le droit à la protection sociale pour toute personne, en tant que membre de la société fondée sur l'obtention de la satisfaction des droits économiques, et au libre développement de sa responsabilité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale.
- Le droit à un niveau de vie suffisant à toute personne lui permettant d'assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement nécessaire ; elle a droit à la sécurité en cas de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite des circonstances indépendantes de sa volonté.
- la maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

Les assurés sont couverts sans discrimination liée notamment à l'âge, au sexe, à la religion, aux antécédents pathologiques ou aux zones de résidence.

La responsabilité générale de l'Etat découle de ce que la santé est droit humain fondamental consacré par la constitution.

Section 2 : CHAMP D'APPLICATION

Article 5 : La Couverture Sanitaire Universelle vise à permettre la couverture des frais de soins de santé inhérents à la maladie, à l'accident et à la maternité de toute personne affiliée à une assurance et les membres de sa famille à charge.

Article 6 : La Couverture Sanitaire Universelle comprend :

- un régime contributif obligatoire comme régime générale de base, dit régime d'Assurance Maladie Obligatoire en abrégé (AMO) pour le secteur formel telles que définies par décret d'application de la présente loi ;



- un régime non contributif, dit régime d'assistance médicale et sociale à travers la création d'un fonds d'équité et de solidarité, qui vise les personnes économiquement faibles ou démunies, telles que définies par décret.

La Couverture Sanitaire Universelle peut être étendue à des régimes non prévus par la présente loi. Les conditions et modalités particulières d'assujettissement à chacun des régimes sont précisées par décret.

Article 7 : Bénéficient des prestations de la Couverture Sanitaire Universelle, les personnes physiques assujetties, affiliées à l'un de ses régimes, dont la validité des droits est en cours.

Article 8 : Sont garanties les prestations de soins inhérentes à la maladie ou à l'accident, à la maternité et à la réhabilitation physique et fonctionnelle, à l'exclusion des accidents du travail et maladies professionnelles. Cette garantie peut être étendue à certaines prestations de prévention du risque maladie, pour autant qu'elles présentent un intérêt économique ou de santé publique.

Article 9 : La liste des affections, la nomenclature des actes de soins, médicaux et chirurgicaux, ainsi que les médicaments couverts par la garantie sont définis par décret.

Article 10 : Les prestations garanties ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et exécutés sur le territoire national, sauf dispositions particulières dans le cadre de conventions de sécurité sociale.

Article 11 : Sont exclues du champ des prestations garanties par la CSU, toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes de soins, médicaux et chirurgicaux, ainsi que des médicaments établis par le décret mentionné à l'article 6 ci-dessus.

Section 3: DEFINITIONS

Article 12 : Au sens de la présente loi, on entend par :

- « Assujetti » : toute personne obligatoirement rattachée à l'un des régimes de la Couverture Maladie Universelle ; assuré, toute personne immatriculée à l'un des régimes de la Couverture Sanitaire Universelle.



- « **Assujettissement** » : l'ensemble des circonstances de fait ou de droit qui fait entrer une personne physique dans le champ d'application du régime d'assurance maladie universelle ;
- « **Affilié** » : personne qui est membre d'un des organismes de l'assurance maladie et paie, d'une manière ou d'une autre, les cotisations dues ;
- « **Assurance maladie** » : le dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie ou de maternité ;
- « **Assuré social** » : toute personne affiliée et ayant fait l'objet d'une immatriculation à un organisme de gestion du régime d'assurance maladie ;
- « **Affiliation** » désigne le lien qui existe entre l'assuré social et un organisme de sécurité sociale qui est susceptible de lui verser des prestations ;
- « **Convention** » : le contrat passé entre l'organisme de gestion de la Couverture Sanitaire Universelle et les prestataires de soins de santé ou leurs représentants ;
- « **Cotisation** » : quote-part financière payée pour avoir droit aux prestations des organismes de l'assurance maladie, dont le mode de paiement dépendra des catégories socio professionnelles ;
- « **Convention de gestion déléguée** » : tout contrat passé entre l'organisme de gestion de l'assurance maladie et un organisme tiers, ayant pour objet la délégation de compétences dévolues par la présente loi ;
- « **Couverture sanitaire universelle** » : est un système de protection sociale qui permet d'assurer à tous un accès à des services de santé de qualité, de protéger l'ensemble des individus contre les risques à la santé publique et l'appauvrissement attribuable à la maladie, soit en raison du versement de paiements directs, ou soit à une perte de revenus lorsqu'un membre du ménage tombe malade ;
- « **Démunis** » : les personnes reconnues indigentes à la suite d'une enquête effectuée par le personnel du service des Affaires Sociales de la commune de résidence, conformément à la loi. Ainsi est considéré comme démunis ou indigents, celui qui est misérable, miséreux, affamé, nécessiteux, méprisé, infortuné ;



- « Indigent » : toute personne dépourvue de ressources financières nécessaires au paiement de la cotisation, reconnue et identifiée comme telle conformément à la réglementation en vigueur ;
- « Médecin ou Pharmacien conseil » : tout praticien exerçant un contrôle médical ou pharmaceutique pour le compte d'un régime de Couverture Sanitaire Universelle ;
- « Organisme de gestion » : l'organisme en charge de la gestion du régime général de base ou du régime d'assistance médicale ;
- « Période de stage » : le délai légal entre le début du paiement des cotisations et le début du bénéfice des prestations par l'assuré ;
- « Partage du risque maladie » : la mutualisation des risques financiers liés à la maladie entre les affiliés ;
- « Prestataire de soins » : toute personne ou structure soignante exerçant dans le domaine médical ou paramédical et tout professionnel participant aux soins à fournir aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ;
- « Prise en charge » : la couverture financière des frais de soins dont bénéficie le patient de la part d'un prestataire de soins de santé ;
- « Secteur formel » : l'ensemble des structures professionnelles légalement constituées. Il comprend les fonctionnaires, les agents de l'Etat, les militaires, les policiers, les étudiants, toutes les autres catégories de salariés des secteurs privé et public ainsi que les membres des professions libérales ;
- « Secteur informel » : ensemble de toutes les catégories de personnes vivant d'une activité rémunératrice en milieu rural ou urbain ;
- « Système de capitation » : le mécanisme par lequel la Couverture Sanitaire Universelle paye directement au prestataire de soins de santé un montant forfaitaire par bénéficiaire dont il a la charge, que celui-ci recourt ou non à des prestations de soins de santé, à l'exclusion du ticket modérateur ;
- « Système de tiers-payant » : le mécanisme par lequel la Couverture Sanitaire Universelle paye directement au prestataire de soins de santé les frais de soins du bénéficiaire à l'exclusion du ticket modérateur ;



- « Ticket modérateur » : la partie des frais de soins de santé qui reste à la charge de l'assuré et qui n'est pas couverte par le régime général de base de la Couverture Sanitaire Universelle ;
- « Vulnérables » : l'ensemble des personnes faisant partie des groupes qualifiés de vulnérables en fonction de l'état physiologique ou de l'exposition particulière au risque. Il s'agit notamment des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des personnes du troisième âge, des enfants de moins de 5 ans, des personnes vivants avec handicap majeur et des enfants abandonnés.
- « Vulnérabilité est alors définie par l'incapacité à faire face à un aléa ». La vulnérabilité est la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer, quelque soit son niveau de richesse, face aux fluctuations de la vie. « Les ménages sont vulnérables si un choc est susceptible de les pousser au-dessous (ou encore plus bas) d'un seuil de bien-être prédéfini (par exemple, le seuil de pauvreté) ».
- « Réduire la vulnérabilité », c'est aussi accroître la sécurité des individus. Il faut donc mettre en place des politiques préventives de lutte contre la pauvreté en s'attaquant à la vulnérabilité (baisse des risques encourus et augmentation des culpabilités).
- « Protection sociale » : ensemble de mécanismes institués dans le but de fournir une aide, sous différentes formes, à toute la population face aux risques sociaux et économiques auxquelles elle est exposée. Est l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective institués dans le but de permettre aux individus ou aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux et économiques auxquelles ils sont exposés, c'est-à-dire aux situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc. ...).
- « Action sociale et sanitaire » : ensemble des activités et actions qui concourent à améliorer l'état social et sanitaire de la population. Il y a lieu d'y inclure les activités relatives à l'animation et à l'encadrement social pour accéder aux bons soins de santé ;
- « Aide sociale » ensemble de mesures prises par l'Etat, les collectivités publiques et locales, les personnes morales ou physiques et les organismes internationaux pour protéger les personnes les plus démunies et les moins encadrées moralement et socialement : L'aide sociale peut être soit matérielle, financière, soit éducative et morale :



- « Epargne » : système par lequel un individu prélève une partie de son revenu pour l'affecter à la garantie d'éventuels risques :-
- « Mutualité » groupement sans but commercial, elle permet de répartir les charges des risques sociaux sur l'ensemble de ses membres. Pour atteindre l'efficacité dans la protection de ces risques, elle doit rassembler un grand nombre d'adhérents, sinon la garantie est dérisoire ;
- « Assurance privée » : système où un assureur joue le rôle d'intermédiaire dans la protection d'un risque social et ce moyennant le paiement d'une certaine prime par les assurés ;
- « Responsabilité » : obligation qui incombe à une personne de réparer le dommage causé à autrui par son fait ou par le fait des personnes ou des choses dépendant d'elle ;
- « Faute intentionnelle » : acte volontaire de violence ayant entraîné des conséquences graves, même si l'auteur n'a pas voulu le dommage qui en résulte ;
- « Subrogation » : opération par laquelle une personne ou une chose est substituée à une autre dans un rapport juridique. Elle peut être fondée sur une disposition légale (subrogation légale) ou sur un contrat (subrogation conventionnelle) ;
- « Secteurs d'activité économique » : ensemble des activités assumées par des personnes physiques ou morales de droit public ou privé, rural ou urbain.
- « Risque » est une distribution aléatoire d'événements qui -s'ils se concrétisent (c'est-à-dire s'ils deviennent des chocs descendants)- peuvent causer une altération ou une perte de bien-être (santé, ressources, biens, etc.). « Un risque est un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel un individu est exposé »
- « Risque social » désigne tout événement inhérent à la vie en société qui entraîne, pour celui qui subit, une baisse de ses revenus (maladie, chômage, vieillesse, accident du travail, maladie professionnelle) ;
- « Zones à risque » ou territoire du risque, l'espace ou l'environnement où la chance de survenue du risque est élevée ou bien s'est fréquemment produit.
- « Gestion du risque », ou réponse au risque, comprend toutes les actions entreprises pour répondre aux risques, chocs et effets adverses générés. La gestion du risque peut être appliquée avant qu'un risque ne se matérialise (gestion du risque à priori), ou après qu'il se soit matérialisé (gestion du risque à posteriori).



- « *Filets sociaux de sécurité* » sont un ensemble de dispositions de protection universelle prises au profit de groupes sociaux vulnérables, dans le but de prévenir ou de contrer les conséquences des chocs auxquels ils sont exposés (prévention) ou qu'ils ont subis (assistance). Ces dispositions accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, s'adressent au même titre à toute personne éligible aux critères de sélection définis à l'avance et appliqués lors des processus d'identification de bénéficiaires. Il s'agit en général des transferts en nature (bons alimentaires, distribution de vivre ou de repas) ou monétaire, de subvention de prix (énergie, eau, logements, etc.), d'exonération de coûts de services (soins, éducation, transport, etc.) ou d'échanges de travaux contre des vivres ou de l'argent.
- « *Sécurité sociale* » désigne la protection que la société accorde à ses membres, grâce à une série de mesures publiques à caractère obligatoire, contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de la disparition ou de la réduction sensible de leur gain, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès ;
- « *Régime de sécurité sociale* » désigne l'ensemble de dispositions fixant les droits et obligations d'une catégorie de personnes au regard de la sécurité sociale et selon la nature de leur activité professionnelle ;
- « *Assuré social* » désigne toute personne protégée contre les risques sociaux, qu'elle soit en situation de salarié, de non salarié, d'indépendant, d'étudiant, de stagiaire ou d'apprenti ;
- « *Travailleur* » c'est toute personne physique, quels que soient son âge, son sexe et sa nationalité, qui s'est en gagée ou près d'un employeur, dans les liens d'un contrat de travail ;
- « *Rémunération* » signifie les gains de toute nature, susceptibles d'être évalué en espèces et fixés par accord ou par la loi, qui sont dus, en vertu d'un contrat de travail écrit ou verbal, par un employeur à un travailleur ;
- « *Employeur* » désigne toute personne physique ou morale, de droit public ou de droit privé, qui utilise les services d'un ou plusieurs travailleurs en vertu d'un contrat de travail ;
- « *Immatriculation* » désigne l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification.



- « Prestations » désignent les pensions, les rentes, les allocations, les soins médicaux fournis directement y compris le remboursement des frais déboursés en faveur d'un assuré social ;
- « Mois d'assurance » désigne tout mois au cours duquel l'assuré social a occupé pendant quinze jours au moins, un emploi, un emploi assujéti à l'assurance ;
- « Tiers-responsable » désigne toute personne qui n'est liée par aucun rapport de subordination avec l'employeur de la victime au moment de l'accident ;
- « Tiers garant » désigne le système d'octroi des prestations de l'assurance maladie maternité-indemnisation des soins où l'assuré paie uniquement le ticket modérateur au fournisseur des prestations, ce dernier se faisant rembourser le solde auprès de l'organisme gestionnaire du régime de sécurité sociale ;
- « Membres de la famille » désignent les personnes vivant principalement à charge de l'assuré. il s'agit du conjoint non divorcé et des enfants à charge du travailleur ;
- « Enfants à charge » désignent les enfants légitimes, naturels reconnus, sous tutelle ou adoptifs du travailleur ou de son conjoint qui réunissent les conditions ci-après :
 - o être âgé de moins de 18 ans : cette limite d'âge est portée à 28 ans si l'enfant est apprenti ou poursuit des études dans un établissement de plein exercice.
 - o Il n'y a pas de limite d'âge lorsque l'enfant, en raison de son état physique ou mental, est incapable d'exercer une activité professionnelle susceptible d'apporter au ménage un revenu d'appoint substantiel, cet état d'incapacité doit être prouvé par un certificat médical :
 - o ne pas exercer dans un but lucratif une profession indépendante ;
 - o ne pas être tenu dans les liens d'un mariage ;
 - o ne pas avoir été adopté par autrui.

On entend par :

- « Enfant sous tutelle » : le mineur orphelin de père et de mère dont la tutelle a été organisée ou constatée par jugement ;



- « **Enfant adoptif** » l'enfant dont l'adoption est constatée par un acte authentique ou par jugement.
- « **Ayants-droit** » désignent les personnes admises à prétendre à des prestations prévues au point k. et sont énumérés ci-après :
 - La veuve non divorcée, ni séparée de corps, à condition que le mariage ait été contracté et inscrit à l'état-civil ;
 - Les enfants célibataires non salariés qui vivaient à charge du défunt, jusqu'à l'âge de seize ans révolus, de huit ans révolus si l'enfant est en apprentissage, de vingt et un ans révolus si l'enfant poursuit ses études. Il n'y a aucune limite d'âge si par suite d'une infirmité ou d'une maladie incurable il est dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunératrice ;
 - A défaut de la veuve, du veuf ou des enfants, les ascendants directs.
- « **Chômage** » désigne un arrêt involontaire et prolongé du travail dû à l'impossibilité de trouver un emploi pour des raisons indépendantes des capacités de l'intéressé et liées à l'état du marché du travail ;
- « **Organisation** » désigne association qui se propose des buts déterminés.
- « **Non salarié** » désigne une personne qui n'est pas liée à une autre par un contrat individuel de travail, qui travaille ou non pour son propre compte et sans rémunération.

TITRE II : PRISE EN CHARGE

CHAPITRE 1 : MODALITES DE PRISE EN CHARGE

Article 13 : La Couverture Sanitaire Universelle garantit la prise en charge directe, de tout ou partie des frais de soins de santé par l'organisme de gestion ; l'autre partie restant à la charge de l'assuré social, sauf dispositions contraires précisées par décret. Toutefois, l'assuré social conserve la liberté de souscrire une assurance complémentaire en vue de couvrir les frais restant à sa charge.

Article 14 : La prise en charge des frais de soins de santé par la Couverture Sanitaire Universelle est effectuée :



- à l'acte, sur la base de la liste des prestations garanties mentionnée à l'article 9 de la présente loi ;
- sous forme de forfait par pathologie ou par groupe homogène de maladies ;
- par capitation ;
- selon tout mécanisme permettant de garantir la performance, l'efficience, la pérennité et la viabilité de la Couverture Sanitaire Universelle.

Les mécanismes de prise en charge des frais de santé par l'organisme de gestion pour chacun des régimes sont fixés par décret.

Article 15 : Le barème financier de référence des mécanismes de prise en charge des frais de santé est fixé par décret, sur proposition de l'organisme de gestion et après avis des Ministres chargés de la Protection sociale et de la Santé, du Travail et du Finance.

Article 16 : Pour bénéficier de la prise en charge des prestations garanties par la Couverture Sanitaire Universelle, l'assuré est tenu d'observer un parcours de soins dont les modalités sont définies par décret.

Article 17 : Les prestations de soins de santé garanties au titre du régime d'assurance maladie universelle ne peuvent être prises en charge que si les soins ont été prescrits et administrés sur le territoire national.

Les autres conditions et modalités de prise en charge des frais de soins de santé sont déterminées par décret pris en Conseil des ministres.

CHAPITRE II : CONVENTIONNEMENT

Article 18 : Les prestations garanties ne sont prises en charge par la Couverture Maladie Universelle que lorsqu'elles sont délivrées par un prestataire, qu'il soit public ou privé, ayant signé une convention individuelle ou adhéré à une convention collective avec l'organisme en charge de la gestion de la Couverture Maladie Universelle.

Article 19 : Les conventions régissent les relations entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins conventionnés. Elles comportent notamment :

- les obligations des parties contractantes :



- le barème financier de référence relatif à la délivrance des soins ;
- les outils de maîtrise des dépenses de santé ;
- les outils de garantie de la qualité des services ;
- les procédures et les modes de paiement des prestataires de soins ;
- les mécanismes de résolution des litiges.
- Les rapports entre la structure de gestion du système de la Couverture Sanitaire Universelle et les prestataires des soins médicaux publics ou privés, notamment en ce qui concerne la qualité des soins prestés et les tarifs nationaux de référence pour les remboursements ou la prise en charge
- leurs droits et obligations réciproques.

Les modalités et les procédures de conclusion desdites conventions sont fixées par décret.

Article 20 : L'organisme de gestion peut, sans préjudice des sanctions prononcées par les ordres professionnels, prononcer la suspension ou la rupture de la convention, pour non-respect ou violation de ses termes par le prestataire de soins.

Les conditions et modalités de la suspension et de la rupture des conventions sont déterminées par décret.

Article 21 : Les rapports entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé, publics ou privés, sont définis dans le cadre de conventions nationales ou individuelles conclues conformément aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application à l'initiative et sous la conduite des organismes de gestion concernés.

Article 22 : Les conventions nationales sont conclues entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie d'une part et les organisations professionnelles de santé représentées à l'échelle nationale, d'autre part.

Article 23 : Lorsqu'une convention nationale est approuvée, tout prestataire de soins de santé membre de la profession est réputé adhérent d'office à ladite convention.

Tout prestataire de soins de santé qui ne désire pas adhérer à la convention nationale, doit en faire déclaration spécialement motivée aux organismes de gestion avec ampliation aux organismes de gestion délégués par l'organisation professionnelle, lorsqu'elle existe.



Article 24 : Les conventions individuelles sont conclues entre un organisme de gestion du régime d'assurance maladie et un prestataire de soins de santé.

CHAPITRE III : CONTRÔLE MEDICAL ET ADMINISTRATIF

Article 25: L'organisme de gestion est tenu d'organiser un contrôle médical ayant pour objet, notamment, de vérifier auprès des prestataires de soins la conformité des prescriptions et de la dispensation des soins médicalement requis, d'apprécier 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.

Article 26 : Le contrôle médical est confié à des médecins et à des pharmaciens conseils agréés par l'organisme de gestion, chargés essentiellement des missions suivantes :

- le suivi et le contrôle de la qualité des services rendus par les prestataires 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 ;
- le suivi de l'évolution des dépenses de santé des assurés ;
- l'émission d'avis concernant la prise en charge des prestations de soins soumises à accord préalable.
- l'appréciation du respect des normes et procédures des prestations de soins de santé ;
- la vérification et l'évaluation de la conformité du plateau technique ;
- la constatation des abus et fraudes en matière de prescription, de soins et de facturation.

Article 27 : Les praticiens chargés du contrôle médical ne peuvent exercer la fonction de prestataires de soins.

Article 28 : Sous réserve du respect des principes déontologiques et de la législation en vigueur, les médecins et pharmaciens conseils peuvent, à l'occasion de l'exercice de leurs missions :

- convoquer le bénéficiaire des prestations de soins et le soumettre à un diagnostic ou le cas échéant à l'expertise ;



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

Article 29 : Les praticiens ou les directeurs des établissements de santé sont tenus de permettre le libre accès du praticien chargé du contrôle médical aux lieux de délivrance des prestations et d'hospitalisation et de mettre à sa disposition tous les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission de contrôle.

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

Article 30 : Aucun bénéficiaire des prestations de soins prévues par la présente loi ne peut se soustraire au contrôle médical. En cas de refus, la prise en charge des prestations de soins est suspendue pour la période pendant laquelle le contrôle aura été rendu impossible.

Article 31 : En cas de contrôle médical, la décision prise par l'organisme de gestion à la suite dudit contrôle est portée à la connaissance du bénéficiaire des prestations de soins. Celui-ci a le droit de contester ladite décision auprès de l'administration en charge de la protection sociale et de la santé, qui désigne un médecin expert agréé pour procéder à un nouvel examen. La décision prise sur la base des conclusions du médecin expert agréé est insusceptible de recours.

Article 32 : Les modalités du contrôle médical, les conditions et les délais dans lesquels celui-ci s'exerce sont fixés par décret.

Article 33 : Les praticiens chargés du contrôle médical sont tenus au secret professionnel et médical conformément aux codes de déontologie des professionnels de santé.



Avant leur entrée en fonction, ils prêtent le serment suivant devant la Cour d'appel siégeant en audience solennelle : « Je jure de bien et fidèlement remplir ma mission avec dignité, conscience, indépendance, probité et humanité, et de respecter les obligations prévues par la loi et les règlements ».

Article 34 : Le contrôle administratif a pour objet, notamment de :

- vérifier l'effectivité de l'affiliation et de l'immatriculation des personnes assujetties ;
- s'assurer du recouvrement des cotisations sociales ;
- s'assurer du respect des procédures en matière de fourniture des prestations du régime ;
- veiller à l'application des dispositions édictées en matière d'assurance maladie universelle ;
- éclairer de ses conseils et de ses recommandations les employeurs publics ou privés et les assurés sociaux ;
- porter à l'attention de l'autorité compétente les violations et abus qui ne sont pas spécifiquement couverts par les dispositions légales existantes ;
- participer à la coordination et au contrôle des services et organismes concourant à l'application de la législation en matière d'assurance maladie universelle.

Article 35 : Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés des organismes de gestion. Ces contrôleurs prêtent le serment énoncé à l'article 33 de la présente loi.

Les personnes physiques ou morales soumises au contrôle administratif sont tenues de recevoir les contrôleurs à tout moment. Les oppositions ou obstacles à l'action des contrôleurs sont passibles des mêmes peines que celles prévues par les dispositions du Code de travail en matière d'inspection du travail.

Les conditions et les modalités du contrôle administratif sont fixées par décret pris en Conseil des ministres.



TITRE III : GESTION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

CHAPITRE 1 : AFFILIATION ET IMMATRICULATION

Article 36 : Pour bénéficier des prestations de la CSU, l'assujetti doit être affilié et déclaré à l'organisme de gestion.

Article 37 : A chaque assuré, il est attribué un numéro d'immatriculation unique pour la CSU.

Le numéro d'immatriculation unique de chaque assuré et de chaque employeur assujetti à la CSU devient l'identifiant unique du système de sécurité sociale et remplace tout autre système d'identification des assurés sociaux.

Article 38 : L'affiliation d'un assuré prend effet à compter de la date de son immatriculation.

Article 39 : Les modalités d'affiliation et d'immatriculation des assujettis sont fixées, pour chaque régime, par décret.

Article 40 : Au titre de la présente Loi, sont considérés comme membres de la famille à charge :

- Le conjoint de l'affilié ;
- Les enfants de l'affilié jusqu'à l'âge de 18 ans ;
- Les enfants à charge de l'affilié, conformément aux dispositions du code de la famille.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT

Article 41 : L'ouverture du droit aux prestations de la CSU est subordonnée au paiement préalable des cotisations.

Article 42 : Une période de stage préalable à l'ouverture du droit aux prestations est obligatoire, elle ne peut pas dépasser un mois.

Article 43 : L'organisme de gestion est tenu 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 la



Article 44 : Les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever de l'un des régimes de la CSU, bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, du maintien de leur droit aux prestations pendant une période déterminée par décret.

Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir les conditions pour le bénéfice de l'autre régime mentionné à l'article 3, le droit aux prestations du régime dont il relevait antérieurement est invalidé.

Article 45 : Les conditions et modalités d'ouverture, de maintien, de suspension et de fermeture du droit aux prestations sont définies par décret.

TITRE IV ORGANISATION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE, COMPTABLE ET TECHNIQUE

CHAPITRE I : ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Article 46: La gestion et la régulation du régime de protection sociale fixées par la présente loi, sont confiées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) créée par le décret N° 13-102/PR du 19 septembre 2013.

Article 47 : Des Organismes dénommés mutuelles de santé contribuent à l'amélioration de la protection sociale.

Un décret du Président de l'Union fixe leurs Statuts.

CHAPITRE II : INCOMPATIBILITES

Article 48 : Il est interdit de cumuler la gestion des risques prévus par la présente loi avec la gestion administrative, technique ou financière d'un établissement assurant des prestations de diagnostic, de soins de santé ou d'hospitalisation ou d'un établissement ayant pour objet la fourniture de médicaments, de matériels, de dispositifs et d'appareillages médicaux.

Les organismes gestionnaires délégués doivent se conformer, dans un délai de deux (02) ans à compter de la signature de la Convention de délégation de compétences par l'organisme de gestion de la Couverture Sanitaire Universelle, aux dispositions relatives aux présentes incompatibilités.



CHAPITRE III : FINANCEMENT

Article 49 : Les ressources de la Couverture Sanitaire Universelle sont constituées par :

- les cotisations, majorations, pénalités et intérêts de retards ;
- les subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- les subventions et contribution d'organismes publics ou privés, nationaux ou internationaux ;
- les produits financiers ;
- le revenu des placements ;
- les dons et legs ;
- toutes autres ressources affectées à la CSU en vertu d'une législation ou d'une réglementation particulière.

Article 50 : L'assiette des cotisations des assurés est définie selon le statut de la rémunération ou du revenu des personnes assujetties.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret du Président de l'Union.

Article 51 : Le niveau et les modalités des subventions de l'Etat et des collectivités territoriales sont fondés sur la loi de finance en vigueur :

- les droits d'accise assis sur le tabac relatifs à la surtaxe de 12 300 KMF pour 1000 cigarettes importées ou produites sur le territoire national conformément à la loi de finances n°15-012/AU du 28 décembre 2015 notamment à son article 17, promulgué par le décret n°15-240/PR du 31 décembre 2015 ;
- les taxes sur une variété de produits non explorées, telles que les produits bio-alimentaires à teneur riches en sucres, en sel et en graisses saturées et les boissons à haut teneur en gras, en sucre, sel et caféine ;
- les taxes sur les bruits et effets à nuisance sonores, telles que le téléphone mobile, etc.
- des financements innovants

Article 52 : Les ressources collectées par la CSU sont employées à titre principal pour :

- la prise en charge des prestations de soins au bénéfice des assurés, pouvant inclure les actions de promotion de la santé et de prévention ;
- la gestion administrative du système de couverture maladie dans la limite des ratios prévus par les textes en vigueur en Union des Comores ;
- la constitution de réserves de sécurité et de placement



Elles peuvent être affectées, à titre accessoire, selon des conditions et modalités définies par décret, à l'amélioration de l'offre de soins, pour autant que ces actions présentent un intérêt économique ou de santé publique. Il est interdit à l'organisme de gestion ou aux organismes gestionnaires délégués d'utiliser les ressources de la CSU à des fins autres que celles prévues par la présente loi.

Article 53 : L'organisme de gestion est tenu de constituer des réserves financières. La nature et les modalités de constitution de ces réserves sont fixées par décret.

CHAPITRE IV: GESTION FINANCIERE ET COMPTABLE

Article 54 : La CSU instituée par la présente loi vise un objectif d'équilibre financier entre ressources et dépenses de chacun des régimes.

Une étude externe est réalisée tous les trois ans afin d'apprécier la pérennité de l'équilibre financier de chacun des régimes, dont les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

Article 55 : Les comptes et opérations de la CSU sont soumis tous les ans à un audit comptable et financier dont les résultats sont communiqués aux ministères exerçant la tutelle technique et financière et présentés au Gouvernement.

CHAPITRE V : DISPOSITIONS FISCALES

Article 56 : L'Institution Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle jouit pour toutes ses activités sociales d'un régime fiscal privilégié ainsi défini :

- exonération de tous les impôts et taxes, notamment de l'impôt sur le bénéfice industriel et commercial, de la patente et de l'impôt foncier ;
- exonération des droits et taxes de douane à l'importation pour tous les matériels et produits liés à ses activités sociales.

Article 57 : Les cotisations versées à titre obligatoire ou volontaire à l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture



Sanitaire Universelle et les prestations payées par elle sont exonérées d'impôts et taxes.

Article 58 : Les pièces et actes relatifs à l'application de la législation de la prévoyance sociale sont délivrés gratuitement et exemptés de droit de timbre et d'enregistrement.

Article 59 : L'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Maladie Universelle dispose pour le recouvrement de ses créances, de prérogatives et privilèges analogues à ceux du Trésor Public.

Ses privilèges prennent rang immédiatement après les créances de salaire.

Article 60 : Les biens et les deniers de l'Institution Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Sanitaire Universelle sont insaisissables et aucune opposition ne peut être pratiquée sur les sommes qui lui sont dues.

Les créanciers porteurs de titre exécutoire peuvent, à défaut d'un règlement immédiat, se pourvoir devant le Conseil d'Administration de l'Institution Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Sanitaire Universelle, qui est tenu de procéder à l'inscription du crédit au budget suivant et à son paiement.

CHAPITRE VI : CONTRÔLE TECHNIQUE

Article 61 : Le contrôle de l'application des dispositions relatives aux régimes de la Couverture Sanitaire Universelle est assuré dans des conditions définies par décret.

Les contrôles sont obligatoirement réalisés à l'effet de s'assurer de la bonne santé financière du régime d'assurance maladie universelle.

TITRE V : CONTENTIEUX ET RECOURS, NULLITE,

PRESCRIPTIONS ET SANCTIONS

CHAPITRE I : CONTENTIEUX ET RECOURS

Article 62 : Les litiges nés de l'application des lois et règlements en vigueur en matière de couverture maladie visent les



employeurs, à l'exclusion des contestations d'ordre médical et à l'exception des affaires pénales et des litiges qui appartiennent exclusivement en fonction de leur nature à un autre contentieux, sont de la compétence des juridictions de droit commun du ressort de la résidence habituelle de l'assuré ou du siège social en Union des Comores de l'employeur intéressé.

Article 63 : Avant d'être soumises aux juridictions compétentes, les réclamations formées contre les décisions prises par l'Institution Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Sanitaire Universelle sont obligatoirement portées, par lettre recommandée ou tout autre moyen de notification avec accusé de réception, devant une commission de recours gracieux.

Les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la commission de recours gracieux sont fixés par le décret de création et les statuts particuliers de l'Institution Nationale de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la Couverture Sanitaire Universelle.

Article 64 : L'employeur ou l'assuré qui contrevient aux prescriptions de la présente loi et de ses textes d'application est poursuivi devant les juridictions pénales, soit à la requête du Ministère Public, éventuellement sur la demande du Ministère en charge de la protection sociale, soit à la requête de toute partie intéressée et notamment de l'Institution de Prévoyance Sociale chargée de la gestion de la CSU.

Le tribunal peut ordonner que le jugement soit publié dans la presse et affiché dans les lieux qu'il indiquera, le tout aux frais du contrevenant.

Article 65 : L'organisme gestionnaire de la CSU est subrogé au bénéficiaire des prestations de soins dans son action contre le tiers responsable la victime ou ses ayants droit du dommage conformément aux textes en vigueur

Le règlement amiable pouvant intervenir entre la victime et le tiers responsable ne peut être opposé à l'organisme gestionnaire qu'autant que celui-ci a été légalement invité à y participer.

L'organisme gestionnaire peut, en cas de non-respect des dispositions des deux alinéas précédents, se retourner contre le bénéficiaire des prestations de soins qui a reçu une indemnisation du tiers responsable pour remboursement des montants des prestations dont il a bénéficié.



CHAPITRE II : NULLITE

Article 66 : Est nul tout accord contraire aux dispositions de la présente loi. Toute renonciation de la part des bénéficiaires aux droits et actions qui leur sont reconnus par les dispositions de la présente loi n'est pas opposable à l'organisme gestionnaire.

CHAPITRE III : PRESCRIPTIONS

Article 67 : L'action publique résultant des infractions de l'employeur ou de son préposé ou de l'assuré aux dispositions de la présente loi est prescrite conformément aux délais de prescription prévus par le Code pénale en vigueur en Union des Comores.

Article 68 : L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur ou un assuré, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par cinq ans à compter de l'expiration des délais prescrits.

Article 69 : Les actions des bénéficiaires et des prestataires de soins contre l'organisme gestionnaire de la CSU sont prescrites après deux années à partir de la date de la naissance du droit.

Article 70 : Les actions de l'organisme gestionnaire contre les bénéficiaires ou les prestataires de soins à qui des avantages au titre de la CSU ont été octroyés indûment sont prescrites après quatre années.

Le délai de prescription court à partir de la date du paiement indu, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

Article 71 : La prescription des autres actions est régie par les règles de droit commun.

CHAPITRE IV : SANCTIONS

Article 72 : Est puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, quiconque, à quelque titre que ce soit, par fraude ou fausse déclaration, obtient ou tente d'obtenir des prestations qui ne lui sont pas dues.



Article 73 : Est puni d'une amende de 100.000 à 1000000 KMF, toute personne qui détourné les bénéficiaires de droits en vertu des dispositions de la présente loi, vers un prestataire de soins, par le biais de la contrainte, de la menace ou de l'excès de pouvoir ou par la présentation de promesses pécuniaires, ou qui tente de le faire.

Article 74: Est puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, le prestataire de soins qui se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, sans préjudice des sanctions disciplinaires, qui peuvent être prononcées à son encontre par l'ordre professionnel concerné ou de la mise hors convention qui peut lui être infligée.

Article 75: Est puni d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, le praticien ou le directeur d'établissement de santé qui refuse le contrôle médical.

Article 76 : Est puni d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, tout employeur ou assuré qui fait sciemment de fausses déclarations à l'organisme de gestion ou aux personnes assermentées dans le cadre de la vérification du respect de l'obligation d'affiliation à la CSM

Article 77 : Est puni d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à son affiliation à l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'affiliation dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 78 : Est puni d'une amende de 100.000 à 1.000.000 KMF, tout employeur qui ne procède pas, dans les délais réglementaires, à l'immatriculation de ses salariés auprès de l'organisme de gestion avec injonction de procéder à l'immatriculation des salariés concernés dans un délai ne dépassant pas un mois.

Article 79 : Est puni d'une amende de 100 000 à 1.000.000 KMF, l'employeur qui a procédé sciemment au prélèvement de cotisations salariales indues.

Article 80 : En cas de récidive, la sanction est portée au double pour toutes les peines prévues dans le présent chapitre.

Article 81 : 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.



Article 82 : L'organisme de gestion se réserve le droit de demander au contrevenant des dommages et intérêts dont le montant ne peut être inférieur aux montants qui ont été indûment payés.

TITRE VI : DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 83 : Les conditions d'application de la présente loi sont fixées par décret.

Article 84 : A titre transitoire et pendant une période de deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les employeurs publics ou privés qui, à cette date, assurent à leurs travailleurs une couverture médicale à titre facultatif, soit au moyen de contrats de groupe auprès de compagnies d'assurance, soit dans le cadre de mécanismes internes, doivent procéder à l'affiliation et à l'immatriculation de leurs travailleurs au régime d'assurance maladie universelle institué par la présente loi.

Les travailleurs qui sont organisés en mutuelles sociales pour s'assurer une couverture médicale à titre volontaire, doivent être obligatoirement affiliés et immatriculés au régime d'assurance maladie universelle dans le délai transitoire de deux ans fixé à l'alinéa 1 du présent article.

Article 85 : Tous les cinq (5) ans, Il est procédé à une révision des taux de cotisation pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie.

Article 86 : Des décrets fixent et déterminent les détails et les modalités d'application de la présente loi.

Ces derniers doivent intervenir dans un délai n'excédant pas un (1) mois à partir de la promulgation de la présente loi.

Article 87 : La présente loi sera exécutée comme loi de l'Union des Comores ».

ARTICLE 2 : Le présent décret sera enregistré, publié au Journal Officiel de l'Union des Comores et communiqué partout où besoin sera.

