*Antoine Vielliard*

*Conseiller Général de Haute-Savoie*

*Maire de St Julien-en-Genevois*

**Analyse de la législation sur l’assurance maladie des frontaliers suite au projet de décret**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Législation actuelle au 8 avril 2014** | **Législation après le décret** | **Commentaire** |
| Article R332-2  Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen aux assurés sociaux et aux membres de leur famille qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.  Lorsque les malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.  Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à un assuré social ou ayant droit d'assuré social, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état. | Article R332-2  Les caisses d'assurance maladie peuvent procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou la Suisse aux assurés sociaux et aux membres de leur famille qui sont tombés malades inopinément, sans que celui-ci puisse excéder le montant du remboursement qui aurait été alloué si les intéressés avaient reçu les soins en France.  Lorsque les malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, les conventions intervenant entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et certains établissements de soins à l'étranger d'autre part, peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour des intéressés dans lesdits établissements, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.  Indépendamment des cas prévus à l'alinéa ci-dessus, les caisses d'assurance maladie peuvent, à titre exceptionnel, et après avis favorable du contrôle médical, procéder au remboursement forfaitaire des soins dispensés hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou la Suisse à un assuré social ou ayant droit d'assuré social, lorsque celui-ci aura établi qu'il ne pouvait recevoir sur le territoire français les soins appropriés à son état.  Les caisses d’assurance maladie réexaminent la situation en fonction de l’état de santé du patient et de l’offre de soins disponible à la date des soins, en France ou dans un autre Etat membre de l’Union Européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou en Suisse. | *Commentaire : extension à la Suisse des accords européens permettant le remboursement de soins inopinés effectués dans un autre pays.* |
| Article R332-3  Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 332-4 à R. 332-6. | Article R332-3  Les soins dispensés aux assurés sociaux ou à leurs ayants droits, qui s’avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d’un séjour temporaire dans un autre Etat membre de l’Union Européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou en Suisse font l’objet, en cas d’avance de frais, d’un remboursement par les caisses d’assurance maladie dans les conditions prévues dans l’Etat de séjour ou, en cas d’accord de l’assuré social, dans les conditions prévues par la législation française, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l’assuré sous réserve des adaptations prévues aux articles R.332-4 à R.332-6. | *Commentaire :*  *Remboursement des soins nécessaire lors d’un séjour temporaire en Suisse.*  *Question : Est-ce que les tribunaux administratifs considéreront que les frontaliers effectuent des séjours temporaires en Suisse ?* |
| Article R332-4  Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou la Suisse et appropriés à leur état.  Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :  1° Les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ;  2° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.  L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.  Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code. | Article R332-4  Hors l’hypothèse de soins urgents, les caisses d’assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l’Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace Economique Européen ou en Suisse, lorsque ces soins :  1° impliquent le séjour du patient concerné dans un établissement de soins pour au moins une nuit ;  2° ou nécessitent le recours aux équipements et matériels lourds énumérés aux articles R. 6122-25, 11°, 13°, 16°, 17° et 18° et R6122-26 du code de la santé publique.  Cette autorisation ne peut être refusée lorsque les conditions suivantes sont réunies :  1° la prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;  2° ces soins sont appropriés à l’état de santé du patient ;  3° un traitement identique ou présentant le même degré d’efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l’état de santé actuel du patient et de l’évolution probable de son affectation.  L’assuré social adresse la demande d’autorisation à sa caisse d’affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d’urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l’intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l’institution de l’Etat de résidence. En l’absence de réponse à l’expiration de ce dernier délai, l’autorisation est réputée accordée.  Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires de sécurité sociale compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.  Ces soins sont soumis aux mêmes règles de remboursement que celles prévues par l’article R. 332-3.  Les soins programmés autres que ceux mentionnés à l’alinéa 1er du présent article qui sont dispensés dans un autre Etat membre de l’Union Européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ne sont pas soumis à autorisation préalable et sont remboursés aux assurés sociaux dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la règlementation française. | *Commentaire :*  *En dehors des soins urgents, il doit y avoir une demande d’autorisation préalable lorsque les soins :*   * *Nécessite un séjour* * *Relève des spécialités suivantes*   *11° Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;*  *13° Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;*  *16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;*  *18° Traitement du cancer ;*   * *Ou nécessite des équipements suivants :*   *1° Caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;*  *2° Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;*  *3° Scanographe à utilisation médicale ;*  *4° Caisson hyperbare ;*  *5° Cyclotron à utilisation médicale.*  *La caisse primaire d’assurance maladie à deux semaines pour donner une réponse motivée. Un refus ne peut être opposé que s’il n’y a pas de traitement identique ou équivalent dans un délai acceptable en France.*  *Commentaire : Il est surprenant et incompréhensible que la Suisse ne soit pas également ajoutée à cet alinéa. Cela est incohérent avec le reste du décret et reviendrait à exclure tout soin programmé en Suisse de possibilité de remboursement.* |
| Article R332-5  Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou la Suisse peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.  Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable. | Article R332-5  Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen ou la Suisse peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, ou sur délégation, après autorisation de l’agence régionale de santé compétente, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.  Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable. | *Commentaire : extension à la Suisse des accords européens*  *La possibilité de conclure des conventions de soins est rendue facilité par cette délégation à l’ARS. Cet article rendrait possible la conclusion d’un accord sanitaire transfrontalier entre les autorités cantonales et la Caisse primaire d’assurance maladie sous le contrôle de l’ARS permettant d’établir une liste de spécialités dont les soins en Suisse pourraient être remboursables.* |
| Article R380-2  Les personnes visées à l'article L. 380-1 sont affiliées obligatoirement, le cas échéant d'office, au régime général par la caisse primaire d'assurance maladie prévue à l'article R. 312-1. Toutefois, si la demande a été adressée à une caisse primaire autre que celle mentionnée à l'alinéa précédent, la caisse qui a reçu la demande procède à l'affiliation provisoire et transmet le dossier, suivant les cas, à la caisse primaire désignée en application du premier alinéa, à celle du lieu d'élection de domicile ou, si l'intéressé relève d'un régime autre que le régime général, à l'organisme compétent dudit régime. | Article R380-2  Les personnes visées à l'article L. 380-1 sont affiliées obligatoirement, le cas échéant d'office, au régime général par la caisse primaire d'assurance maladie prévue à l'article R. 312-1. Toutefois, si la demande a été adressée à une caisse primaire autre que celle mentionnée à l’alinéa précédent, la caisse qui a reçu la demande procède à l’affiliation provisoire et transmet le dossier, suivant le cas, à la caisse primaire désignée en application du premier alinéa ou à celle du lieu de l’élection de domicile. Lorsqu’il apparait que l’intéressé ne relève pas du régime général au titre de l’article L.380-1, la caisse primaire ayant reçu sa demande d’affiliation la transmet à l’organisme compétent. |  |
| Article R380-3  La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 est liquidée par les caisses primaires d'assurance maladie définies à l'article R. 380-2 et recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au vu des éléments transmis par les caisses primaires. | Article R380-3  Les cotisations mentionnées à l'article L. 380-2 et au deuxième aliéna du IV de l’article L. 380-3-1 sont liquidées et recouvrées par les organismes chargés du recouvrement des cotisation du régime général au vu des éléments transmis par l’administration fiscale ou par les personnes affiliées au régime général en application de l’article L.380-1. |  |
| Article R380-4  La cotisation mentionnée à l'article L. 380-2 fait l'objet d'un paiement trimestriel auprès de l'organisme de recouvrement, au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil. | Article R380-4  Les cotisations mentionnées à l’article L380-2 et au deuxième alinéa du IV de l’article L. 380-3-1 font l’objet d’un paiement trimestriel auprès de l’organisme de recouvrement, au plus tard le dernier jour de chaque trimestre civil. En cas d’affiliation au cours du dernier mois d’un trimestre civil, la cotisation afférente à la période d’affiliation courant entre la date d’affiliation et la fin de ce trimestre fait l’objet d’un versement au plus tard le dernier jour du trimestre civil suivant.  Toutefois, lorsque l’assuré en fait la demande, sont autorisés le paiement par voie dématérialisée ainsi que le paiement mensuel de la cotisation par voie dématérialisée. Lorsque l’assuré a choisi de payer mensuellement la cotisation, le versement est obligatoirement réalisée par voie dématérialisée. | *Les cotisations CMU sont payable de manière trimestrielle ou mensuelle lorsque c’est par prélèvement automatique.*  *Elles sont recouvrées par l’URSAF.* |
| Article R380-5  Lorsque l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, celle-ci est fixée d'office par la caisse primaire d'assurance maladie sur la base d'une assiette fixée à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Cette taxation est notifiée par l'organisme de recouvrement à l'assuré par une lettre de mise en demeure dans les conditions fixées par l'article L. 244-2. | Article R380-5  Lorsque l'assuré n'a pas fourni les éléments permettant de calculer la cotisation dont il est redevable, celle-ci est fixée provisoirement par l’organisme de recouvrement sur la base d’une assiette fixée à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l’année au titre de laquelle est notifiée la taxation.  La taxation déterminée en application des dispositions de l’alinéa précédent est notifiée à l’assuré par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. La cotisation calculée sur cette base est recouvrée dans les mêmes conditions que la cotisation définitive.  Lorsque l’assuré déclare ses revenus postérieurement à cette mise en demeure, la cotisation est régularisée sur cette base, majorée de 10% pour retard de déclaration. |  |