



MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

La protection universelle maladie

Direction de la sécurité sociale
Division des affaires communautaires
et internationales



Les objectifs généraux de la réforme

- ✓ Simplifier la vie des assurés sociaux
 - ✓ Simplifier la gestion des caisses d'assurance maladie et contribuer aux économies de gestion
 - ✓ Améliorer et simplifier le pilotage financier de l'assurance maladie
- Par ailleurs
- ✓ Le contenu des prestations est inchangé, pour le régime général et les régimes alignés, et pour les régimes spéciaux
 - ✓ la réforme ne remet pas en cause la pluralité des gestionnaires

Un chemin "ambitieux mais réaliste" proposé par la DSS et désormais inscrit dans l'article 59 de la LFSS pour 2016

4 objectifs opérationnels :

- ✓ Simplifier drastiquement les conditions d'ouverture de droit aux prestations en nature
- ✓ Donner des droits à titre personnel à toutes les personnes majeures (supprimer les situations d'ayant droit majeur) ; seuls les mineurs restent ayants droit
- ✓ Simplifier la gestion des droits dans la carte Vitale
- ✓ Simplifier les procédures de mutation et les dématérialiser

Un chemin "ambitieux mais réaliste" proposé par la DSS et désormais inscrit dans l'article 59 de la LFSS pour 2016

Un cadre juridique transformé issu de l'article 59 de la LFSS

- ✓ Qui délimite le périmètre de l'assurance maladie et construit la Protection Universelle Maladie (PUMa) pour la prise en charge des frais de santé
- ✓ Qui revoit le dispositif de l'actuelle cotisation à la CMU de base
- ✓ Qui achève l'unification du pilotage financier de l'assurance maladie

Le nouveau cadre juridique

- ✓ Inscription du **principe d'un droit universel pour toutes les personnes qui travaillent ou résident en France** à la prise en charge des frais de santé.
- ✓ **la prise en charge des frais de santé est effectuée par les organismes dont chaque personne est susceptible de dépendre :**

pour les actifs : le régime obligatoire professionnel, et pour les fonctionnaires les mutuelles délégataires

pour les inactifs : entrée en vigueur d'un décret pour permettre à ceux qui cessent leur activité de rester gérés par leur régime (avant la CMU de base n'était gérée que par le régime général) ; création d'un droit d'option pour les conjoints n'ayant pas d'activité professionnelle pour être gérés par l'organisme du régime professionnel du conjoint

pour les régimes spéciaux : ils conservent la gestion de leur population d'actifs ainsi que de leurs niveaux de prestations spécifiques

pour les étudiants : la gestion reste déléguée aux mutuelles agréées

Le nouveau cadre juridique

- ✓ **Le principe : réforme à droits constants**
- ✓ Est cependant l'occasion d'un toilettage complet des dispositions relatives à l'assurance maladie
- ✓ En corollaire, les textes financiers ont également été modifiés pour achever l'intégration financière au régime général

Simplifier les conditions d'ouverture de droits

- Le dispositif d'affiliation est simplifié car réduit à deux critères :
 - l'exercice d'une activité professionnelle (plus besoin de justifier d'une activité minimale)
 - À défaut, la résidence stable et régulière (présence sur le territoire au moins 6 mois par an)
- En simplifiant le dispositif pour obtenir des droits, la réforme s'accompagne de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire.

L'appréciation de la stabilité de la résidence

- Le décret relatif à l'appréciation de la stabilité de la résidence (L. 111-2-3) a été pris le 30 décembre 2015 et est codifié à l'article R.111-2
- Les droits sont ouverts pour les personnes dont le foyer ou le lieu de séjour principal est en France (ou plus précisément là où le code de la sécurité sociale s'applique : métropole, Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion, St Martin, St Barthelemy)
- Cette condition revient à ce que les personnes résident en France plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations (reprise des dispositions de l'ancien article R. 115-6)
- Lors de la première demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie, seuls des justificatifs sur les 3 mois précédents sont requis sauf pour les étudiants, les demandeurs d'asile, les personnes concernées par le regroupement familial ou la procédure d'accompagnement familial, les allocataires de prestations familiales ou de minimas sociaux

L'appréciation de la condition de résidence

- ✓ La PUMa s'applique sans préjudice des traités internationaux et des règlements européens. Dès lors, **la condition de résidence ne s'applique pas à :**
 - **La personne détachée depuis la France vers l'étranger**, au sens des règlements européens et des conventions bilatérales de sécurité sociale, ainsi qu'aux membres de sa famille à sa charge,
 - Et d'une manière générale, **aux membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français**, qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application des règlements européens et des conventions bilatérales (par exemple le membre de la famille d'un monopensionné résidant dans un autre Etat membre de l'UE).
- ✓ Inversement, **le travailleur détaché en France et les membres de sa famille ne relèvent pas de la PUMa.**

L'appréciation de la condition de séjour

- L'appréciation de la régularité du séjour est clarifiée et harmonisée entre branches
- Le décret cité par l'article L. 111-2-3 relatif à l'appréciation de la régularité du séjour reste à prendre (il prendra place à l'article R. 111-3)
- La prise en charge des soins par l'assurance maladie bénéficie à l'ensemble des ressortissants (et des membres de leur famille) de l'espace européen et, pour les autres nationalités, à toutes les personnes qui disposent d'un des documents prévus par le Ceseda (cartes ou certificats de résidence, cartes de séjour pluri-annuelles ou temporaires, visas long séjour, autorisations provisoires de séjour) ou qui disposent d'une attestation de demande d'asile

Donner des droits à titre personnel à toutes les personnes majeures

- ✓ La notion d'ayant droit, un concept obsolète, qui implique des démarches administratives pour procéder au rattachement
- ✓ Une règle inutile au vu des nouveaux critères d'ouverture des droits : critère général d'activité ou de résidence stable et régulière en France
- ✓ Un passage au statut d'assuré à titre personnel pour tout majeur au 1^{er} septembre de l'année de ses 18 ans (ou à 16 ans sur demande)
- ✓ Une possibilité pour le conjoint inactif d'opter pour une gestion par le régime de son conjoint
- ✓ Le maintien du stock des ayants droit majeurs (connus au 31/12/2015) au plus tard jusqu'au 31/12/2019 pour permettre une bascule progressive dans le temps

Simplifier la gestion des droits dans la carte Vitale

- ✓ Simplifier la situation pour les enfants : des cartes dès 12 ans, sur demande des parents
- ✓ Adapter la durée des droits en carte avec les règles nouvelles de la PUMa : les droits ne sont plus bornés pour une durée préfixée au moment de leur ouverture

Mettre en place la cotisation subsidiaire maladie

- ✓ Comme auparavant, la cotisation maladie est due en fonction de la situation et des ressources de la personne :
 - **L'assuré a une activité professionnelle** : rien ne change, la cotisation maladie est calculée en fonction de son revenu
 - **L'assuré est sans activité avec un revenu du capital supérieur à 9.654 € en 2016** : il est redevable de la cotisation subsidiaire maladie. Celle-ci est automatiquement calculée à partir des revenus déclarés à l'administration fiscale : il n'y a aucune démarche à effectuer.
 - **L'assuré est une personne sans activité ou avec des ressources faibles** : il n'a aucune cotisation subsidiaire maladie à régler
 - **L'assuré est retraité** : il n'a aucune cotisation subsidiaire maladie à régler ; s'il réside à l'étranger, il est, comme auparavant, redevable de la cotisation assurance-maladie

La prise en charge des soins de santé lors de séjours temporaires en France

- ✓ Comme auparavant, les titulaires d'une pension de vieillesse d'un régime français peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs soins de santé à l'occasion de leurs séjours temporaires en France
- ✓ Cette condition s'applique désormais sans considération de la nationalité du titulaire de la pension
- ✓ Les membres de la famille doivent en revanche disposer d'une assurance en propre
- ✓ En cas d'hospitalisation, la prise en charge est conditionnée à des contrôles médicaux dont un décret viendra préciser la nature

Jalons clés de la mise en œuvre de la réforme

✓ Au 1^{er} janvier 2016 :

- Des droits continus pour chaque assuré travaillant ou résidant en France pour la prise en charge de ses frais de santé, remplaçant ainsi de fait la CMU de base
- Une affiliation à titre personnel, sur critère de résidence, de tout nouvel assuré majeur sans activité professionnelle (avec possibilité d’opter pour le régime du conjoint)
- Une affiliation à titre personnel dès l’âge de 18 ans (ou 16 sur demande)
- Une carte vitale pour les enfants dès 12 ans sur demande des parents

✓ Courant 2016 :

- Une montée en charge de nouvelles modalités de contrôles administratifs liés au respect du double critère professionnel et de résidence – régularité et stabilité
- La mise en place de flux de financement simplifiés entre régimes d’assurance maladie
- La simplification des procédures de mutations pour réduire les délais

Jalons clés de la mise en œuvre de la réforme

- ✓ Courant 2017 :
 - Le 1^{er} recouvrement de la cotisation subsidiaire maladie pour les inactifs remplissant les conditions
 - La production de comptes consolidés pour la branche maladie par la CNAMTS