

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Sous-direction du financement de la sécurité sociale

Bureau 5D – Recettes fiscales

Circulaire DSS/SD1B/SD2A/SD4C/SD5D n° 2014-15 du 21 janvier 2014 relative à la participation des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale

NOR : AFSS1401440C

Date d'application : immédiate.

Catégorie : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : la présente circulaire vise à préciser le champ d'application, les modalités de calcul, déclaratives et de recouvrement de la participation – prévue par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 – des organismes assurant la couverture complémentaire en santé à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Mots clés : organismes complémentaires santé – participation – forfaits pour les médecins traitants.

Références :

Article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Article 7 de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.

*Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé à
Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.*

L'article 7 de l'avenant n° 8 à la convention médicale du 26 juillet 2011 traduit le souhait des organismes complémentaires en santé de « participer au développement des nouveaux modes de rémunération en complétant le financement mis en place par l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 millions d'euros, notamment par le développement de forfaits pour les médecins traitants ».

L'article 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 détermine les modalités de mise en œuvre de cet engagement en prévoyant une participation des organismes complémentaires au financement du nouveau forfait décidé par les signataires de l'avenant n° 8 qui permet au médecin traitant de percevoir 5 € par an et par patient.

En l'absence à ce jour d'un mécanisme de tiers payant intégral permettant aux organismes complémentaires de verser directement aux médecins traitants cette participation, un dispositif transitoire est mis en place au titre des années 2013 à 2015. Les caisses d'assurance maladie feront l'avance de frais en payant directement le forfait aux médecins traitants et les organismes complémentaires rembourseront leur participation *via* le versement d'une participation globale à l'assurance maladie.

Un mécanisme de plafonnement de cette participation à hauteur des 150 millions d'euros engagés par les organismes complémentaires en santé permet de s'assurer que les engagements conventionnels sont respectés.

La présente circulaire apporte des précisions relatives à la définition des redevables de la participation, aux modalités de calcul ainsi qu'aux modalités déclaratives et de recouvrement de la participation.

I. – ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES REDEVABLES

Sont redevables de la participation aux modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale les organismes mentionnés à l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale. Il s'agit donc des mêmes organismes que ceux redevables de la TSA (taxe de solidarité additionnelle), à savoir les :

- mutuelles régies par le code de la mutualité ;
- institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime ;
- entreprises régies par le code des assurances ;
- organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

Le versement de la participation est dû par chaque organisme complémentaire tel que défini ci-dessus en activité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la participation est perçue.

II. – MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION

La participation est égale au produit d'un forfait annuel par assuré ou ayant droit par le nombre d'assurés et ayants droit couverts par l'organisme complémentaire redevable et remplissant certaines conditions.

Le nombre de ces assurés correspond à l'effectif des assurés et ayants droit de plus de seize ans ayant bénéficié, au cours de l'année civile ($N - 1$) précédant l'année au titre de laquelle la participation est due (N), de la prise en charge par leur organisme complémentaire de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) due au titre d'une consultation ou visite effectuée par leur médecin traitant, quel que soit le secteur d'exercice de ce dernier au sens des articles 34 à 35 de la convention médicale (secteur 1 ou secteur 2), adhérant ou non au contrat d'accès aux soins prévu par l'avenant n° 8 à cette convention, signé le 25 octobre 2012.

Pour opérer le décompte des effectifs, l'organisme complémentaire redevable devra, au vu des informations dont il dispose et qui lui sont communiquées par l'assurance maladie obligatoire *via* la feuille de soins papier ou les flux NOEMIE¹, procéder à l'identification du nombre des assurés et ayants droit couverts par l'organisme au 31 décembre $N - 1$ pour lesquels tout ou partie d'un ticket modérateur au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant a été pris en charge par l'organisme en $N - 1$ ².

Si l'organisme n'est pas en mesure d'isoler de manière fiable les assurés pour lesquels un ticket modérateur a été pris en charge en $N - 1$ au titre d'une consultation ou d'une visite du médecin traitant, il conviendra de retenir le nombre des assurés et ayants droit couverts par l'organisme au 31 décembre $N - 1$ pour lesquels un ticket modérateur a été pris en charge en $N - 1$ au titre d'une consultation ou d'une visite d'un médecin généraliste présumée dans le parcours de soins³.

En dernier recours, en cas d'absence d'informations suffisamment détaillées, l'organisme peut retenir le nombre des assurés et ayants droit couverts au 31 décembre $N - 1$ pour lesquels au moins un ticket modérateur a été pris en charge au cours de $N - 1$.

Il convient d'exclure des effectifs ainsi déterminés les :

- assurés et ayants droit bénéficiaires de la CMU complémentaire au 31 décembre $N - 1$ (hors champ de la participation) ;

¹ Se référer à l'«Indicateur parcours de soins (IPS)» de sortie véhiculé par les références 686 ou 687 du catalogue NOEMIE.

² Valeur de l'indicateur IPS issu du flux NOEMIE égal à « T », « N » ou « R », ou libellé « Parcours coordonné – Médecin traitant » ou « Parcours coordonné – Médecin remplaçant » issus des relevés papier de remboursement assuré.

³ Valeur du code PRE-SPE à 01 dans l'entité 209 des références 688 et 689 du catalogue NOEMIE avec un taux de remboursement (par l'assurance maladie obligatoire) spécifié à 70 %.

- assurés et ayants droit de moins de seize ans au 31 décembre $N - 1$ (hors champ de la participation).

Le résultat de cette opération constituera « l'effectif » qui doit être renseigné par l'organisme et multiplié par le forfait annuel pour déterminer la participation due (*cf. infra*).

Cas particuliers :

En cas d'apport, de cession d'activité ou de transmission universelle de patrimoine mentionnée à l'article 1844-5 du code civil intervenant au cours de l'année considérée, la participation est due par le redevable auquel l'activité est transmise au titre de ses effectifs tels que définis par l'alinéa 3 de l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et de ceux de l'apporteur, cédant ou transmetteur universel de patrimoine.

III. – MODALITÉS DÉCLARATIVES ET DE RECOUVREMENT DE LA PARTICIPATION

Les redevables de la participation étant les mêmes que ceux redevables de la TSA (taxe de solidarité additionnelle) visée à l'article L.862-4 du code de la sécurité sociale, l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit l'adossement du recouvrement de la participation à celui de la taxe susvisée. Il est rappelé que, si l'affectataire de la TSA est le fonds CMU, l'affectataire de cette participation est la CNAMTS.

1. Participation due au titre de l'année 2013

Il est prévu le versement d'une première participation au titre de l'année 2013.

Le forfait annuel par assuré ou ayant droit a d'ores et déjà été fixé par l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 à 2,50 €.

La participation 2013 sera ainsi recouvrée concomitamment à la TSA due au titre du dernier trimestre 2013. Pour cette seule échéance et à titre dérogatoire, la date limite de déclaration et de paiement auprès de l'URSSAF d'Île-de-France, pour la TSA et la participation, est fixée au 7 février 2014 (au lieu du 31 janvier 2014). En tout état de cause, il est rappelé que les redevables disposent de la possibilité de déposer dans les conditions de droit commun une déclaration rectificative afin de procéder à une éventuelle régularisation.

À cette fin, il a été créé sur le bordereau TSA du quatrième trimestre 2013 une ligne supplémentaire (avec CTP) intitulée :

« D-Participation à la prise en charge des modes de rémunération mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale » :

CODE TYPE	NOMBRE d'assurés et ayants droit concernés (*)		MONTANT du forfait annuel par assuré ou ayant droit (dû au titre de 2013)		MONTANT total de la participation due par l'organisme
270		x	2,5 €	=	

(*) Couverts au 31 décembre de l'année 2012 et répondant aux conditions prévues à l'alinéa 3 de l'article 4 de la LFSS pour 2014.

Il appartiendra donc à l'organisme complémentaire redevable de compléter :

- la case « Nombre d'assurés et ayants droit concernés » (au 31 décembre 2012) ;
- la case « Montant total de la participation due par l'organisme ».

2. Participation due au titre des années 2014 et 2015

Aux fins de déterminer le montant de la participation due au titre de l'année 2014, les organismes complémentaires porteront sur la déclaration prévue au II de l'article R.862-11 du code de la sécurité sociale – autrement dénommée tableau récapitulatif (TR) de la TSA – actuellement en cours de développement, une case « effectif » correspondant au nombre, à la date du 31 décembre 2013, des assurés et ayants droit couverts par l'organisme et répondant aux critères rappelés ci-dessus au paragraphe II.

Ce tableau récapitulatif dûment complété sera envoyé par les organismes complémentaires à l'URSSAF d'Île-de-France au plus tard à une date qui sera fixée par arrêté (et qui devrait correspondre au 30 juin 2014).

Il en va de même pour la participation due au titre de l'année 2015 : l'organisme complémentaire renseignera le nombre d'assurés et ayants droit au 31 décembre 2014 répondant aux critères énoncés ci-dessus et fournira l'information sur le tableau récapitulatif de la TSA à envoyer à une date qui devrait être le 30 juin 2015 au plus tard.

Cet effectif ainsi renseigné sur le tableau récapitulatif par chaque organisme complémentaire permettra à l'administration de déterminer et de publier par voie d'arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale le montant du forfait annuel dû pour chaque assuré et ayant droit afin que le rendement de la participation respecte l'engagement pris dans l'avenant 8 (soit 150 M€).

Il sera donc égal au résultat de la division d'un montant de 150 M€ par le nombre d'assurés et d'ayants droit remplissant les conditions définies *supra*, sans pouvoir toutefois excéder 5 €. Le résultat obtenu sera arrondi au centime d'euro le plus proche.

À cette fin, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) communiquera l'effectif déclaré par chaque organisme complémentaire santé au ministère chargé de la sécurité sociale (bureau 5D – recettes fiscales – à la direction de la sécurité sociale) au plus tard le 30 septembre de l'année au titre de laquelle elle est due (c'est-à-dire le 30 septembre 2014 pour la participation due au titre de l'année 2014 et le 30 septembre 2015 pour la participation due au titre de l'année 2015).

Le montant total dû par chaque organisme complémentaire santé devra ensuite être déclaré et versé :

- le 31 janvier 2015 au plus tard pour la participation due au titre de l'année 2014 (déclaration sur le bordereau TSA du quatrième trimestre 2014) ;
- et le 31 janvier 2016 au plus tard pour la participation due au titre de l'année 2015 (déclaration sur le bordereau TSA du quatrième trimestre 2015).

Il est rappelé que la fourniture du tableau récapitulatif pour la TSA est prévue par le décret n° 2013-827 du 16 septembre 2013 relatif aux obligations des organismes gestionnaires de la CMU et portant diverses dispositions en matière de protection sociale.

3. Règles de recouvrement et de contrôle

Les dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général prévues aux articles R. 138-21 à R. 138-24 du code de la sécurité sociale sont applicables à la participation.

Ainsi, les règles, sanctions et garanties prévues pour le recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations sont applicables au recouvrement et au contrôle de la participation.

La majoration de retard de 5 % applicable à la participation qui n'a pas été versée aux dates limites d'exigibilité est celle prévue à l'article R. 243-18 du code de la sécurité sociale.

Le défaut de production, dans les délais prescrits, du tableau récapitulatif et du déclaratif afférent au quatrième trimestre entraîne une pénalité de 750 €. Si le retard excède un mois, une pénalité identique est automatiquement appliquée pour chaque mois ou fraction de mois de retard.

IV. – ENTRÉE EN VIGUEUR

Il est prévu que cette mesure entre en vigueur dès l'année 2013, en cohérence avec les premiers versements du forfait médecin traitant (FMT) par l'assurance maladie versés dès septembre 2013 au titre du troisième trimestre 2013. C'est pourquoi, à titre exceptionnel, la loi fixe le montant de la participation forfaitaire à 2,5 € pour 2013, correspondant ainsi à une mise en œuvre en mi-année.

V. – DURÉE DU DISPOSITIF

Compte tenu de l'objectif de généralisation du tiers payant, le versement de la participation des organismes complémentaires au financement de l'amélioration du suivi, de la prévention et de la qualité des soins a vocation à être transitoire et ne concernera que les années 2013 à 2015.

Toute difficulté d'interprétation de la présente circulaire sera portée à la connaissance du bureau 5D de la direction de la sécurité sociale.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME