



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Ministère des solidarités et de la santé
Direction de la sécurité sociale :
Sous-direction du financement de la sécurité sociale
Bureau de la législation financière
Personne chargée du dossier : Emmanuelle Barsky
Tél. : 01.40.56.48.78
Mél. : emmanuelle.barsky@sante.gouv.fr

Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des relations avec les professions de santé
Personne chargée du dossier : Claire Montête
Tél : 01.40.56.65.42
Mél. : claire.montete@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins :
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours
Personne chargée du dossier : Nathalie Duparc
Tél : 01 40 56 43 99
Mél. : nathalie.duparc@sante.gouv.fr

Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Direction de l'offre de soins
Département des professions de santé
Mél : centre-de-sante.dprof.cnam@assurance-maladie.fr

La directrice de la sécurité de la sécurité sociale,
La directrice générale de l'offre de soins,
Le Directeur Général de l'Union Nationale des Caisses
d'Assurance Maladie,

à

Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs
généraux des agences régionales de santé (pour
application)

Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses
primaires d'assurance maladie (pour application)

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE n° DSS/SD1B/DGOS/SD5B/CNAM/R2/2019/242 du
25 octobre 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n° 2015-1869 du
30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes
participant de façon occasionnelle à des missions de service public, pour les médecins salariés
des centres de santé participant à la permanence des soins ambulatoires.

Date d'application : immédiate
NOR : SSAS1933500J
Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le vendredi 25 octobre 2019 - Visa CNP 2019-95

<p>Résumé : Les articles L. 311-3 (21°) et D. 311-1 et suivants du code de la sécurité sociale prévoient la possibilité d'une affiliation au régime général en tant que collaborateurs occasionnels de service public des médecins participant à la permanence des soins ambulatoires mise en œuvre par les agences régionales de santé en application de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, ainsi que l'assujettissement de leurs rémunérations aux cotisations et contributions de sécurité sociale.</p> <p>La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre de ce dispositif pour les médecins salariés des centres de santé, et notamment les obligations qui s'imposeront aux centres de santé.</p>
<p>Mention Outre-mer : Le texte s'applique en l'état en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.</p>
<p>Mots-clés : Permanence des soins ambulatoires - Centres de santé - Collaborateurs occasionnels du service public - Affiliation - Assujettissement.</p>
<p>Textes de référence :</p> <p>Articles L. 162-5-14, L.162-32 et suivants, L. 311-3 21°, D. 311-1, D. 311-2, D. 311-3, D. 311-4, D. 311-5 du code de la sécurité sociale (CSS), articles L. 6314-1 et suivants, R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique (CSP).</p>
<p>Annexes :</p> <p>Annexe 1 : Convention-type relative au paiement des actes et forfaits de garde dus aux médecins salariés exerçant en centres de santé, pour leur participation à la permanence des soins en qualité de collaborateurs occasionnels de service public.</p> <p>Annexe 2 : Taux des cotisations et contributions du régime général de sécurité sociale dues pour l'emploi des collaborateurs occasionnels du service public (2019).</p>
<p>Diffusion : Agences régionales de santé, caisses primaires d'assurance maladie</p>

La mission de service public de permanence des soins ambulatoires (PDSA) peut, conformément à l'article L. 6314-1 du CSP, être assurée par les médecins salariés des centres de santé.

En 2012, la lettre réseau de la caisse d'assurance maladie LR/DDGOS/81/2012 a précisé la procédure d'identification permettant aux médecins des centres de santé participant à la PDSA, de facturer directement leurs actes. Cependant, cette solution technique implique une déclaration sous statut libéral pour les médecins salariés de centres de santé pendant l'activité de PDSA.

En application de l'article L. 311-3 du CSS, le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015¹ relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, a introduit la possibilité d'un versement des rémunérations aux médecins par leurs employeurs qui procèdent également aux démarches d'affiliation et au versement des cotisations et contributions auprès des organismes de recouvrement. Cette disposition permet donc au médecin de bénéficier d'une affiliation au régime général de sécurité sociale au titre des rémunérations (actes, majorations et forfait) pour sa participation à la PDSA (15° de l'article D. 311-1 du CSS).

La présente instruction vise à préciser les modalités de versement des rémunérations aux médecins salariés des centres de santé, au titre de leur participation à la PDSA et des cotisations et contributions sociales associées auprès des organismes recouvreurs. Elle propose également une convention-type qui devra être signée entre l'ARS, la CPAM, le centre de santé, et le médecin.

¹ modifié par le décret n° 2016-744 du 2 juin 2016

1. Paiement des rémunérations (forfaits, actes et majorations) ainsi que des cotisations et contributions sociales par les centres de santé aux médecins salariés participant à la PDSA

Conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du CSS, lorsque la participation à la mission de service public constitue pour le médecin le prolongement de son activité salariée, l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée cette activité salariée, peut verser la rémunération et les cotisations et contributions de sécurité sociale afférentes, à la demande du médecin. L'employeur assure alors le précompte des cotisations et contributions mentionnées à l'article D. 311-2 auprès des organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et auprès de l'institution mentionnée à l'article L. 921-2-1 pour les cotisations de retraite complémentaire obligatoire. La convention type présentée en annexe propose ainsi un accord pour mettre en œuvre ces modalités de versement.

Cette disposition s'applique à l'activité de PDSA réalisée par les médecins salariés des centres de santé, sous réserve d'un accord écrit et préalable entre le centre de santé, le médecin et l'agence régionale de santé, organisme pour le compte duquel est effectuée la mission occasionnelle de service public.

En application des articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale, la totalité des indemnités versées par les centres de santé aux médecins salariés participant à la PDSA est assujettie aux cotisations et contributions de sécurité sociale. L'ensemble de la réglementation de droit commun relative aux avantages en nature et aux frais professionnels leur est applicable.

Concernant les forfaits, l'assiette des cotisations correspond aux montants déterminés par l'ARS dans le cahier des charges régional de PDSA, conformément à l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire, modifié par l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique.

Pour les actes et majorations, l'assiette des cotisations correspond aux montants définis dans la convention médicale. Pour le calcul de la CSG et la CRDS, l'assiette est égale à 98,25 % des rémunérations perçues.

Les cotisations de sécurité sociale ainsi que la CSG, la CRDS et la contribution solidarité autonomie sont dues aux taux de droit commun du régime général, ainsi que le versement transport et le FNAL. Par dérogation, la cotisation « accident du travail / maladie professionnelle » (AT/MP) est fixée au taux applicable à l'administration hospitalière (1,60 %). Les cotisations de retraite complémentaire obligatoire IRCANTEC sont également dues dans les conditions de droit commun. Seules les cotisations chômage, AGS et formation professionnelle ne sont pas dues.

Un tableau indicatif, en annexe 2, reprend l'ensemble des taux de cotisations et contributions applicables en 2019.

2. Modalités pratiques de mise en œuvre

Conformément aux dispositions de l'article D. 311-3 du code de la sécurité sociale, il revient à l'ARS de vérifier la conformité des tableaux de garde au cahier des charges régional de PDSA, avant de les transmettre à la CPAM pour paiement des forfaits, puis le centre de santé procède au versement de la rémunération nette au médecin, et à la déclaration des cotisations et contributions sociales auprès des organismes de recouvrement concernés.

Ces formalités sont effectuées selon les mêmes modalités que celles retenues pour la déclaration et le versement des cotisations et contributions sociales dues pour les autres salariés du centre de santé :

- Les déclarations sociales sont effectuées par la transmission de la déclaration sociale nominative mentionnée à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ou par la déclaration unifiée des cotisations sociales (DUCS) auprès de leur organisme de recouvrement (Urssaf/CGSS) et la déclaration annuelle des données sociales (DADS) auprès de l'organisme gérant les carrières retraite pour les centres de santé qui ne sont pas soumis aux dispositions de la déclaration sociale nominative ;

- La déclaration et le versement des cotisations sont exigibles le mois suivant la période de travail au titre de laquelle la rémunération est due, conformément aux dispositions de l'article R. 243-6 du code de la sécurité sociale.

Le centre de santé remet le bulletin de paie au médecin assurant la permanence de soins ambulatoires.

3. Modalités pratiques quant à la facturation des actes et au versement des forfaits

La facturation des actes et majorations d'actes spécifiques à la PDSA est réalisée par le médecin salarié du centre de santé (médecin assurant la garde) au nom du centre de santé (via son numéro FINESS géographique) dans les conditions habituelles de facturation à l'assurance maladie. Le médecin salarié ne sera donc pas identifié par un numéro AM spécifique propre comme précédemment prévu dans la lettre réseau CNAM LR/DDGOS/81/2012.

Concernant le versement des forfaits de régulation et d'astreinte, celui-ci sera réalisé par la caisse primaire au centre de santé sur demande du centre de santé, de façon trimestrielle. La demande doit comporter les éléments suivants :

- l'identification du centre de santé (nom et numéro FINESS) ;
- l'identification du médecin salarié ayant réalisé la garde (nom, prénom, numéro RPPS) ;
- le récapitulatif du secteur et des périodes (date et plages horaires) couverts ;
- les demandes d'indemnisation ;
- les attestations signées de participation à la permanence des soins.

En l'absence d'attribution de numéro AM spécifique au médecin salarié, l'outil PGARDE ne peut être utilisé.

Pour l'application de ces modalités, une convention-type est annexée à la présente instruction (cf. annexe 1).

Pour les ministres et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Katia JULIENNE

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sabine FOURCADE

Le directeur général de l'UNCAM,



Nicolas REVEL

Annexe 1 : Convention-type

CONVENTION TYPE RELATIVE AU PAIEMENT DES ACTES ET FORFAITS DE GARDE DUS AUX MEDECINS DES CENTRES DE SANTE PARTICIPANT A LA PERMANENCE DES SOINS MENTIONNEE A L'ARTICLE L. 6314-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Entre, d'une part,

La caisse primaire d'assurance maladie de XXX,
Adresse :
représentée par M. ou Mme XXX agissant en qualité directeur général,

Et, d'autre part, l'agence régionale de santé XXXX,
Adresse :
représentée par M. ou Mme XXX agissant en qualité directeur général,

Et, d'autre part, le centre de santé XXX,
Adresse :
Représenté par M. ou Mme XXX
en qualité de XXX

Et, d'autre part, Le docteur XXXX
Adresse

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6314-1 et suivants et R. 6315-1 et suivants ;

Vu l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article D. 311-3 modifié par le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public ;

Vu le cahier des charges régional de la PDSA de la région xxx, arrêté le

Il a été convenu ce qui suit :

Préambule

L'article L. 6314-1 du code de la santé publique ouvre la possibilité aux médecins salariés des centres de santé de participer à la permanence des soins ambulatoires rémunérée par des forfaits sur le fonds d'intervention régional des ARS et par des actes et majorations définies par voie conventionnelle et financées par l'assurance maladie.

Les dispositions de l'article D. 311-1 du code de la sécurité sociale, précisent que les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif au sens des dispositions du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

L'article D. 311-3 du code de la sécurité sociale permet, lorsque la participation à la mission de service public constitue le prolongement d'une activité salariée, à l'employeur habituel pour le compte duquel est exercée cette activité salariée, sous réserve d'un accord écrit et préalable

passé avec le salarié et l'organisme pour le compte duquel est effectuée la mission de service public, de verser la rémunération et les cotisations et contributions de sécurité sociale associées. L'employeur habituel assure ainsi le précompte des cotisations et contributions mentionnées à l'article D. 311-2 du code de la sécurité sociale aux organismes de recouvrement.

Article 1^{er} Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les conditions de paiement des actes, majorations et rémunérations forfaitaires aux médecins salariés des centres de santé au titre de leur participation à la mission de service public de permanence des soins ambulatoires visée aux articles L. 6314-1 et suivant du code de la santé publique.

Elle organise les relations entre la caisse primaire d'assurance maladie, l'ARS, le centre de santé et le médecin salarié du centre signataire et précise leurs engagements respectifs relatifs à la mise en œuvre et à la rémunération de ce dispositif.

Article 2 Champ d'application

La présente convention porte sur les modalités et conditions de mise en œuvre ainsi que les circuits de versements des montants forfaitaires et des actes et majorations liés à l'intervention de ces médecins participant à la mission de service public de permanence des soins ambulatoires, dans les conditions définies d'une part, par le décret n° 2015-1869 du 30 décembre 2015 relatif à l'affiliation au régime général de sécurité sociale des personnes participant de façon occasionnelle à des missions de service public, et d'autre part, par le cahier des charges fixant les conditions de mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires dans la région XXX fixé par arrêté du Directeur général de l'ARS XXXXXX.

Article 3 Engagement de la caisse primaire d'assurance maladie

La caisse primaire XXX s'engage à effectuer au centre de santé le paiement de l'ensemble des actes et majorations d'actes spécifiques de la PDSA, les éventuelles indemnités kilométriques associées.

Ces actes sont facturés par le médecin salarié au nom du centre de santé via le numéro FINESS du centre de santé.

De même, la caisse s'engage à verser au centre de santé les forfaits de régulation et d'astreinte. Les forfaits sont versés au regard des tableaux de garde validés par l'agence régionale de santé.

Ce versement est effectué de façon trimestrielle sur demande du centre de santé (cf. article 4).

La caisse XXX met à disposition de l'ARS XXXX un état récapitulatif des paiements effectués trimestriellement.

Article 4 Engagement de l'agence régionale de santé

Conformément à l'instruction n° DSS/SD1B/2012/60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires, l'agence régionale de santé valide la conformité des tableaux de garde au cahier des charges régional de PDSA avant de les transmettre à la CPAM pour paiement des forfaits.

Les forfaits, dont les montants sont déterminés par l'ARS dans le cahier des charges régional de PDSA, sont versés au centre de santé par la caisse primaire en fonction de la participation effective du médecin, attestée au vu des tableaux de garde validés.

L'agence régionale de santé transmet également les tableaux de garde mensuels au gestionnaire du centre de santé.

Article 5 Engagements du centre de santé

Le centre de santé garantit que le médecin est assuré à titre personnel en responsabilité civile professionnelle pour son activité durant les périodes de permanence des soins ambulatoires.

Il assure le précompte des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article D. 311-2 du code de la sécurité sociale, sur les rémunérations versées par la caisse primaire d'assurance maladie.

Il assure le versement au médecin du montant de rémunération net associé aux forfaits et actes réalisés par celui-ci au titre de sa participation à la PDSA, selon un rythme trimestriel.

Article 6 Engagements du médecin

Le médecin s'engage à respecter les tableaux mensuels de garde auxquels il s'est inscrit auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins, ainsi que les dispositions du cahier des charges régional de PDSA fixé par l'ARS et les conditions relatives à la permanence des soins ambulatoire telles que définies aux articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Il s'engage à fournir tout document attestant de sa couverture par une assurance en responsabilité civile professionnelle sur ses activités de permanence des soins ambulatoires. Il fournit les documents en attestant au centre de santé.

Il s'engage à fournir tout document attestant de sa participation au dispositif à l'agence régionale de santé et/ou à la caisse primaire d'assurance maladie, sur demande de leur part.

Article 7 Administration du dispositif

L'ARS XXXXX, la CPAM XXXX, le centre XXX désignent des interlocuteurs référents chargés de régler les éventuelles demandes internes et habilités à traiter, si besoin, des difficultés rencontrées.

Article 8 Durée de la convention

La présente convention s'applique à toute demande du médecin de participation à la PDSA transmise à partir de la signature de la convention et pour une durée de XXXXXX.

Article 9
Modification et résiliation de la convention

En cas de modification des dispositions du cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, fixé par l'arrêté du XXXX, le présent contrat est immédiatement modifié en conséquence.

Si l'une des parties veut mettre un terme au présent contrat, elle devra aviser les autres parties par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un délai de préavis fixé à deux mois.

Ce délai de préavis oblige les parties qui pourront toutefois convenir, de manière expresse, d'une modification de sa durée.

Sauf non-respect de la période de prévenance, totalement ou partiellement, qui n'aurait pas fait l'objet d'un accord exprès préalable, les parties ne pourront prétendre à aucune indemnité du fait de la rupture contractuelle.

Le centre XXX et le médecin au présent contrat informent immédiatement l'ARS et la CPAM en cas de difficultés rencontrées lors de l'exécution du contrat, en cas de modification du contrat et en cas de résiliation du contrat.

Article 10
Recours

Tout litige résultant de l'interprétation ou de l'exécution de la présente convention est du ressort du tribunal administratif de XXX [tribunal dans le ressort duquel l'ARS a son siège].

Fait à, XXXXXXXX le XXXXXX

En quatre exemplaires

Pour l'ARS XXX

Pour la CPAM XXX

Pour le centre de santé XXXX

Le Dr XXXXXXXX

Annexe 2 : Taux des cotisations et contributions du régime général de sécurité sociale (2019)

Ce tableau indique les taux applicables pour l'année 2019 ; ils pourront évoluer chaque année.

Cotisations et contributions	Taux		
	Salarié	Employeur	Total
Cotisations de sécurité sociale			
<i>Maladie, maternité, invalidité, décès</i>	0,00%	13,00%	13,00%
<i>Vieillesse plafonnée</i>	6,90%	8,55%	15,45%
<i>Vieillesse déplafonnée</i>	0,40%	1,90%	2,30%
<i>Allocations familiales</i>		5,25%	5,25%
<i>ATMP</i>		1,60%	1,60%
Total des cotisations sociales	7,30%	30,30%	37,60%
Contributions de sécurité sociale			
<i>CSG déductible (sur 98,25% du salaire brut)</i>	6,80%		6,80%
<i>CSG non déductible (sur 98,25% du salaire brut)</i>	2,40%		2,40%
<i>CRDS (sur 98,25% du salaire brut)</i>	0,50%		0,50%
<i>CSA</i>		0,30%	0,30%
Total des contributions de sécurité sociale	9,70%	0,30%	10,00%
Autres cotisations ou taxes recouvrées par les URSSAF (hors chômage)			
Contribution au FNAL			
<i>* entreprises < 20 salariés (plafonnée)</i>		0,10%	0,10%
<i>* entreprises ≥ 20 salariés (déplafonné)</i>		0,50%	0,50%
Versement transport (entreprises ≥ 11 salariés, ici taux moyen)		1,65%	1,65%
Total des autres cotisations ou taxes recouvrées par les URSSAF	0,00%	2,25%	2,25%
Retraite complémentaire			
<i>Régime IRCANTEC</i>			
<i>* tranche A (jusqu'à 1 PASS)</i>	2,80%	4,20%	7,00%
<i>* tranche B (à partir de 1 PASS)</i>	6,95%	12,55%	19,50%
Total retraite complémentaire (application du taux tranche A)	2,80%	4,20%	7,00%