

PROTECTION SOCIALE

ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Référentiel de contrôle du 22 mars 2017 établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et relatif à la prise en charge des frais de santé

NOR : AFSS1730183X

La protection universelle maladie a pour objectif d'achever le processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé en assurant sa continuité et son effectivité tout au long de la vie des assurés, par-delà les changements de situation professionnelle et de situation familiale.

Historiquement, l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale, en vue d'assurer notamment la prise en charge des frais de santé, dépendait principalement de l'existence d'une activité professionnelle, sous condition de durée et de temps de travail.

Différents dispositifs juridiques ont toutefois été construits afin de couvrir ceux qui n'exerçaient pas d'activité professionnelle. Tout d'abord, l'ouverture de droits d'un assuré actif s'étendait également aux membres de sa famille (conjoint, enfants, le cas échéant d'autres membres de la famille) qui lui étaient alors rattachés sous la forme d'« ayants droit » dès lors que ceux-ci n'exerçaient pas eux-mêmes une activité professionnelle. Ensuite, un système de maintien de droits permettait aux personnes perdant leur emploi de conserver leur affiliation pour une durée limitée dans le temps. Les textes législatifs et réglementaires procédaient enfin au rattachement au régime général de différentes catégories de personnes telles les personnes détenues, les pupilles de la Nation ou certains allocataires afin de leur ouvrir des droits aux prestations.

Pour couvrir les personnes sans activité professionnelle et ne bénéficiant à aucun autre titre d'une couverture maladie, et en remplacement de dispositions spécifiques particulières dont ils pouvaient bénéficier au cas par cas, la couverture maladie universelle de base (CMU-b) a été créée en 1999 pour compléter le dispositif en s'affranchissant de cette logique d'affiliation fondée sur l'activité professionnelle et pour garantir, sous forme subsidiaire, à toute personne résidant en France le droit au remboursement des frais de santé.

Dès lors, les vérifications administratives réalisées précédemment par les caisses d'assurance maladie visaient à déterminer périodiquement, dans le cadre d'un processus global de gestion des droits des assurés de chaque caisse ou régime, le statut permettant d'affilier la personne au sein de cette caisse ou de ce régime, alors même que *in fine* la résidence stable et régulière ouvrait droit en dernier recours à l'assurance maladie. La situation des assurés pouvant changer, ces opérations étaient effectuées chaque année et des justificatifs demandés le cas échéant aux bénéficiaires pour rechercher à quel titre leurs droits étaient ouverts auprès du régime et s'il ne convenait pas de les changer de statut.

La protection universelle maladie garantit désormais que toute personne qui exerce une activité professionnelle en France ou perçoit des revenus de remplacement au titre d'une telle activité ou, à défaut, qui réside en France de manière stable et régulière bénéficie du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Le dispositif d'acquisition des droits à l'assurance maladie française est ainsi simplifié et les différents statuts permettant l'affiliation, réduits à ces deux seules caractéristiques. Concrètement, les droits acquis lors de l'affiliation initiale à la sécurité sociale sont réputés continus tout au long de la vie de l'assuré dès lors qu'il travaille ou réside en France et quels que soient les changements professionnels ou familiaux vécus.

Ce changement de paradigme induit une forte évolution du dispositif de contrôle des caisses d'assurance maladie afin de l'adapter aux nouveaux enjeux et finalités liés à la protection universelle maladie. En effet, l'objectif n'est plus de déterminer annuellement à quel titre un assuré bénéficie de droits ouverts mais de s'assurer que personne ne bénéficie à tort de l'assurance maladie française. Autrement dit, il s'agit de s'assurer à l'entrée dans la protection universelle maladie de l'éligibilité de la personne au droit à la prise en charge de ses frais de santé et de suspendre ce droit à toute personne qui viendrait à relever, parce qu'il habite ou travaille dorénavant à l'étranger, d'une législation de sécurité sociale autre que celle de la France.

De nouvelles finalités doivent désormais être visées, en capitalisant sur les moyens existants au sein des caisses mais en s'appuyant aussi sur des modalités techniques adaptées.

Dans ce nouveau dispositif d'ensemble, le fondement des droits solidairement mis en œuvre continue d'être le civisme des assurés, lequel est par conséquent réputé par principe. Aussi, l'action des caisses sera structurée autour :

- de la bonne gestion des démarches déclaratives incombant aux assurés pour l'ouverture et la fermeture de leurs droits. L'enjeu amont est la mise à disposition d'informations accessibles, de formulaires opposables et aussi directs que possible, élaborés en lien avec la tutelle, et de moyens d'accès simples et facilités, notamment par le biais des portails assurés ; les caisses veilleront à la bonne application des règles ainsi fixées en vérifiant les informations et justificatifs produits dans ce cadre par les assurés ;
- de la mise en œuvre de plans de contrôle face aux potentielles irrégularités ou omissions déclaratives, fortuites ou intentionnelles. Comme pour l'ensemble des contrôles des administrations, ces contrôles auront un triple objectif dont les trois aspects s'autorenforcent : « financier », afin de récupérer des sommes indûment exposées par les caisses ; « d'équité », afin que l'ensemble des assurés soient traités de la même manière ; et « pédagogique », afin de conforter les comportements civiques et dissuader les fraudes. Ces contrôles seront fondés sur l'identification des différents risques d'irrégularités et leurs impacts, sur l'évaluation de leur intensité pour les différentes catégories d'assurés pouvant être construites en fonction des différentes informations dont les organismes disposent ou peuvent obtenir, et au vu de ces éléments sur la mise en œuvre de contrôles adaptés en termes de diligence ou de fréquence.

L'article L. 114-10-3 du code de la sécurité sociale dispose qu'il revient à l'UNCAM d'établir un référentiel, qui précise les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, ce référentiel étant ensuite homologué par l'État.

Ce référentiel est pris en application du décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie qui précise les conditions de régularité du séjour applicables aux personnes étrangères pour accéder à la prise en charge de frais de santé au titre de la protection universelle maladie et détermine les modalités de contrôle et les conséquences de ces contrôles en termes de fermeture des droits.

Le présent document correspond à la première version de ce référentiel de contrôle. Il est mis en œuvre dans le cadre décrit par les lois et règlements applicables. Il a pour objectif d'explicitier les contrôles attendus *a minima* par les caisses d'assurance maladie et induits par les nouveaux enjeux liés à la protection universelle maladie. Il décrit également l'outillage mobilisable à ces fins, à court terme et à plus long terme dans la perspective de l'évolution des systèmes d'information. Il est, le cas échéant et dans le cadre fixé par les lois et règlements applicables, précisé par les lettres réseaux internes à chacun des régimes détaillant de façon opérationnelle la mise en œuvre de ce référentiel.

1. L'ouverture des droits à l'assurance maladie française

Celle-ci coïncide, lorsqu'il s'agit d'une première ouverture de droits, avec l'immatriculation de tout bénéficiaire de l'assurance maladie, soit au moment de sa naissance sur le territoire, soit, dans les autres cas, au moment où il vient ultérieurement travailler ou résider en France. Elle concerne également les personnes, déjà connues précédemment par l'assurance maladie et donc immatriculées, de retour en France. Pour ces situations, la protection universelle maladie n'a rien changé, si ce n'est actualiser et préciser les formalités administratives exigées dans le cadre de la démarche particulière de demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie qui leur est maintenant réservée.

Pour les personnes nées sur le territoire, l'ouverture des droits reste automatique tant qu'elles demeurent en France, avec l'immatriculation dès la naissance et l'affiliation de l'enfant en tant qu'ayant droit mineur de ses parents.

Pour les demandes d'ouverture de droits liées à une installation en France, les caisses d'assurance maladie ont d'ores et déjà mis en place des processus de vérification des éléments transmis au moment de l'affiliation d'un nouvel assuré. Ces processus sont ainsi reconduits, en s'appuyant en revanche sur un formulaire revisité de demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie détaillant en particulier les pièces justificatives attendues.

Il incombe ainsi aux caisses d'assurance maladie d'étudier les demandes d'ouverture de droits afin de vérifier en particulier :

- l'identité du demandeur ;
- la régularité du séjour du demandeur ;
- la réalité de l'exercice d'une activité professionnelle ou la stabilité de la résidence du demandeur.

L'identité s'effectue sur présentation d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport principalement).

Le contrôle de la régularité du séjour, pour les personnes qui ne sont pas de nationalité française et ne sont pas ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, s'effectue sur présentation d'un titre de séjour dans les conditions fixées par les articles R. 111-3 et R. 111-4 du code de la sécurité sociale. L'authenticité des titres de séjour est à vérifier systématiquement dans AGDREF.

Le décret n° 2017-240 du 24 février 2017 renvoie à un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur la liste des titres ou documents attestant de la régularité du séjour des personnes de nationalité étrangère.

En cas d'absence du titre de séjour dans AGDREF ou de soupçon de fraude documentaire, le dossier sera transmis aux référents fraudes qui pourront procéder à des investigations approfondies.

Les termes de l'article R. 111-3 disposent que toute personne, dont le titre de séjour est arrivé à échéance, bénéficie de douze mois pour produire un document délivré par une préfecture attestant d'une démarche de renouvellement entreprise auprès de l'autorité administrative avant l'expiration du titre ou au plus tard deux mois après son expiration. Par ces dispositions, les délais administratifs liés au renouvellement des titres sont pris en compte, évitant, dans le cadre d'une gestion rigoureuse, toute rupture de droits.

Sur la base de ces principes, il appartient à chaque régime d'élaborer une procédure de suivi des titres, au regard des possibilités de son système d'information et de son organisation interne.

Pour les ressortissants communautaires inactifs les modalités de vérification des conditions d'assurance et de revenus d'existence mentionnées à l'article L. 121-1 du CESEDA seront maintenues.

2. Les départs professionnels ou privés à l'étranger

Compte tenu de l'enjeu à maîtriser l'information relative à ces départs, soit pour fermer la prise en charge des frais de santé, soit pour initier une refacturation au nouveau pays dont les assurés dépendent, les caisses d'assurance maladie ont à mettre en place de nouveaux dispositifs.

Ils s'appuient à la fois sur l'exploitation au fil de l'eau des déclarations faites par les assurés mais aussi sur la recherche de départs non signalés. Ces derniers conduiront aussi bien à des contrôles sur place en cas de suspicion avérée qu'à des contrôles ciblés sur des échantillons de population, afin de minimiser le risque de maintien de droits à tort.

Pour outiller ces contrôles, l'objectif est d'exploiter autant que possible les croisements automatiques de données et de mutualiser les informations dont disposent les organismes de sécurité sociale et certaines administrations, afin d'éviter le plus possible les contrôles individuels.

A. – PRISE EN COMPTE DES DÉCLARATIONS ET DES AUTRES INFORMATIONS INDIQUANT DES DÉPARTS À L'ÉTRANGER

En contrepartie de l'ouverture de droits à l'assurance maladie, il est attendu de la part de l'assuré une déclaration spontanée de son départ du territoire le cas échéant.

Pour faciliter la démarche de l'assuré, un formulaire est mis en ligne dès 2016 par les caisses de sécurité sociale sur chacun de leur site Internet. Est à l'étude également la mise en ligne d'un service de déclaration de départ du territoire à partir du site service-public.fr, qui permettra de partager plus largement l'information auprès des différentes administrations publiques et de traiter les départs du territoire sans délai.

En complément des déclarations spontanées des assurés, les caisses d'assurance maladie peuvent, pour partie dès 2016, s'appuyer sur l'exploitation au fil de l'eau soit des échanges inter-régimes, soit des signalements de sortie du territoire en provenance de partenaires de différentes sphères :

- fichier des non-résidents fiscaux transmis par la DGFIP aux organismes d'assurance maladie ;
- fichier des adhérents de la Caisse des français de l'étranger (CFE) ;
- déclarations de changement d'adresse auprès de La Poste avec mention d'une résidence à l'étranger¹ ;
- registre des Français de l'étranger à partir du portail du ministère des affaires étrangères et du développement international².

¹ Exploitation prévue à partir de 2017.

² Exploitation prévue à partir de 2017.

B. – RECHERCHE DE DÉPARTS DU TERRITOIRE NON SIGNALÉS

La seule exploitation des déclarations et signalements de départs à l'étranger ne suffit pas à maîtriser totalement le risque de maintien de droits à tort à l'assurance maladie. C'est pourquoi les caisses d'assurance maladie, en complément des traitements au fil de l'eau de ces informations, doivent mettre en place un dispositif de contrôles leur permettant de rechercher de manière proactive les situations de départ du territoire non signalées. L'objectif est ainsi, à partir d'échanges d'informations automatisés, de constituer un faisceau d'indices permettant de caractériser les risques afférents à chaque population d'assurés et de mettre en place les contrôles adaptés.

Les personnes identifiées comme ayant une activité professionnelle ou des revenus de remplacement de source française présentent ainsi un niveau de risque présumé faible, même si demeure le risque qu'elles relèvent, du fait de leur activité ou de leur lieu de résidence, de la législation d'un autre pays auquel les soins sont alors à refacturer. À l'autre extrême, les personnes pour lesquelles les caisses ne disposent d'aucune information relative à une activité professionnelle ou d'information probante sur la stabilité de la résidence, alors que l'on constaterait par ailleurs une consommation de soins sur les douze derniers mois, sont sans doute les assurés présentant les plus forts risques et sur lesquels il est nécessaire de prioriser les contrôles.

Sur la base de ce profilage et des risques identifiés, chaque caisse définit chaque année un « plan de contrôles PUMa » fixant la liste des situations à contrôler prioritairement et celles comportant le plus de risques. Ce plan de contrôles fait l'objet d'une transmission formelle à l'État et d'une déclinaison locale au sein du réseau. Pour les populations présentant les risques les plus forts (cf. ci-dessus), il est attendu que les caisses entreprennent, de manière exhaustive sur un rythme triennal, des investigations approfondies.

Pour les autres populations d'assurés, et selon les risques identifiés, elles pourront être amenées à diligenter des contrôles aléatoires à des périodicités distinctes ou à mettre en place des ciblage particuliers pour procéder à des vérifications régulières de leurs assurés, au-delà des échanges d'informations mis en place avec d'autres administrations. En effet, plus les contrôles seront ciblés, réguliers et connus des assurés, moins le risque de maintien de droits à tort sera élevé. Les procédures de contrôle intégreront la dimension de gestion des contacts sortants multicanal visant à récupérer l'ensemble des coordonnées de contacts disponibles et autorisées (adresse postale, courrier, téléphone portable et téléphone fixe).

Pour caractériser les risques afférents à chaque population d'assurés, les caisses peuvent s'appuyer sur l'exploitation automatique d'un certain nombre de données. Les informations remontant de la chaîne « employeurs » (DADS, DSN, flux CESU, déclarations de revenus professionnels...), de Pôle emploi et de la sphère fiscale (domiciliation fiscale des assurés fournie par la DGFIP) sont considérées – sous réserve de la correcte appréhension des situations dans lesquelles les personnes relèvent de la sécurité sociale d'un autre pays³ – comme apportant une forte valeur probante quant à une présence et/ou un travail effectif(s) en France. Les caisses peuvent également exploiter les informations de versements de prestations par d'autres organismes de protection sociale (CNAF, CNAV...) ou des informations détenues par la caisse elle-même (connaissance de la situation familiale de l'assuré, statut d'étudiant, demande de CMU-c, d'ACS, de rente AT/MP...) ou encore issues de la gestion (maintien d'un statut PND – pli non distribué – en dépit de relances exécutées par la caisse, enregistrement d'une adresse à l'étranger dans le RNCPS alors que des frais de santé sont pris en charge, remboursements de soins à l'étranger). Pour mieux maîtriser les niveaux de risques, les caisses d'assurance maladie pourront bénéficier aussi des résultats des contrôles réalisés par d'autres organismes de sécurité sociale dans le cadre de la vérification de la résidence pour des prestations non exportables. En effet, est à l'étude la mise en place d'un outil interrégimes permettant d'enregistrer la date de réalisation d'un contrôle de prestations versées sous conditions de résidence. Dès lors les informations liées aux contrôles réalisés seront enregistrées et transmises en message push aux caisses d'assurance maladie afin qu'elles puissent en tirer les conséquences dès réception de l'information dans leur propre système d'information.

3. Modalités de fermeture des droits

Les droits à la protection maladie universelle peuvent être fermés pour deux raisons : soit parce que l'assuré ne remplit plus la condition de régularité soit parce que l'assuré ne remplit plus la condition de résidence. Les conditions de fermeture des droits pour les personnes ne respectant plus la condition de régularité ou de résidence sont précisées dans le décret n° 2017-240 du 24 février 2017.

Pour les personnes ne remplissant plus la condition de résidence, plusieurs cas peuvent se présenter.

³ En particulier pour les frontaliers.

Les assurés ayant déclaré leur départ pour l'étranger font ainsi l'objet d'un simple courrier sortant accusant réception de leur déclaration leur notifiant la fermeture de leurs droits à l'assurance maladie et leur précisant les démarches administratives pour rétablir leurs droits en cas de retour en France.

Les assurés pour lesquels la présomption de sortie du territoire est vérifiée, à l'issue des contrôles effectués par la caisse, sont contactés selon la procédure définie à l'article R. 114-10 du code de la sécurité sociale :

- un courrier (simple) de demande d'observations et de fourniture de pièce justificative est adressé à l'assuré ;
- l'assuré dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations et fournir les pièces justificatives nécessaires ;
- en cas de non-réponse ou de fourniture d'un document insuffisant pour justifier de la poursuite du droit, une notification de fermeture des droits est envoyée à l'assuré. Cette notification précise les diligences effectuées, la date à partir de laquelle elles conduisent à établir que les conditions ne sont plus réunies et les voies et délais de recours ;
- à l'issue des contrôles réalisés par les caisses et à l'issue du 45^e jour suivant la date d'envoi de la notification de fermeture des droits, les droits à l'assurance maladie sont fermés et la carte vitale est mise en opposition.

Les agents ayant conduit le contrôle notifient aux assurés, en complément des conclusions de leurs vérifications :

- les sommes et modalités de recouvrement des indus constatés en application de l'article L. 133-4-1 et L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale ;
- les pénalités prononcées en fonction des faits constatés lors des contrôles en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

L'ensemble des contrôles effectués, leurs dates et les résultats obtenus sont tracés dans le système d'information afin que l'événement puisse être exploité en interne pour un contrôle ultérieur mais aussi de partager les informations relatives au contrôle réalisé avec les autres organismes de protection sociale.

4. La répartition de ces contrôles au sein des caisses

La mise en œuvre du référentiel national de contrôle incombe aux ordonnateurs et les supervisions aux représentants de l'ordonnateur et de l'agent comptable dans le cadre du contrôle interne. La majorité des vérifications résulte de l'exploitation de traitements automatisés et elles seront réalisées par les agents précédemment en charge de la gestion administrative des droits. Cependant, les équipes d'agents agréés et assermentés des caisses pourront également être mobilisées dans le cadre des investigations conduites au titre de la protection universelle maladie et réaliser des contrôles plus approfondis en cas de doute sur l'authenticité des pièces justificatives transmises ou afin de réaliser des enquêtes sur place.

Ce dispositif sera relayé également par les programmes de lutte contre la fraude qui pourront prévoir des campagnes dédiées.

La mise en place de ces vérifications est détaillée par chacun des régimes dans les référentiels nationaux de processus et plans de maîtrise socle au niveau du contrôle interne.

Fait le 22 mars 2017.

Le directeur général de l'UNCAM,
N. REVEL

Homologué le 5 avril 2017.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME