

N° 403630

**Instance de gestion du régime
d'assurance maladie
complémentaire obligatoire
des départements du Bas-Rhin,
du Haut-Rhin et de la Moselle
applicable aux assurés des
professions agricoles et forestières**

N° 403698

**Instance de gestion du régime
local d'assurance maladie d'Alsace et de Moselle**

1^{ère} et 6^{ème} chambres réunies

Séance du 4 décembre 2017

Lecture du 18 décembre 2017

CONCLUSIONS

M. Charles TOUBOUL, rapporteur public

Les établissements de santé sont principalement financés par « l'assurance maladie ». Mais derrière cette expression englobante se cache une myriade de régimes et d'organismes appelés à prendre en charge, chacun pour ce qui le concerne, les dépenses exposées pour ses ressortissants. Un circuit de trésorerie a ainsi été mis en place autour d'une caisse « pivot » pour éviter aux établissements de santé d'avoir à rechercher auprès de chaque organisme les sommes qui lui sont dues.

Cette caisse pivot, généralement la CPAM du régime général, est ainsi le payeur unique des établissements de santé pour le compte des autres régimes. Celle-ci récupère ensuite auprès d'eux les sommes qu'elle a avancées selon une clé de répartition définie en fonction des journées d'hospitalisation incombant à chacun.

Cette clé a longtemps été fixée par les services de la CNAM à partir d'une base de données dite « BDG ». Mais le manque de fiabilité de cette méthode a été critiqué par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la sécurité sociale pour 2012, publié en juin 2013. Trois mois plus tard, le Gouvernement présentait dans le cadre du PLFSS pour 2014 une disposition tendant à définir la clé de répartition entre les régimes sur un système d'information plus adapté : le programme de médicalisation des systèmes d'information plus connu par son acronyme de « PMSI ».

Ces dispositions, devenues l'article 45 de la LFSS pour 2014¹, ont introduit un nouvel article L. 175-2 du code de la sécurité sociale prévoyant que : « *Les sommes versées au titre*

¹ Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

des forfaits et des dotations annuels mentionnés aux articles L. 162-22-15, L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-12 et L. 174-15-1 [c'est à dire aux versements hors T2A] sont réparties entre les régimes d'assurance maladie selon des coefficients fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé en fonction des charges observées, pour chacun des régimes, dans le système commun d'informations mentionné à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique pour le dernier exercice connu ».

Quelques jours après la publication de cette LFSS, l'arrêté du 30 décembre 2014 fixait la première clé de répartition. Il ne mentionnait pas le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle applicable aux assurés des professions agricoles et forestières. Mais le 9 mars 2016 un nouvel arrêté fixait un tableau de répartition au titre des charges observées pour l'exercice 2015. Il incluait cette fois ce régime et fixait pour celui-ci un coefficient de 0,00262 %.

L'organisme de gestion de ce régime qui ne comprend ni sa présence dans ce tableau ni le coefficient qui lui a été attribué vous demande d'annuler cet arrêté ministériel à caractère réglementaire pour excès de pouvoir.

Il n'est pas douteux que le régime local agricole d'Alsace-Moselle doive être regardé comme un régime obligatoire de sécurité sociale mais il n'est pas un régime obligatoire « *de base* ». Il s'agit, comme cela ressort de la sa dénomination fixée à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime et surtout des prestations qu'il prend en charge en vertu du même article, d'un régime « *complémentaire* ». Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par le ministre.

Se pose ainsi une question d'interprétation de l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale : celle de savoir s'il s'applique à tous les régimes d'assurance maladie ou seulement aux régimes de base.

La question pourrait surprendre, puisque la lettre même de l'article L. 175-2 que nous avons citée mentionne les « *régimes d'assurance maladie* », sans distinguer entre les régimes de base et les régimes complémentaires. Mais ce texte dispose aussi que la répartition porte sur les sommes versées « *au titre des forfaits et des dotations annuels* » des établissements de santé. Il s'agit, dans la logique que nous avons rappelée en introduction, de faire rembourser par ces régimes les sommes que la caisse pivot a avancées pour eux.

Si le texte parle de manière générique des régimes d'assurance maladie, il ne peut donc conduire à mettre à la charge d'un régime des sommes que la caisse pivot n'avait pas à avancer pour lui. Or, les sommes que les caisses pivot ont à avancer sur le fondement de l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale sont limitativement énumérées par cet article et il s'agit de dotations et forfaits tout à fait étrangers aux sommes que les complémentaires - santé prennent en charge. Comme vous le savez, ces complémentaires sont là pour supporter les sommes qui auraient dû peser sur l'assuré, c'est à dire, en cas d'hospitalisation, essentiellement le ticket modérateur et le forfait hospitalier.

Le circuit financier organisé par ces dispositions législatives ne concernant que des forfaits et dotations devant être pris en charge par les régimes de base, seuls ceux-ci nous semblent pouvoir entrer dans la répartition.

Des indices tirés des travaux préparatoires et du parti de codification nous confortent dans cette analyse. D'une part, bien que ce soit assez furtif, le rapport de la Cour des comptes qui pointait la nécessité de fiabiliser la clé de répartition évoque ainsi les « régimes de base »² et il en va de même de l'étude d'impact des dispositions correspondantes du PLFSS pour 2014³ ainsi que du rapport de la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale sur celui-ci⁴. D'autre part, les dispositions finalement adoptées ont été codifiées au livre Ier du code de la sécurité sociale, portant les dispositions communes à tout ou partie des régimes « de base »⁵.

Si l'article L. 175-2 ici à interpréter parle des régimes d'assurance maladie, il ne s'agit donc que d'une imprécision qui ne saurait selon nous permettre de mettre à contribution les régimes complémentaires qui n'appartiennent pas à ce circuit conçu pour les régimes de base.

Le ministre indique certes dans ses écritures que, jusqu'en 2015, le flux de facturation des établissements de santé ne permettaient pas en réalité d'isoler la part qui relevait de la participation de l'assuré qui était ainsi, de fait, prise en charge par la caisse pivot. En somme, faute de système d'information adapté, les établissements de santé se faisaient avancer, par la caisse pivot, la participation de l'assuré, alors même qu'elle ne relevait pas de l'article L. 175-2 du code de la sécurité sociale.

Mais cette circonstance ne saurait justifier que les ministres utilisent l'arrêté de répartition des sommes avancées pour régulariser les choses. On peut concevoir que cela ait été tentant « en gestion », mais ces sommes ne pouvaient « en droit » entrer dans l'assiette à répartir.

L'inclusion du régime complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle applicable aux assurés des professions agricoles et forestières dans le tableau de répartition est donc illégale en soi, ce qui vous dispensera d'examiner l'argumentation développée par ce régime pour critiquer le calcul de son coefficient.

Le ministre, qui présentait sans doute l'issue de ce litige conclut, en cas d'annulation, à ce qu'elle soit limitée à la seule ligne du tableau concernant ce régime. Mais la répartition est effectuée non en valeur absolue mais en pourcentage, de sorte que la suppression du régime alsacien-mosellan agricole a nécessairement des conséquences pour tous les autres. Les vases sont communicants. Et cette annulation totale nous semble en vérité opportune en ce qu'elle obligera les ministres à vérifier que tous les autres régimes pouvaient bien être inclus dans le tour de table et, dans l'affirmative, au titre des seules charges qui devaient bien entrer en ligne de compte.

Nous aurions pu prendre en exemple le régime non-agricole d'Alsace-Moselle régi par des dispositions un peu différentes du régime agricole. Le litige qu'il soulevait pour sa part contre une circulaire de la CNAMTS sur les sommes mises à sa charge dans le cadre de la T2A, bien qu'indépendant de celui dont nous venons de vous entretenir, confirmait qu'il y avait sans doute matière à un réexamen de chaque régime figurant dans la clé de répartition en fonction des textes régissant chacun d'entre eux. Mais comme il s'est désisté, nous ne vous en

² Rapport de certification des comptes de la sécurité sociale pour 2012, au sujet du dispositif antérieur, §58.

³ Etude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 36, p. 244

⁴ Rapport Ch. Paul, n°1470 Tome II 17 oct. 2013, sur l'article 36.

⁵ Le livre Ier est intitulé : « Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base ».

dirons pas plus. Ce sera aux ministres de la santé et de la sécurité sociale de procéder à ce réexamen d'ensemble à la lumière de votre décision.

PCMNC, sous le n°403630, à l'annulation de l'arrêté attaqué et à ce que l'Etat verse une somme de 3 000 euros à l'instance requérante au titre des frais de procédure et, sous le n°403698, à ce qu'il soit donné acte du désistement et à ce que l'instance requérante verse une somme de 1 500 euros à la CNAMTS au titre des frais de procédure.