



COMMUNICATION A LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT

(art. L0 132-3-1 du code des juridictions financières)

**LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE
D'ALSACE-MOSELLE**

NOVEMBRE 2011

Sommaire

AVERTISSEMENT	5
RESUME	7
RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	11
INTRODUCTION.....	13
CHAPITRE I UN REGIME COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE ANCRE DANS L’HISTOIRE ET LA CULTURE LOCALES.....	15
I - L’histoire du régime local de protection sociale en Alsace-Moselle..	15
II - Des prestations couvertes par un système de financement contributif et solidaire.....	20
A - Les bénéficiaires du régime local.....	21
B - Des prestations qui réduisent le ticket modérateur	26
C - Un système de financement solidaire	29
III - Des charges de fonctionnement faibles.....	32
A - Une structure de gestion récente et réduite	32
B - Des prestations et des cotisations gérées par des tiers.....	37
C - Des circuits de trésorerie et comptes distincts de ceux du régime de base	41
CHAPITRE II UN EQUILIBRE FINANCIER DU REGIME, GARANTI PAR DES REGLES DE GESTION SPECIFIQUES	47
I - La situation financière du régime local	48
A - L’évolution des soldes comptables	48
B - Un équilibre financier acquis grâce aux réserves	50
C - Des dispositions réglementaires de régulation pour garantir une situation financière cumulée excédentaire.....	52

II - Des indicateurs de dépenses de santé comparables à ceux du reste du territoire.....	53
A - Des comportements de consommation médicale similaires à ceux des autres départements	53
B - Des dépassements d'honoraires sans lien apparent avec l'existence d'un régime complémentaire obligatoire.....	61
III - Un impact moindre des transferts de charges de l'assurance maladie de base sur le régime local	63
A - Des transferts plus limités que ceux subis par les organismes complémentaires facultatifs.....	63
B - Des mesures de gestion du risque pour éviter des dépenses supplémentaires.....	65
CHAPITRE III LA PROBLEMATIQUE D'UNE EXTENSION DU REGIME LOCAL AU RESTE DU TERRITOIRE NATIONAL	67
I - Un exemple inédit de trois étages d'assurance maladie	68
A - Un champ d'intervention plus proche de celui du régime de base.....	68
B - Un coût total de couverture complémentaire plus faible avec le régime local pour les familles, les titulaires de revenus les plus modestes et les retraités.....	71
II - Les modes de gestion du régime local : une source d'inspiration pour des évolutions plus générales de l'assurance maladie	75
A - L'utilisation du régime local pour expérimenter des mesures nouvelles de gestion du risque.....	76
B - L'intérêt de la mutualisation de la gestion des prestations d'assurance maladie de base et d'assurance maladie complémentaire.....	78
CONCLUSION	81
ANNEXES	83
Annexe 1 Lettre de saisine de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat	85
Annexe 2 Glossaire	86

Avertissement

Saisine de la Cour

La présidente de la commission des affaires sociales du Sénat a demandé au Premier président de la Cour des comptes, par un courrier du 2 décembre 2010, la réalisation d'une enquête sur « l'examen des spécificités du régime d'assurance maladie en Alsace-Moselle », en application de l'article LO.132-3-1 du code des juridictions financières, de façon à « étudier les conditions de fonctionnement d'un régime en situation d'équilibre financier susceptible d'inspirer des propositions d'améliorations fructueuses ».

Déroulement de l'enquête

Pour réaliser cette enquête, la Cour a mené des investigations de mai à août 2011. Des entretiens ont été tenus avec la direction de la sécurité sociale, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ainsi qu'avec les acteurs locaux concernés par la gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire (caisse primaire d'assurance maladie du Bas-Rhin, caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, instance régionale de gestion du régime local). Des échanges ont également eu lieu avec l'Institut du droit local, la Mutualité de l'Est et la Mutualité sociale agricole d'Alsace.

Procédure contradictoire

La contradiction a été conduite avec 12 organismes (administrations centrales, CNAMTS, ACOSS, caisses locales, caisses de retraite de régimes spéciaux, deux mutuelles de la région Alsace).

Le présent rapport, qui constitue la synthèse de l'enquête effectuée, a été délibéré, le 19 octobre 2011, par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Antoine Durrleman, président de chambre, et composée de Mme Levy-Rosenwald, MM. Phéline, Bonin, Jamet, conseillers maîtres, M. Klinger, conseiller maître en service extraordinaire. Le rapporteur étant Mme Kermoal-Berthomé, rapporteure extérieure, et le contre-rapporteur M. Braunstein, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé, le 25 octobre 2011, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Bénard, procureur général, Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman et Levy, présidents de chambre.

Résumé

Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle, issu du droit social allemand de la fin du XIX^{ème} siècle, est lié à l'histoire des trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, annexés à l'Empire allemand de 1871 à 1918. Ces départements ont bénéficié dès 1884 d'un régime d'assurance maladie obligatoire. La création du régime général de sécurité sociale en 1945 n'a pas mis fin au droit social qui préexistait dans ces territoires et qui était plus favorable que celui mis en place après la guerre. Depuis, une majorité des salariés du régime général et du régime agricole (les fonctionnaires n'y étant pas éligibles), soit 2,1 millions de personnes représentant les deux tiers de la population de ces territoires, sont couverts, au-delà du régime général d'assurance maladie par une couverture maladie complémentaire obligatoire, deuxième étage de protection sociale entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire facultative.

Les évolutions de ce régime au cours des années 1990, avec la mise en place d'un pouvoir de décision au niveau local, ont pérennisé ce dispositif original. La récente décision du Conseil constitutionnel du 5 août 2011 a conforté les spécificités du droit local alsacien-mosellan en dégageant un nouveau principe fondamental reconnu par les lois de la République. C'est, pour le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, une assise juridique complémentaire.

*

Les prestations servies par le régime local permettent de compléter la prise en charge des dépenses de santé par le régime général, jusqu'à 100 % du tarif conventionnel pour les dépenses hospitalières et 90 % pour les soins ambulatoires.

La première caractéristique de ce régime est son mode de financement contributif et solidaire. Celui-ci repose sur une cotisation (actuellement de 1,6 %), dé plafonnée, payée par les seuls assurés, assise sur les revenus du travail et, depuis 1989, sur les revenus de remplacement. Cette cotisation est due par tous les salariés du secteur privé et les contractuels de droit public qui exercent leur activité dans l'un des trois départements de l'Alsace-Moselle. Les textes prévoient également qu'elle est acquittée par les salariés travaillant en dehors des trois départements de l'Alsace-Moselle mais dans des entreprises dont le siège social est situé dans ces territoires. Cette disposition, difficilement applicable, a fait l'objet tout dernièrement d'une réforme qui n'a pu aboutir, l'article législatif correspondant ayant été annulé par le Conseil constitutionnel pour des raisons de procédure.

La deuxième caractéristique est le faible niveau des charges de fonctionnement (4,3 M€ en 2010, soit moins de 1 % des prestations). Elle s'explique par le mode d'organisation du régime : les prestations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ; les cotisations sur les revenus d'activité sont recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les cotisations sur les revenus de remplacement sont précomptées par les organismes chargés du versement de ces revenus. La structure de gestion propre du régime local est donc très réduite. L'essentiel des charges de fonctionnement (89 %) correspond aux frais de gestion dus à la CNAMTS et à l'ACOSS pour les services rendus au régime local. Toutefois le caractère forfaitaire de ces frais de gestion (0,5 % des prestations pour la CNAMTS et 0,5 % des cotisations pour l'ACOSS) ne permet pas d'appréhender la réalité exacte des coûts complets de la gestion du régime local pour les branches maladie et recouvrement du régime général.

*

Si, sur les trois derniers exercices, le résultat d'exploitation du régime local est déficitaire, notamment du fait de l'impact de la crise économique sur la masse salariale, les résultats comptables consolidés intégrant les résultats financiers et les résultats exceptionnels sont toutefois globalement positifs depuis 2003. En 2010, le régime dégage ainsi un excédent de 7,7 M€.

Cette situation financière équilibrée résulte non pas de comportements de santé plus vertueux que dans d'autres régions, mais d'un mode de régulation qui donne au conseil d'administration du régime le pouvoir de modifier à tout moment le niveau des prestations et celui de la cotisation supplémentaire dans la limite d'une fourchette comprise entre 0,75 % et 2,5 %.

Ces règles ont permis au régime local de s'ajuster notamment aux effets des transferts de charges qui ont pu intervenir entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire. Elles ont aussi été à l'origine de réserves qui ont contribué, d'une part, à couvrir les déficits d'exploitation constatés depuis 2008 et, d'autre part, à éviter une augmentation des cotisations, ce qui a préservé le pouvoir d'achat des salariés. Fin 2010, le niveau des réserves financières atteignait 270 M€.

Cette situation d'équilibre du régime complémentaire ne reflète pas celle du régime de base. Il n'y a aucune raison pour que le régime général ne soit pas déficitaire en Alsace-Moselle comme dans le reste de la France, la consommation de soins étant comparable à celle des autres régions et les recettes suivant la même tendance qu'ailleurs sous l'effet de la crise économique.

*

La transposition de ce régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire au reste de la France est difficilement envisageable car elle impliquerait une augmentation des cotisations sociales des seuls salariés de 1,6 % dans un contexte où le pouvoir d'achat est déjà affecté par la crise économique. L'existence d'un régime complémentaire obligatoire ne se substitue pas au demeurant aux assurances complémentaires facultatives. L'analyse de la situation des assurés sociaux des trois départements concernés montre en effet que ceux-ci ont également recours aux organismes complémentaires facultatifs dans une proportion quasi équivalente à celle des autres Français.

L'exemple alsacien-mosellan de couverture complémentaire obligatoire gérée par les caisses du régime général peut toutefois être utilisé pour réfléchir à une meilleure articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. Comme le suggère les instances du régime local pour l'expérimentation éventuelle du secteur optionnel, qui a pour objectif de limiter les dépassements d'honoraires il pourrait être utilisé, le cas échéant, pour y introduire localement et évaluer les impacts de certains nouveaux dispositifs de régulation de l'offre de soins. Dans un souci de réduction des frais de gestion et d'interlocuteur unique pour les assurés, il peut plus largement encourager le développement de la gestion de prestations complémentaires par les CPAM au titre de l'aide à la complémentaire santé (ACS), comme cela a été le cas pour la gestion des contrats de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour les assurés les plus modestes.

Récapitulatif des recommandations

1. *Réaliser les études nécessaires à la bonne connaissance statistique des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie ;*
2. *préciser, par une disposition législative, le champ d'application de la cotisation de 1,6 % due par les salariés du régime local (salariés du régime général et du régime agricole) pour mettre les textes en conformité avec la pratique s'agissant de l'assujettissement de salariés ne travaillant pas en Alsace-Moselle mais dépendant d'une entreprise ayant son siège social sur ce territoire ;*
3. *clarifier le cadre réglementaire et conventionnel déterminant les modalités de recouvrement de la cotisation de 1,6 % due au régime local ;*
4. *modifier le système de facturation par la CNAMTS et l'ACOSS des coûts de gestion du régime local pour parvenir à une facturation au coût réel (modification de l'article D.325-10 du code de la sécurité sociale) ;*
5. *développer le contrôle des indus versés aux bénéficiaires du régime local ;*
6. *améliorer la connaissance du recours des assurés sociaux aux assurances maladie complémentaires en Alsace-Moselle par une étude de l'observatoire régional de santé en Alsace ;*
7. *étudier la faisabilité, en s'inspirant du mode de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, d'un développement des dispositifs de gestion de la couverture complémentaire par les régimes de base, notamment en direction des publics en difficulté par la gestion, au-delà de contrats au titre de la couverture maladie complémentaire (CMU-C), de contrats souscrits grâce à l'aide à la complémentaire santé (ACS).*

Introduction

Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle est un régime de sécurité sociale applicable de manière obligatoire dans les trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle à certaines catégories de salariés et anciens salariés (en sont exclus notamment les fonctionnaires). Il assure à ces derniers une couverture complémentaire qui s'ajoute aux prestations de base servies par le régime général ou le régime des salariés agricoles. Il existe en effet deux dispositifs distincts comme il existe deux régimes de base pour les salariés : le premier s'applique aux salariés et anciens salariés du régime général (98 % des bénéficiaires), le second aux salariés et anciens salariés du régime agricole (2 % des bénéficiaires)¹. Ce mécanisme se définit concrètement par l'existence d'un deuxième étage de protection sociale entre la couverture de base et la couverture complémentaire facultative par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances ou instituts de prévoyance).

Cette organisation de l'assurance maladie, unique sur le territoire français, est liée à l'histoire de cette région, annexée à l'Empire allemand de 1871 à 1918, qui a hérité d'un système de protection sociale obligatoire plus précoce et plus généreux que celui introduit dans les autres départements après la seconde guerre mondiale.

La situation financière de ce régime local d'assurance maladie, financé par une cotisation supplémentaire à la charge des seuls salariés et anciens salariés de 1,6 % des rémunérations et revenus de remplacement, est en 2010, grâce aux produits financiers, très légèrement excédentaire malgré l'impact de la crise économique sur la masse salariale des trois derniers exercices. L'accumulation des excédents passés permet de maintenir un niveau élevé de réserves dont le montant s'élève à 270 M€ au 31 décembre 2010.

*

¹ L'enquête de la Cour a porté principalement sur le régime complémentaire pour les assurés du régime général.

Le présent rapport analyse les modes de fonctionnement de ce régime et son articulation avec le régime de base et avec les organismes complémentaires facultatifs. Il examine plus particulièrement sa situation financière et cherche à mesurer l'impact des comportements des assurés sur les dépenses de soins et l'effet des modes de régulation sur les résultats comptables. Il s'attache ensuite à la question de l'extension au reste du territoire français de ce régime complémentaire obligatoire qui est régulièrement posée d'autant qu'il dégage des excédents cumulés.

Chapitre I

Un régime complémentaire obligatoire ancré dans l'histoire et la culture locales

Le régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle offre à une majeure partie des assurés du régime général de l'Alsace et de la Moselle un niveau de remboursement des dépenses de santé plus important pour des charges de fonctionnement faibles au regard des assurances maladie complémentaires facultatives.

I - L'histoire du régime local de protection sociale en Alsace-Moselle

Ce régime spécifique d'assurance maladie résulte de l'histoire de ces départements qui ont été annexés en 1871 par l'Empire allemand. Celui-ci a institué en 1883 l'assurance maladie obligatoire pour les ouvriers. Ce dispositif fut étendu en 1884 à l'Alsace Lorraine. Lors du retour de ce territoire à la France en 1918, la législation française n'y fut pas introduite systématiquement ; des dispositions du droit local ont ainsi été maintenues, notamment dans les domaines pas ou moins développés dans le droit français.

En 1945, l'instauration du régime général de sécurité sociale a posé la question du devenir du régime local. L'ordonnance du 4 octobre 1945 a introduit le régime général sur l'ensemble du territoire national tout en reconnaissant la spécificité des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle avec le principe de mesures transitoires. Le décret d'application du 12 juin 1946 a finalement conforté le régime local puisqu'il prévoit, à titre transitoire, un niveau de prestations

supplémentaires en contrepartie d'une cotisation plus importante dans ces trois départements. Le régime local devient ainsi un régime légal complémentaire.

Ce n'est qu'en 1991², après une période de débats sur la pérennité du régime confronté à des difficultés financières³, que le régime local d'assurance maladie perd son caractère transitoire et devient pérenne. Trois ans plus tard, la loi du 25 juillet 1994 donne au régime local une autonomie de gestion et permet au conseil d'administration de l'instance de gestion, nouvellement créée, de prendre les décisions nécessaires à la gestion du régime et son équilibre financier.

Les textes législatifs et réglementaires déterminants dans l'histoire du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle

Loi du 15 juin 1883	Création du régime d'assurance maladie obligatoire par Bismarck
Loi du 17 octobre 1919	Maintien du code des assurances sociales allemandes et fixation d'un régime transitoire
Loi du 1 ^{er} juin 1924	Confirmation du maintien en vigueur de la législation locale
Ordonnance du 4 octobre 1945	Extension du régime général aux trois départements d'Alsace-Moselle Renvoi à un décret pour déterminer « les dispositions du régime local qui restent provisoirement en vigueur et les modalités suivant lesquelles s'effectuera le passage du régime local antérieur au régime général »
Décret n° 46-1428 du 12 juin 1946 prévoyant	Décret fondateur qui prévoit les mesures transitoires pour l'application dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle du nouveau régime de sécurité sociale : ticket modérateur de 10 % pour les prestations en nature d'assurance maladie et prise en charge intégrale des frais d'hospitalisation

² Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 (article 5).

³ Mission confiée en mars 1990 par le ministre de la santé au président du comité économique et social d'Alsace. Rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat, 17 juin 1992.

Loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991	Fin du caractère transitoire des dispositions du régime local
Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 Décret n° 95-349 du 31 mars 1995	Création d'une instance de gestion, dotée d'un conseil d'administration chargé de prendre les mesures nécessaires à l'équilibre financier du régime
Loi n° 98-278 du 14 avril 1998	Base législative complète qui détermine les conditions d'affiliation et le fonctionnement du régime local
Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002	Précisions sur les règles d'affiliation et de cotisations des retraités

Source : Cour des comptes

L'assurance maladie n'est pas le seul secteur qui bénéficie d'un droit spécifique en Alsace-Moselle. L'héritage de la législation allemande se retrouve dans des domaines aussi divers que :

- le droit du travail (deux jours fériés légaux supplémentaires, règles particulières pour le repos dominical, maintien intégral du salaire sans délai de carence pour les salariés en cas d'arrêt de travail, etc.) ;
- le régime des cultes (pas d'application en Alsace-Moselle de la loi du 9 décembre 1905 consacrant la séparation des Eglises et de l'Etat ; quatre cultes reconnus et des ministres des cultes rémunérés par l'Etat et les collectivités territoriales ; enseignement religieux dans les écoles, etc.) ;
- le droit des associations (application de la loi de l'Empire allemand de 1908 ; inscription au registre du tribunal d'instance, possibilité pour le préfet de s'opposer à cette inscription ; possibilité d'avoir un but lucratif, etc.) ;
- l'aide sociale (obligation de secours aux indigents qui se traduit par une aide des communes aux personnes qui ne bénéficient pas du revenu de solidarité active) ;
- l'organisation de la justice (compétences des tribunaux d'instance plus étendues, pas de tribunaux de commerce, règles spécifiques pour les transmissions des charges de notaires et des huissiers...) et l'existence d'une procédure de faillite civile pour les particuliers qui sont en état d'insolvabilité ;
- le contrôle des actes budgétaires des collectivités locales ;
- la chasse, l'apprentissage, la publicité foncière, etc.

En matière de sécurité sociale, des particularités régionales existent, pour le risque maladie mais également en matière d'assurance vieillesse et d'accidents du travail.

- le régime local d'assurance vieillesse est en voie d'extinction puisqu'il s'agit d'un droit d'option ouvert aux personnes liquidant leur retraite et ayant cotisé en Alsace-Moselle avant la mise en place du régime général en 1946 et leur permettant de bénéficier du régime antérieur à 1946 dès lors qu'il est plus favorable. En revanche, le paiement mensuel et d'avance des prestations⁴ perdure pour tous les retraités ressortissants de ces trois départements et les prestations sont servies par la caisse régionale d'assurance vieillesse (CRAV) de Strasbourg, organisation unique dans l'organisation administrative des caisses de sécurité sociale⁵ ;
- la législation sur les accidents du travail est héritée des lois allemandes de 1884. Elle repose sur une tarification spécifique. Il existe également, pour les salariés et non salariés agricoles, une assurance « accidents agricoles » qui se caractérise par une organisation spécifique (une caisse d'assurance accidents agricoles dans chacun des trois départements) et un financement assis notamment sur des cotisations foncières applicables à l'ensemble des propriétés non bâties ;
- pour l'assurance maladie, il existe, comme déjà évoqué, outre le régime s'appliquant à certaines catégories d'assurés sociaux relevant du régime général, un second régime couvrant les assurés du régime des salariés agricoles.

4 Contrairement à la pratique au niveau national (versement à l'issue du mois concerné «à terme échu»), la CRAV d'Alsace-Moselle effectue ses versements des pensions de retraite tous les mois d'avance (paiement « à terme à échoir »).

5 En Ile-de-France et en Alsace-Moselle, les CRAM, puis les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) qui les remplacent depuis la loi du 21 juillet 2009, ne versent pas les pensions de retraite. Cette prestation est assurée par la CNAV pour la région parisienne et par la CRAV pour l'Alsace-Moselle. La proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST, déposée le 26 octobre 2010, avait prévu par amendement la fusion de la CRAM et de la CRAV d'Alsace-Moselle en une CARSAT dotée de règles particulières pour tenir compte des particularités du droit local en Alsace-Moselle. La disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 4 août 2011 au motif qu'elle n'avait pas de lien avec la proposition de loi initiale.

Le régime local agricole

Les salariés des professions agricoles et forestières des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle disposent d'une couverture maladie complémentaire obligatoire.

Si, jusqu'en 1995, les flux financiers du régime local agricole ont été confondus soit avec ceux du régime local général soit avec ceux du régime de base agricole, la gestion a ensuite été suivie de manière autonome. Puis la loi n° 99-1125 du 28 décembre 1999 a créé, sur le modèle de ce qui existait pour le régime local des assurés du régime général, une instance de gestion du régime local agricole d'assurance maladie. Les décrets n° 2000-500 et 501 du 6 juin 2000 sont venus préciser les conditions de fonctionnement de cette instance.

Les cotisations et les prestations du régime local agricole sont différentes de celles du régime local des bénéficiaires du régime général.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2011-157 du 5 août 2011 en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité⁶, a dégagé un nouveau principe fondamental reconnu par les lois de la République en matière de droit applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Il a ainsi pleinement reconnu la spécificité du droit local antérieur à la Constitution de 1946 en indiquant que la différence de traitement résultant de ce particularisme et le reste du territoire national ne pouvait être critiquée sur le fondement du principe constitutionnel d'égalité devant la loi. Il n'y a toutefois pas de garantie constitutionnelle du maintien des dispositions législatives ou réglementaires constituant le droit local. Le Parlement ou le pouvoir réglementaire peuvent à tout moment modifier ou abroger les dispositions du droit local pour les remplacer par les dispositions du droit commun ou les harmoniser avec celles-ci.⁷

⁶ Par un arrêt du 24 mai 2011, la chambre criminelle de la Cour de cassation a renvoyé au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité posée par la société Somodia portant sur la conformité de l'article L. 3134-11 du code du travail (interdiction du travail du dimanche en Alsace-Moselle) aux principes constitutionnels de la liberté d'entreprendre et d'égalité des citoyens devant la loi.

⁷ Cf. commentaire aux cahiers de la décision n° 2011-157 du Conseil constitutionnel

Le régime local d'assurance maladie bénéficie d'un ancrage culturel important et d'un attachement fort de la part des populations des trois départements d'Alsace-Moselle. Une enquête d'opinion réalisée en novembre 2005 par l'institut du droit local montrait que 99 % des personnes sondées connaissaient le régime local d'assurance maladie et que 98 % en étaient satisfaits. En 1984, un précédent sondage relatif au financement du régime local en cas de difficultés financières avait montré qu'un peu plus de 75 % des personnes interrogées étaient prêtes à voir les cotisations augmenter ou les prestations diminuer pour préserver le régime local⁸.

La place du régime local dans les instances régionales chargées des politiques de santé est une illustration de l'ancrage de ce régime complémentaire dans le paysage régional. Le président du régime local est membre du conseil de surveillance des agences régionales de santé (ARS) d'Alsace et de Lorraine au titre des personnalités qualifiées. Le régime local est également représenté au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie⁹ (CRSA) et de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection infantile.

II - Des prestations couvertes par un système de financement contributif et solidaire

Le régime local d'assurance maladie couvre les deux tiers de la population des trois départements concernés. Il se singularise par un mode de financement très solidaire (avec une cotisation sociale qui pèse sur le salarié et non directement sur l'employeur) qui permet une redistribution entre les différentes catégories de revenus et une redistribution intergénérationnelle.

8 Cf. « Des chemins différents pour la solidarité » de Daniel Lorthiois, Novembre 1993 – p. 101.

9 Le président actuel du régime local est le président de la conférence régionale de santé et de l'autonomie d'Alsace.

A - Les bénéficiaires du régime local

1 - Les catégories éligibles au régime local

Le champ des bénéficiaires est défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. Il n'a, dans ses contours, pas évolué depuis 1946 et couvre :

- les salariés du secteur privé et les contractuels de droit public travaillant dans l'un des trois départements, ou travaillant en dehors de ces départements, mais dépendant d'une entreprise qui y a son siège,
- les titulaires de revenus de remplacement (chômage, préretraite, invalidité) ayant préalablement cotisé au régime local,
- les titulaires d'une pension de retraite qui peuvent justifier d'années de cotisations suffisantes au régime local ainsi que leurs ayants droit.

Il n'y a pas de revendication d'extension du régime local aux catégories socioprofessionnelles qui n'en bénéficient pas et qui représentent près d'un million d'assurés.

Assurés des trois départements d'Alsace-Moselle éligibles au régime local d'assurance maladie

Bénéficiaire du régime local (et leurs ayants droit) : 2,1 millions de personnes	Ne bénéficient pas du régime local : environ 920.000 personnes¹⁰
<ul style="list-style-type: none"> - les salariés du secteur privé qui travaillent dans l'un des trois départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle - les salariés du secteur privé travaillant hors de ces départements dans des entreprises dont le siège social est situé en Alsace-Moselle - les contractuels de la fonction publique d'Etat, de la fonction publique hospitalière et de la fonction publique territoriale qui exercent leur activité dans les départements du Bas-Rhin, Haut-Rhin ou de la Moselle - les chômeurs et pré-retraités qui relevaient du régime local durant leur activité - les titulaires de pension d'invalidité qui ont préalablement bénéficié du régime local - les titulaires de pension de vieillesse qui remplissent les conditions de durée de cotisation au régime local. - d'autres catégories d'actifs comme les salariés du Port autonome de Strasbourg, les salariés frontaliers (...) 	<ul style="list-style-type: none"> - les fonctionnaires des trois fonctions publiques - les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales) - les exploitants agricoles - les salariés des régimes spéciaux (mines, SNCF...) - les bénéficiaires du RSA et de l'allocation adulte handicapée (AAH) qui n'ont pas préalablement cotisé au régime local...

Source : Cour des comptes, à partir de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale

¹⁰ Source : données du recensement INSEE (1^{er} janvier 2008) de l'Alsace et de la Moselle (2,88 millions) desquelles a été retranché le nombre de bénéficiaires du régime local.

Contrairement au régime de base de sécurité sociale qui a connu une généralisation des prestations avec la couverture maladie universelle, le régime local d'Alsace-Moselle est resté contributif, son bénéfice étant directement lié au paiement actuel ou passé d'une cotisation. Ainsi pour les retraités, les règles d'affiliation ont été précisées par la loi précitée du 14 avril 1998 puis par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Pour bénéficier du régime local d'assurance maladie, un retraité, quel que soit son lieu de résidence en France ou dans les départements d'outre-mer, doit justifier de la plus longue durée d'affiliation au régime général (par rapport aux éventuels autres régimes de retraite de base) puis remplir l'une des trois conditions suivantes :

- il doit avoir relevé du régime local pendant les 5 années qui précèdent le départ à la retraite ;
- il doit avoir relevé du régime local pendant 10 ans durant les 15 années qui précèdent le départ en retraite ;
- il doit avoir relevé du régime local pendant 15 ans (60 trimestres) au cours de sa carrière professionnelle et faire la demande du bénéfice du régime local.

2 - Les données statistiques sur les bénéficiaires

Le régime local d'assurance maladie (régime général) compte 2,1 millions de bénéficiaires en intégrant les ayants droit¹¹.

Les données transmises par la CNAMTS et les caisses primaires d'assurance maladie du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle diffèrent de manière assez sensible de celles communiquées par l'instance de gestion du régime local : 2,1 millions de bénéficiaires et 1,45 millions d'assurés cotisants pour la première source contre 2,54 millions de bénéficiaires et 1,59 millions d'assurés cotisants pour la seconde. Les données des CPAM et de la CNAMTS correspondent aux effectifs présents dans leurs fichiers à une date précise et sont issues de la base de données opérantes (BDO) qui recense les données d'identification et de gestion nécessaires aux opérations de production des CPAM. Elles ont été obtenues après avoir neutralisé les assurés décédés, ceux qui ont changé d'organisme d'affiliation, les doubles affiliations d'enfants sur le compte du père et de la mère. Ces neutralisations ont été permises par l'exploitation d'indicateurs issus du répertoire national inter-régimes de l'assurance maladie (RNIAM). Les données communiquées par l'instance de gestion du régime local recensent tous les assurés et ayants droit qui

¹¹ Le régime local agricole d'assurance maladie couvre 42.311 bénéficiaires au 31 décembre 2009.

ont bénéficié du régime local sur l'exercice annuel 2010 (le mode de comptabilisation sur l'année entière tient compte des effets d'entrées et de sorties) et n'intègrent pas les neutralisations mentionnées précédemment. Elles sont issues du système Erasme régional. Interrogée sur ces écarts statistiques par la Cour, l'instance de gestion du régime local a répondu qu'une étude avait été engagée pour une meilleure coordination des données de comptabilisation.

Répartition des bénéficiaires

CPAM	Assurés	Ayants droit	Total	%
Bas-Rhin	542 591	227 650	770 241	36,59 %
Haut-Rhin	347 070	154 866	501 936	23,85 %
Moselle	469 395	216 955	686 350	32,61 %
Autres départements	95 067	51 356	146 423	6,96 %
Total	1 454 123	650 827	2 104 950	100 %

Source : CNAMTS - septembre 2011

La très grande majorité des bénéficiaires (93 %) réside dans les trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. L'instance de gestion du régime local ne connaît pas en routine le nombre de bénéficiaires en dehors de ces départements. A la demande de la Cour, elle a réalisé une évaluation qui estime le nombre de ces bénéficiaires à 187 104 bénéficiaires. La CNAMTS a également réalisé à la demande de la Cour une requête spécifique auprès des CPAM pour obtenir cette même donnée qui s'établit à 146 423 bénéficiaires hors Alsace-Moselle.

Il n'a pas été possible de disposer d'informations sur la répartition entre secteurs d'activité des bénéficiaires du régime local. En revanche, sa répartition par âges est disponible et reprise au tableau ci-après.

Répartition des bénéficiaires (années 2010) par tranche d'âge

Tranche d'âge	Pourcentage
0-19 ans	26 %
20-39 ans	32 %
40-59 ans	25 %
60-79 ans	14 %
80 ans et plus	4 %

Source : CRAM Alsace-Moselle – instance de gestion du régime local

3 - L'application de la règle de territorialité

La clarification du champ géographique d'application du régime local, souhaitée par son instance de gestion, n'a pu aboutir.

L'article 58 de la proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), déposée par le sénateur Jean-Pierre Fourcade le 26 octobre 2010, prévoyait en effet de supprimer le principe d'une affiliation au régime local de salariés travaillant en dehors de l'Alsace-Moselle d'une entreprise dont le siège social est situé dans ces départements. L'objectif était de légaliser une restriction déjà pratiquée par les organismes chargés du recouvrement de la cotisation affectée au régime local¹². Sous réserve des situations existantes avant le 1^{er} janvier 2012, date d'entrée en vigueur de la disposition introduite dans la proposition de loi précitée, ne devaient donc plus être affiliés au régime local que les salariés travaillant dans l'un de ces trois départements et les salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements.

Pour sa part, le régime local agricole, par crainte de perdre des cotisants, a toujours appliqué littéralement les dispositions de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale et n'avait pas souhaité suivre cette

¹² Lettre collective ACOSS n° 2002-47 du 27 mars 2002. Suite à des revendications de certains salariés, cette interprétation restrictive du champ territorial a été remise en cause par la lettre collective ACOSS n° 2006-17 du 11 janvier 2006. Mais sur demande de la direction de la sécurité sociale, l'ACOSS est revenue à sa position de 2002 (lettre collective n° 2006-155 du 15 juin 2006).

même évolution du critère géographique. Un amendement introduit en deuxième lecture au Sénat avait maintenu, pour les salariés agricoles, l'affiliation de salariés travaillant en dehors de l'Alsace-Moselle dans une entreprise dont le siège social est situé dans cette région.

Mais les dispositions de l'article 58 de la loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST ont été censurées par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 4 août 2011 au motif qu'elles étaient sans lien avec l'objet initial de la proposition de loi. Un nouveau support législatif est ainsi à rechercher pour cette clarification, dès lors qu'en l'absence de texte l'autorisant, l'exclusion du bénéfice de ce régime des salariés de sociétés ayant leur siège en Alsace-Moselle, mais travaillant en dehors des trois départements concernés, demeure irrégulière.

B - Des prestations qui réduisent le ticket modérateur

Le régime local a maintenu depuis 1946 des prestations qui, pour l'essentiel, sont restées stables et qui reposent sur un double principe : la gratuité de l'hospitalisation et un ticket modérateur limité à 10 % pour les frais de soins ambulatoires. Il s'agit de prestations complémentaires à celles du régime de base, calculées sur la base des tarifs conventionnels. Pour les personnes prises en charge à 100 % par le régime général au titre d'une affection longue durée (ALD) et pour les autres cas d'exonération totale de ticket modérateur, il n'y a pas de participation au financement de ces exonérations par le régime local.

Principaux taux de remboursement

Nature des dépenses	Taux de remboursement Régime général	Taux de remboursement Régime général + régime local
Hospitalisation		
- Frais de séjour	80 %	100 %
- Honoraires médicaux	80 %	100 %
- Auxiliaires médicaux, analyses	80 %	100 %
- Forfait journalier	non pris en charge	pris en charge en intégralité (18 € par jour en hôpital ou en clinique ; 13,50 € en établissement psychiatrique)
Médecine de ville ou consultations externes des hôpitaux		
- Médecins et chirurgiens dentistes – généralistes ou spécialistes – sages-femmes	70 %	90 %
- Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes...)	60 %	90 %
Médicaments	100 %	100 %
- Spécialités irremplaçables et coûteuses	30 %	80 %
- Vignettes bleues	65 %	90 %
- Vignettes blanches	15 %	15 % (pas de financement complémentaire par le régime local)
- Vignettes oranges	60 %	90 %
- Autres frais pharmaceutiques (accessoires, pansements...)	60 %	90 %
Frais d'optique et prothèses	60 %	90 %
Frais d'analyse et de laboratoire	65 %	100 %
Frais de transport		
Cures thermales	80 %	100 %
- Hospitalisation médicalement justifiée		
- Cure thermale libre	70 %	90 %
• Honoraires médicaux	65 %	65 %
• Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	90 %
• Frais d'hydrothérapie		

Source : données de la CNAMTS (site ameli.fr) – taux au 2 mai 2011

Pour éviter une dégradation de la situation financière du régime local du fait des différentes décisions de déremboursement des médicaments par l'assurance maladie, le conseil d'administration du régime local a décidé en décembre 2005¹³ de déroger au principe d'un ticket modérateur résiduel de 10 % pour les soins ambulatoires sur deux points (cf. infra) :

- remboursement des médicaments à vignettes bleues à 80 % au lieu de 90 % précédemment ;
- refus de prise en charge par le régime local des vignettes oranges (remboursées à 15 % par le régime de base) pour encourager le recours aux médicaments à service médical rendu effectif.

En revanche, le régime local prend en charge le forfait journalier hospitalier instauré en 1983. Malgré les fortes réticences des caisses locales¹⁴, le décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985 l'avait en effet prévu. Ce décret a été annulé par le Conseil d'Etat en 1993¹⁵ mais l'article 66 de la loi 94-43 du 19 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a permis de donner un fondement cette fois législatif à la prise en charge du forfait journalier par le régime local.

Le régime local prend également en charge la participation forfaitaire de 18 € incombant à l'assuré pour les actes médicaux coûteux (d'un montant égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60)¹⁶.

En revanche, en application de l'article L. 325-1 (I) du code de la sécurité sociale, le régime local ne rembourse pas la participation

13 Décision du conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local – 19 décembre 2005.

14 Les huit CPAM se sont prononcées contre la prise en charge à titre permanent du forfait journalier.

15 Dans sa décision du 9 juillet 1993, le Conseil d'Etat, saisi par des organisations syndicales de cadres et par des administrateurs de caisses primaires d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, a annulé le décret n° 85-1507 du 31 décembre 1985 relatif au forfait journalier et à la cotisation d'assurance maladie pour les assurés ressortissant du régime local d'assurance maladie au motif que les auteurs du décret ont méconnu les dispositions de la loi du 19 janvier 1983 qui excluait, à l'exception de certains cas d'hospitalisation, la prise en charge du forfait journalier par les régimes obligatoires de protection sociale.

16 Instituée par la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 pour le financement de la sécurité sociale pour 2006.

forfaitaire de 1 €¹⁷ qui est due par l'assuré pour les consultations, examens radiologiques ou analyses biologiques, ni les franchises applicables depuis le 1^{er} janvier 2008 aux médicaments, actes des auxiliaires médicaux et transports sanitaires.

Jusqu'au milieu des années 1980, le régime local finançait également des prestations facultatives au titre de son action sanitaire et sociale : indemnités de frais funéraires, supplément pour hébergement en cure thermale, bilans de santé pour les personnes âgées, indemnités journalières complémentaires pour les arrêts de travail supérieurs à 6 mois, remboursement complémentaire des frais d'optique.... A la suite des difficultés financières du régime, ces prestations ont été supprimées. Le régime local dispose cependant encore de la faculté de financer des actions de prévention (cf. infra).

C - Un système de financement solidaire

Le régime local d'assurance maladie est financé par une cotisation précomptée appliquée aux revenus d'activité, aux revenus de remplacement (allocations chômage, préretraite...) et aux retraités assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG). Pour les cotisants du régime local relevant du régime général, il n'existe pas de cotisation employeur à la différence du régime local agricole¹⁸. C'est une forte spécificité du régime du régime local par rapport à l'assurance maladie du régime général alimentée, indépendamment de la CSG, par des cotisations employeurs. Il s'agit d'une cotisation salariale qui, comme les autres cotisations sociales, est déductible de l'impôt sur le revenu. Cette perte d'assiette de l'impôt sur le revenu constitue une forme d'aide publique indirecte à un régime complémentaire ciblé sur trois départements. Elle ne fait cependant l'objet d'aucun chiffrage.

17 Participation forfaitaire de 1€ instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

18 Le régime local agricole d'assurance maladie est financé par une cotisation de 1,2 % sur les salariés, 0,1 % sur les employeurs et 1,2 % sur les revenus de remplacement. Le taux applicable aux salariés et aux retraités a été réduit de 0,1 point au 1^{er} juillet 2011 sur décision du conseil d'administration du régime local agricole du 31 mai 2011.

Evolution des taux de cotisations

Revenus	Textes	Taux	Assiette
Revenus d'activité	Décret du 12 juin 1946	2 %	Salaire plafonné
	Décret du 23 août 1947	1 %	Salaire plafonné
	Décret du 20 septembre 1967	1,5 %	Salaire plafonné
	Décret du 31 décembre 1985	1,5 %	Salaire déplafonné
	Décret du 3 août 1989	1,7 %	Salaire déplafonné
	Décret du 14 janvier 1993	1,6 %	Salaire déplafonné
	Décret du 30 décembre 1993	2,15 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 20 décembre	1,95 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 7 décembre	1,8 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 24 juin 2000	1,65 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 28 décembre	1,7 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 8 janvier	1,8 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 9 juin 2007	1,7 %	Salaire déplafonné
	Décision du conseil d'administration du 19 décembre	1,6 %	Salaire déplafonné
Revenus de remplacement	Décret du 3 août 1989	0,75 %	Uniquement avantages vieillesse (base et
	Décret du 30 décembre 1993	1 %	Uniquement avantages vieillesse (base et
	Décision du conseil d'administration du 7 décembre 1996	1 %	Nouvelle cotisation sur les allocations chômage et de préretraite
	Décision du conseil d'administration du 28 décembre	1,25 %	Vieillesse, chômage, préretraite
	Décision du conseil d'administration du 20 décembre	1,50 %	Vieillesse, chômage, préretraite
	Décision du conseil d'administration du 28 décembre	1,7 %	Alignement de tous les taux quelle que soit la nature des
	Décision du conseil d'administration du 8 janvier	1,8 %	Vieillesse, chômage, préretraite
	Décision du conseil d'administration du 9 juin 2007	1,7 %	Vieillesse, chômage, préretraite
	Décision du conseil d'administration du 19 décembre	1,6 %	Vieillesse, chômage, préretraite

Source : Cour des comptes à partir des données de la CRAM – instance de gestion du régime local

Le caractère solidaire du financement du régime local est lié :

- au déplafonnement des cotisations sur les revenus d'activité depuis 1985
- aux exonérations similaires à celles appliquées pour la CSG pour les chômeurs et les retraités.

Le déplafonnement¹⁹ des cotisations d'assurance maladie du régime local a été instauré par l'article 2 du décret du 31 décembre 1985 pour assurer le financement de la prise en charge du forfait hospitalier. Ce décret a été, comme indiqué ci-dessus, annulé par le Conseil d'Etat en 1993 au motif que la prise en charge du forfait journalier hospitalier par le régime local n'était pas conforme aux dispositions législatives et que le déplafonnement des cotisations était indissociable du forfait journalier puisqu'il visait à en assurer le financement. Toutefois, l'article 66 de la loi du 19 janvier 1994 susmentionnée a repris les dispositions du décret de 1985 et a supprimé à l'article L. 242-13 du code de la sécurité sociale la référence à la limite du plafond de la sécurité sociale. La possibilité de déduire cette cotisation de l'impôt sur le revenu atténue cependant légèrement l'effet redistributif du déplafonnement des cotisations.

Pour les retraités bénéficiant du régime local, la cotisation a été introduite par l'article 3 de la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social. D'emblée, avant même la mise en place de la CSG, ce texte prévoyait que des exonérations pouvaient être prévues en cas d'insuffisance de ressources. Le décret du 3 août 1989, pris en application de cet article 3 de la loi de 1987, institue un taux largement inférieur à celui applicable aux revenus d'activité (0,75 % contre 1,7 % à cette date) et une exonération des personnes retraités non imposables à l'impôt sur le revenu. Les autres revenus de remplacement ont été assujettis à la cotisation d'assurance maladie du régime local encore plus tardivement, en 1996²⁰ avec un alignement du taux sur celui appliqué aux avantages vieillesse. L'application d'un taux unique quelle que soit la nature des revenus n'a été décidée qu'en 2002 pour répondre au vieillissement de la population et aux besoins de financement du régime. Le pourcentage de bénéficiaires de revenus de remplacement exonérés n'est pas connu de manière systématique par l'instance de gestion du régime local. Une évaluation de la CRAV d'Alsace-Moselle réalisée en

19 Le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie dans le régime général de base a commencé en 1976 et s'est achevé en 1984.

20 Article 40 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale. Le décret n° 95-349 du 31 décembre 1995 fixe une fourchette pour les taux de cotisation entre 0,75 % et 2,5 %. Le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local arrête en décembre 1996 un taux de 1 % pour les revenus de remplacement.

2010, sous réserve des approximations méthodologiques²¹, montre qu'un peu plus de 50 % des bénéficiaires d'une retraite du régime général seraient exonérés. Le pourcentage de chômeurs exonérés n'a pu être communiqué à la Cour²².

Ce mode de financement permet une redistribution entre les différentes catégories de revenus et une redistribution intergénérationnelle. C'est une grande différence par rapport au mode de financement des organismes complémentaires facultatifs, lesquels fixent généralement des cotisations ou primes indépendantes des revenus des assurés et qui augmentent avec l'âge du bénéficiaire.

III - Des charges de fonctionnement faibles

Le régime local d'assurance maladie a la particularité de fonctionner grâce aux caisses du régime général. Les prestations complémentaires du régime local sont en effet versées par les CPAM et les cotisations sont recouvrées majoritairement par les URSSAF²³.

A - Une structure de gestion récente et réduite

Jusqu'en 1995, le régime local d'assurance maladie ne disposait pas d'instance propre avec un pouvoir décisionnel. Le service d'intérêts communs et de coordination (SICC), créé en 1946 et composé des présidents et directeurs des caisses primaires d'assurance maladie des trois départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ainsi que de la CRAM et de la CRAV d'Alsace-Moselle, était l'instance locale de dialogue et de propositions mais sans aucun pouvoir de décision. Celui-ci appartenait en effet aux conseils d'administration de toutes les CPAM qui devaient se prononcer à la majorité. Toute décision était de surcroît suspendue à l'acceptation de la tutelle. De fait, le régime local était largement géré (notamment pour la fixation des cotisations et des prestations) au niveau central.

21 Données extraites par la CRAV à partir de l'infocentre mais la catégorie « non assujettis » recouvre à la fois les bénéficiaires du régime local d'assurance maladie qui sont exonérés et les titulaires d'une pension versée par la CRAV qui ne sont pas bénéficiaires du régime local.

22 Pour la CSG, l'exonération appliquée aux indemnités chômage représentait 75 % de l'assiette de ces indemnités en 2008 (source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009).

23 De la même manière, les prestations et les cotisations du régime local agricoles sont gérées par les caisses de MSA.

La loi du 25 juillet 1994²⁴ et le décret d'application du 31 mars 1995 instituent une autonomie de gestion du régime local avec l'instauration d'un conseil d'administration et le principe d'une gestion des opérations de recettes et de dépenses distinctes de celles du régime général.

Composition du conseil d'administration du régime local

(Article D.325-3 du code de la sécurité sociale)

Les membres du conseil d'administration sont nommés par arrêté du préfet de région pour une durée de six ans renouvelable.

Membres délibérants :

↪ 23 représentants des assurés sociaux désignés par les unions interprofessionnelles départementales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle des organisations syndicales nationales de salariés représentatives visées au 1° de l'article L. 221-3 :

- CFDT : 7
- CGT : 6
- CGT-FO : 4
- CFTC : 4
- CFE-CGC : 2

↪ 1 personne qualifiée appartenant à une organisation de salariés désignée par le préfet de région

↪ 1 représentant de la mutualité désigné par la fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

Membres consultatifs :

↪ 1 représentant des associations familiales désigné par l'union nationale des associations familiales (UNAF);

↪ 1 médecin-conseil désigné par le médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale de la région de Strasbourg ;

↪ 1 représentant désigné par les comités départementaux des retraités et des personnes âgées du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

24 Article 39 de la loi du 25 juillet 1994.

↳ 3 représentants des employeurs désignés par les unions départementales des organisations professionnelles d'employeurs du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (3 représentants de l'union professionnelle artisanale - UPA-actuellement membres du CA).

Le directeur et l'agent comptable du régime local assistent sans voix délibérative au conseil d'administration.

Le président du conseil d'administration est élu par les membres délibérant pour la durée du mandat des administrateurs.

Le conseil d'administration est compétent pour

- déterminer la nature et le niveau des prestations prises en charge par le régime local ainsi que les assiettes et taux de cotisations (dans une fourchette de taux de cotisations comprises entre 0,75 % et 2,5 % du salaire brut) ;
- les opérations budgétaires et comptables (établissement d'un état prévisionnel des dépenses, arrêté des comptes, fixation des réserves...);
- les actes de gestion du régime (règlement intérieur du conseil d'administration, nomination du directeur et de l'agent comptable, examen du rapport annuel d'activité...).

Les dispositions législatives ou réglementaires ne précisent pas si le régime local est doté d'une personnalité juridique propre. Dans le silence des textes sur la capacité pour ce régime d'ester en justice, l'existence d'un organe délibérant (le conseil d'administration) et d'une instance de gestion ne semble pas suffire, au regard de la jurisprudence de la Cour de cassation²⁵, à octroyer la personnalité morale à ce régime.

La tutelle du régime local est exercée, depuis 2009²⁶, par la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC) qui dispose de neuf antennes interrégionales dont une à Nancy.

Le directeur et l'agent comptable sont choisis parmi les directeurs et agents comptables des CPAM des trois départements, de la CRAM ou

²⁵ Cour de cassation, 28 janvier 1954, arrêt « Saint-Charmond » qui reconnaît la personnalité morale aux comités d'entreprise même dans le silence de la loi : « La personnalité civile n'est pas une création de la loi ; elle appartient, en principe, à tout groupement pourvu d'une possibilité d'expression collective pour la défense d'intérêts licites, dignes, par suite, d'être juridiquement reconnus et protégés ; »

²⁶ Le décret n° 2009-1597 du 18 décembre 2009 a modifié l'article D.325-5 du code de la sécurité sociale qui prévoyait que la tutelle était exercée par le préfet de région.

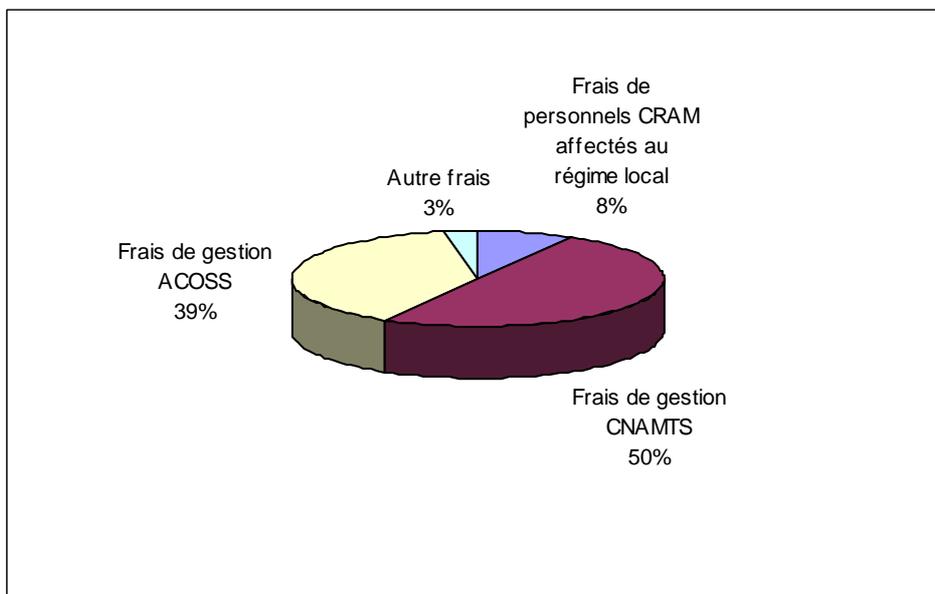
de la CRAV. Actuellement, le directeur du régime local est aussi le directeur commun de la CRAM et de la CRAV²⁷. L'agent comptable du régime local est l'agent comptable de la CRAM. L'instance de gestion du régime local comprend au total 5,2 équivalents temps plein²⁸ dont le rôle est de faire l'interface avec les CPAM et les URSSAF, préparer les délibérations du conseil d'administration et les documents réglementaires (rapport d'activité, rapport de l'agent comptable), assurer la veille juridique et financière et mettre en œuvre des actions de prévention en santé. Statutairement, ces agents sont des salariés de la CRAM d'Alsace-Moselle.

Compte tenu de cette organisation et du caractère forfaitaire de la facturation des frais de gestion par la CNAMTS et l'ACOSS (cf. infra), les charges de fonctionnement du régime local représentent 4,3 M€ en 2010, soit moins de 1 % du montant des prestations servies et moins de 1 % des produits (0,94 % des produits totaux et 1,04 % du produit des cotisations). L'essentiel de ces charges correspond aux frais de gestion facturés par la CNAMTS et l'ACOSS pour les services rendus au régime local.

²⁷ Direction commune CRAM – CRAV depuis le 1^{er} juillet 2009 dans la perspective de la création d'une CARSAT Alsace-Moselle

²⁸ 2 agents à temps plein, 2 agents à 75 %, 1 agent à 52 %, 1 agent à 88 % et 1 agent à 30 %. Ces chiffres ne comprennent pas la quotité de travail consacré à la gestion du régime local par le directeur, le directeur adjoint, l'agent comptable et le fondé de pouvoir de la CRAM (données : instance de gestion du régime local)

Ventilation des charges de fonctionnement du régime local



Source : CRAM – instance de gestion du régime local
Rapport de gestion de l'agent comptable pour l'exercice 2010

Les charges de fonctionnement, inférieures à 1 % des prestations et à 1 % des cotisations, apparaissent relativement faibles au regard des chiffres habituellement constatés pour le régime de base ou pour les organismes complémentaires.

Pour la CNAMTS, les charges de gestion du régime général représentent 4,2 % des prestations versées et 3,9 % des cotisations et taxes affectées²⁹. Toutefois, dès lors que les frais de gestion du régime local dus à la CNAMTS et à l'ACOSS sont forfaitaires, ces charges n'intègrent pas les coûts réels afférents au versement des prestations et au recouvrement des cotisations du régime local et notamment ceux nécessités par l'adaptation des systèmes d'information.

Pour les organismes complémentaires, les charges de fonctionnement sont supérieures à 20 % des primes perçues.

²⁹ Source : calculs à partir des comptes combinés 2010 de la branche maladie du régime général (charges de gestion courante de 5,9Md€ pour 142Md€ de prestations et 152Md€ de cotisations et taxes affectées)

Charges de gestion des organismes complémentaires

	Charges de gestion totales (en M€)	dont frais de gestion	dont frais d'acquisition	dont frais d'administration	Primes de l'exercice	Charges de gestion en % des primes de l'exercice
Mutuelles	3 427	660	775	1 992	16 192	21,2 %
Assurances	2 126	459	1 022	645	8 070	26,3 %
Institutions de prévoyance	885	240	208	437	5 097	17,4 %
Total OC ayant répondu à l'état comptable E4	6 438	1 359	2 005	3 074	29 359	21,9 %

Source : Direction de la sécurité sociale (DSS) à partir de l'annexe 2 du rapport 2010 sur la situation des organismes complémentaires (rapport prévu à l'article 12 de la LFSS pour 2009) – Données : autorité de contrôle prudentiel et calculs DREES

Les charges de gestion importantes des organismes complémentaires, notamment des sociétés d'assurances, proviennent pour partie des frais engagés pour la commercialisation des produits (dépenses publicitaires incluses dans la catégorie des frais d'acquisition), dépenses que n'ont pas à supporter les régimes obligatoires comme le régime général ou le régime local d'Alsace-Moselle. Même en faisant abstraction de ces dépenses de commercialisation et en ne prenant en considération que les dépenses de gestion et les frais d'administration (ventilation du plan comptable selon que les dépenses sont rattachables ou non à la gestion effective des contrats), le coût de gestion des organismes complémentaires s'élève en moyenne à 15 % des primes.

B - Des prestations et des cotisations gérées par des tiers

1 - Les principaux acteurs : les CPAM et les URSSAF

L'instance de gestion du régime local n'assure aucune opération auprès des assurés et des cotisants du régime local. Les CPAM affilient les assurés et leur versent les prestations du régime local en même temps que les remboursements au titre du régime de base. La CRAV d'Alsace-Moselle vérifie les conditions d'affiliation des retraités et l'assujettissement ou non à la cotisation d'assurance maladie selon le niveau de revenus des retraités. L'ACOSS, via les URSSAF, centralise les cotisations du régime précomptées sur les salaires. Des conventions ont été signées avec la CNAMTS (1996) et l'ACOSS (2001) pour formaliser ces opérations.

La liquidation des prestations et le recouvrement des cotisations pour le compte du régime local concernent avant tout les trois CPAM et les trois URSSAF du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle mais pas uniquement. En effet, les bénéficiaires du régime local peuvent être rattachés à des CPAM des autres départements s'ils résident en dehors de l'Alsace-Moselle. Ce peut être en principe (cf supra) le cas d'un actif travaillant dans l'un des trois départements mais résidant en dehors de ces départements, mais il s'agit essentiellement de retraités. Ceux-ci ne sont en effet soumis à aucune condition de territorialité. Il leur suffit d'avoir rempli les conditions suffisantes de cotisations au régime local en tant qu'actif et, pour les retraités imposables, d'acquitter la cotisation de 1,6 %.

Pour les URSSAF, la part des produits de cotisations assises sur les revenus d'activité recouverts en dehors de l'Alsace-Moselle est substantielle puisqu'elle s'élève à 18 %. Elle résulte de la possibilité pour les employeurs d'une entreprise ayant plusieurs implantations de verser l'ensemble de ses cotisations en un lieu unique et du dispositif « très grandes entreprises » qui oblige les entreprises de plus de 2000 salariés à effectuer les déclarations et le paiement des cotisations et contributions sociales auprès de l'une des 8 URSSAF désignées à cet effet.

**Répartition des prestations versées et des cotisations
recouvrées sur les revenus d'activité en 2010**

	Prestations versées par les CPAM ³⁰		Cotisations recouvrées par les URSSAF (revenus d'activité)	
	M€	%	M€	%
Bas-Rhin	136,9 M€	40,1 %	137,7 M€	42,0 %
Haut-Rhin	84,7 M€	24,8 %	57,5 M€	17,5 %
Moselle	117,7 M€	34,5 %	73,3 M€	22,3 %
Autres départements	2,1 M€	0,6 %	59,7 M€	18,2 %
Total	341,5 M€	100,0 %	328,2 M€	100,0 %

Source : cotisations données ACOSS – prestations données CNAMTS

2 - Les frais de gestion dus à la CNAMTS et à l'ACOSS

La rémunération des services rendus par les CPAM et les URSSAF a été fixée par le décret du 23 mai 1996³¹ à 0,5 % des prestations versées et 0,5 % des cotisations recouvrées, ce qui représente, en 2010, 2,2 M€ pour la CNAMTS³² et 1,7 M€ pour l'ACOSS. Il s'agit d'un montant forfaitaire qui n'est assis sur aucune comptabilité analytique.

L'essentiel des coûts pour la CNAMTS comme pour l'ACOSS est lié au développement des systèmes d'information. En gestion quotidienne, la liquidation des prestations du régime local par les CPAM ne représente pas une charge de travail supplémentaire notable dans la mesure où les prestations sont versées en même temps que celles du régime général. La CPAM du Bas-Rhin ne dispose ainsi pas d'agents spécifiquement dédiés à la gestion du régime local. Les statistiques sur les taux de rejet montrent que ce taux est de 2,53 % en 2010 pour la CPAM du Bas-Rhin, soit un taux proche de la moyenne nationale qui s'établit à 2,57 %. En neutralisant les rejets imputables aux prestations du régime local, le taux du Bas-Rhin serait de 2,33 %.

30 Les données indiquées dans ce tableau sont celles communiquées par l'agence comptable de la CNAMTS mais différent de celles communiquées par l'instance de gestion du régime local (total des prestations versées en 2010 = 376,4 M€) sans qu'une explication ait pu être donnée à la Cour à ce stade.

31 Décret n° 96-457 du 23 mai 1996 (article D.325-10 du code de la sécurité sociale)

32 Le paiement des frais de gestion à la CNAMTS est suspendu depuis novembre 2008 suite à une décision du conseil d'administration du régime local du 25 novembre 2008 visant à contester l'absence de développement informatique par la CNAMTS pour mettre en œuvre le remboursement intégral du ticket modérateur par le régime local pour les médicaments génériques. La charge à payer comptabilisée à ce titre s'élève à 4,8 M€ au 31.12.2010.

La connaissance des coûts réels pour le régime général (branche maladie et branche recouvrement) doit impérativement être améliorée par le développement des outils de comptabilité analytique. L'essentiel des coûts supportés résultant des développements informatiques, l'évaluation pourra porter d'une part sur la charge de travail imputable aux développements spécifiques pour le régime local et d'autre part sur les temps passés par les agents en production pour le compte du régime local, y compris le cas échéant sur des tâches qui concernent à la fois la gestion des prestations d'assurance maladie de base et des prestations du régime local.

3 - Les contrôles des prestations effectués par les caisses primaires d'assurance maladie

Le service rendu par les caisses primaires d'assurance maladie pose la question du contrôle des indus éventuels versés au titre du régime local. La condition d'affiliation n'est pas réexaminée chaque année et un assuré peut continuer à percevoir des prestations du régime local alors même qu'il n'acquies plus la cotisation de 1,6 % (ce peut être le cas d'un assuré qui a une mutation professionnelle dans un département voisin sans changement de domicile et donc de CPAM de rattachement).

La détection de la perte du bénéfice du régime local est effectuée au cours des travaux des CPAM visant à améliorer la qualité du fichier des assurés (à partir d'études de dossiers particuliers) ou au moment de la liquidation des prestations en espèces lorsqu'est constaté sur la feuille de paie le non versement de la cotisation due au régime local. Selon la CPAM du Bas-Rhin, la perspective, à l'horizon 2012-2013, d'une transmission des traitements nationaux des données annuelles de salaires devrait se traduire par une ouverture et une fermeture automatique des droits au régime local selon que la cotisation est payée ou non. Cette amélioration pourrait toutefois ne pas suffire à supprimer le versement d'indus dès lors que la carte Vitale des assurés n'est pas mise à jour. Aujourd'hui, selon les éléments communiqués par la CPAM du Bas-Rhin, les flux de prestations en nature hors établissements ne sont en effet pas rejetés en l'absence de mise à jour de la carte Vitale ; les prestations complémentaires du régime local continuent donc d'être versées même si la personne n'est plus affiliée.

Au vu de cette situation, il importe de mettre en œuvre des rapprochements entre les données disponibles dans les systèmes d'information de la branche maladie et celles de la branche recouvrement concernant les bénéficiaires du régime local (par exemple en utilisant les déclarations préalables à l'embauche des salariés des départements limitrophes de l'Alsace-Moselle). Il conviendrait par ailleurs d'examiner

la possibilité de procéder à des rejets de versements de prestations dès lors que la carte Vitale d'un assuré qui vient d'être désaffilié au régime local n'a pas été mise à jour.

C - Des circuits de trésorerie et comptables distincts de ceux du régime de base

Le décret n° 96-457 du 23 mai 1996 dote le régime local d'assurance maladie d'une autonomie financière en distinguant la gestion du régime local par rapport à celles des autres organismes de sécurité sociale.

1 - Les flux de trésorerie

Les circuits de trésorerie garantissent l'absence d'avance de trésorerie par le régime général pour le versement des prestations sauf la situation minoritaire des prestations versées par les CPAM en dehors de l'Alsace-Moselle (2 M€ en 2010), comme le synthétise le schéma ci-après.

Pour le recouvrement des cotisations, le cadre conventionnel n'apparaît pas totalement conforme aux textes réglementaires, l'article D.325-10 du code de la sécurité sociale prévoyant que l'ensemble des cotisations, quelle que soit l'assiette, sont recouvrées par les URSSAF. Si les cotisations sur les revenus d'activité sont bien recouvrées par les URSSAF, ce n'est pas le cas pour les revenus de remplacement.

Une convention a certes été signée le 14 mai 2001 entre l'ACOSS et l'instance de gestion du régime local pour les cotisations assises sur les revenus de remplacement (« cotisations visées à l'article L. 242-13 I-2° du code de la sécurité sociale »)³³.

Toutefois, en 2008, le dispositif de recouvrement par les URSSAF a été remis en cause pour les cotisations sur les prestations de retraite complémentaire servies par l'AGIRC et l'ARRCO. Une convention spécifique a en effet été signée en juin 2008 pour introduire à partir du 1^{er} janvier 2009 un prélèvement des cotisations du régime local par l'AGIRC/ARRCO et un reversement des sommes ainsi recouvrées au

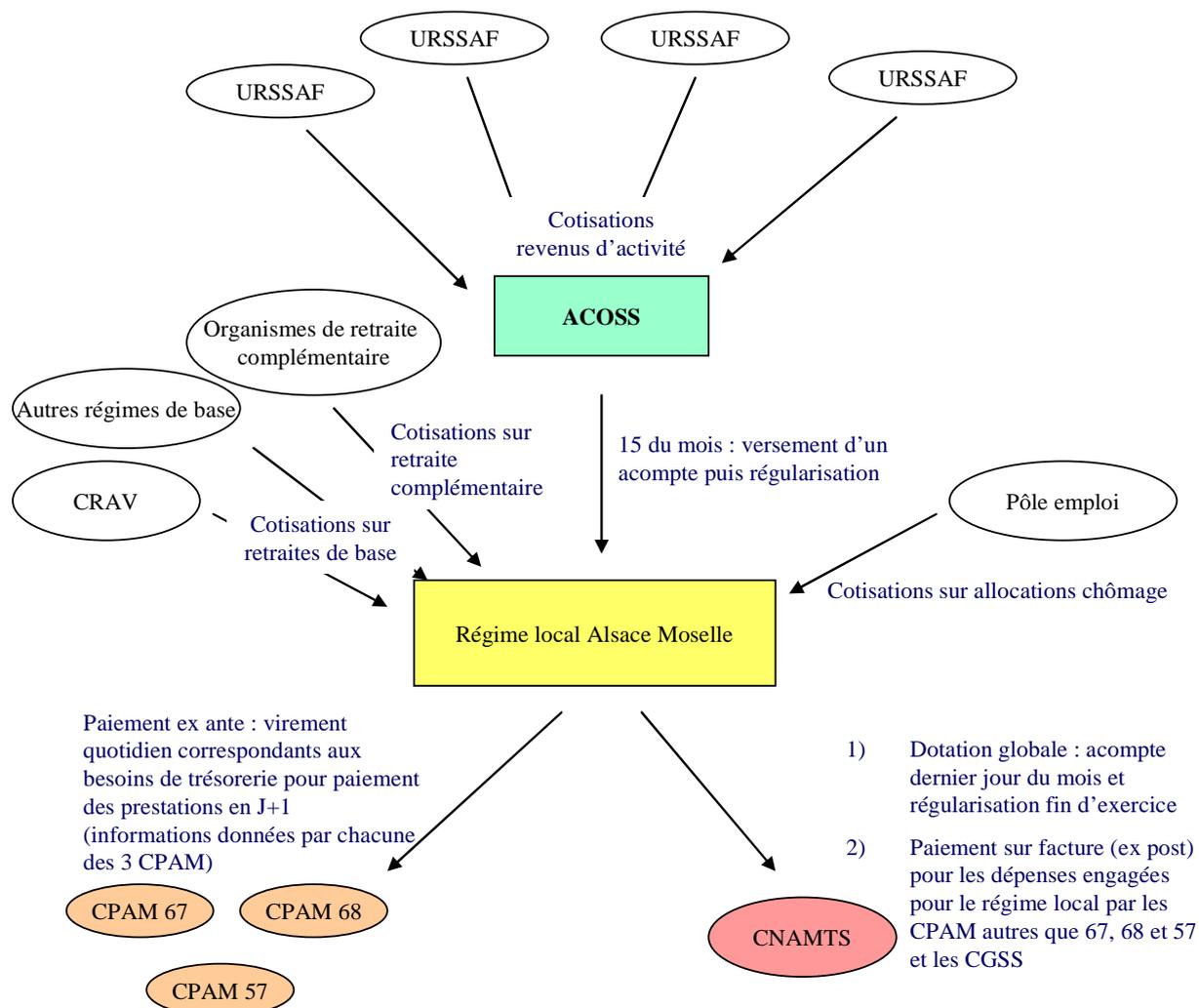
³³ L'instance de gestion du régime local considère que cette convention de 2001 vise également, à l'article 3, les cotisations assises sur les revenus d'activité. La Cour constate au contraire que l'article 3 ne fait référence aux revenus d'activité que pour préciser que les modalités d'encaissement puis de reversement des cotisations sur les revenus de remplacement suivent celles applicables aux cotisations sur les revenus d'activité

régime local. Un avenant à la convention du 14 mai 2001 a été signé en mars 2009 pour tenir compte de cette évolution.

Pour le recouvrement des cotisations sur les retraites de base, les cotisations sont précomptées sur les prestations vieillesse par la CRAV d'Alsace-Moselle qui les reversent au régime local (convention du 1^{er} janvier 2010). Pour les cotisations des retraités ne dépendant pas de la CRAV d'Alsace-Moselle, ce sont les caisses de retraite compétentes qui versent la cotisation au régime local.

Pour le recouvrement des cotisations sur les allocations chômage, le flux de trésorerie est également un flux direct entre Pôle emploi et l'instance de gestion du régime local (convention du 5 juin 1998 avec des frais de gestion égaux à 0,5 % des cotisations précomptées). Le transfert du recouvrement des cotisations chômage aux URSSAF au 1^{er} janvier 2011 n'a pas impacté le circuit de trésorerie sur le recouvrement de la cotisation de 1,6 % précomptées sur les allocations chômage.

Principaux flux de trésorerie avec le régime local d'assurance maladie



Source : Cour des comptes à partir des informations de l'instance de gestion du régime local et des dispositions des articles D.325-16 à D.325-20 du code de la sécurité sociale

2 - Les procédures comptables

Les comptes du régime local d'assurance maladie, qui bénéficie de l'autonomie financière, sont établis par l'agent comptable de l'instance de gestion du régime local et arrêtés par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local. Depuis l'exercice 2009, ces comptes font l'objet, à la suite d'une initiative de l'instance de gestion du régime local, d'une mission confiée à un commissaire aux comptes qui en a certifié la sincérité, la conformité et l'image fidèle pour les exercices 2009 et 2010.

Une difficulté juridique a été soulevée par le régime local sur le mode d'approbation des comptes à la suite de la suppression des comités régionaux d'examen des comptes (COREC). Jusqu'à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'approbation des comptes du régime local suivait en effet le même régime juridique que les organismes de sécurité sociale du régime général (examen par le COREC puis approbation par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales). La loi organique du 2 août 2005 en prévoyant une validation des comptes des organismes de base par l'agent comptable de la caisse nationale et une certification des comptes combinés du régime général et des caisses nationales par la Cour des comptes ne traite que des régimes de base de sécurité sociale. Les comptes du régime local d'assurance maladie n'entrent pas dans le périmètre de combinaison des comptes certifiés par la Cour des comptes. Dans un courrier du 2 novembre 2010 adressé au directeur et à l'agent comptable de l'instance de gestion du régime local, le directeur de la sécurité sociale encourage la démarche de certification par un commissaire aux comptes et confirme que le régime local étant un régime complémentaire obligatoire et non un régime de base, il n'est pas concerné par l'attestation de quitus de l'agent comptable.

Pour les exercices 2009 et 2010, le commissaire aux comptes a certifié que les comptes annuels du régime local d'assurance maladie étaient réguliers et sincères et donnaient une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé tout en formulant des recommandations sur le contrôle interne (contrôle de l'exhaustivité des écritures comptables, séparation de fonctions entre les agents en charge de la préparation et de la validation des virements effectués par internet), sur la comptabilisation des frais de gestion, sur le reclassement de certains comptes de placement financiers et sur la comptabilisation des intérêts courus non échus. Les comptes de l'exercice 2010 ont été pour la première fois élaborés en droits constatés s'agissant des recettes de l'ACOSS.

Par ailleurs, dans le cadre de son audit des comptes combinés de l'activité de recouvrement, la Cour s'est assurée de la correcte répartition entre le régime local d'Alsace-Moselle et les autres attributaires des cotisations déclarées par les employeurs du secteur privé au cours de l'année 2010.

————— *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* —————

Le régime complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle s'applique aux deux tiers des assurés de ces territoires mais les statistiques sur les bénéficiaires ne sont pas homogènes, ce qui pose le problème d'une connaissance fine de la population totale couverte. Il se caractérise par un mode de financement très solidaire fondé sur une cotisation complémentaire payée par les seuls assurés et assis sur les revenus du travail et les revenus de remplacement. L'application de cette cotisation et, par voie de conséquence, l'attribution du bénéfice du régime complémentaire obligatoire, aux salariés travaillant en dehors des trois départements concernés mais dans des entreprises dont le siège social est situé dans ces territoires, n'est pas mise en œuvre dans des conditions irrégulières en l'absence de modification législative sur ce point. Les charges de fonctionnement très faibles du régime s'expliquent par un mode de gestion assis sur le réseau des caisses du régime général (CPAM et URSSAF). Le caractère forfaitaire des frais de gestion versés par le régime local ne permet toutefois pas d'appréhender la réalité exacte des coûts de la gestion du régime local pour les branches maladie et recouvrement du régime général.

La Cour recommande ainsi de :

1. réaliser les études nécessaires à la bonne connaissance statistique des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie ;

2. préciser, par une disposition législative, le champ d'application de la cotisation de 1,6 % due par les salariés du régime local (salariés du régime général et du régime agricole) pour mettre les textes en conformité avec la pratique s'agissant de l'assujettissement de salariés ne travaillant pas en Alsace-Moselle mais dépendant d'une entreprise ayant son siège social sur ce territoire ;

3. clarifier le cadre réglementaire et conventionnel déterminant les modalités de recouvrement de la cotisation de 1,6 % due au régime local ;

4. modifier le système de facturation par la CNAMTS et l'ACOSS des coûts de gestion du régime local pour parvenir à une facturation au coût réel (modification de l'article D.325-10 du code de la sécurité sociale) ;

5. développer le contrôle des indus versés aux bénéficiaires du régime local.

Chapitre II

Un équilibre financier du régime, garanti par des règles de gestion spécifiques

Le régime local d'assurance maladie est actuellement un régime équilibré avec un résultat excédentaire de 7 M€ en 2010 et un niveau de capitaux propres de 270 M€ au 31 décembre 2010. Cette situation ne permet toutefois pas de faire des comparaisons avec celle du régime de base d'assurance maladie. Le régime local est en effet un régime obligatoire mais complémentaire avec des règles de gestion propres.

Il n'est pas possible de construire un compte de résultat « régional » de l'assurance maladie de base en rapprochant les prestations d'assurance maladie versées par les trois CPAM de la région et les recettes du régime général recouvrées par les trois URSSAF et affectées à la branche maladie. La principale difficulté est liée au mode de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Celles qui sont recouvrées par les trois URSSAF d'Alsace-Moselle ne rendent en effet pas compte des produits correspondant à la masse salariale de ces départements du fait des dispositifs juridiques sur le versement en lieu unique³⁴ et sur les très grandes entreprises.

Il n'y a cependant aucune raison pour que la partie « régime de base d'assurance maladie » ne soit pas déficitaire dans cette région d'Alsace-Moselle comme dans le reste de la France. Les consommations

³⁴ Les trois URSSAF d'Alsace-Moselle encaissent des cotisations pour des entreprises situées hors des trois départements. Inversement, certaines entreprises installées dans les trois départements versent les cotisations à une URSSAF d'un autre département.

de soins sont en effet comparables. Pour ce qui est des recettes, l'Alsace est une région où le taux de chômage est plus faible que dans le reste de la France (8,3 % contre 9,3 % France entière au dernier trimestre 2010³⁵) mais qui a été davantage touchée par la dégradation de la situation économique³⁶. C'est aussi l'une des régions où la proportion de foyers non imposables est la plus forte (40,5 % en 2008³⁷).

I - La situation financière du régime local

La situation financière du régime local a beaucoup fluctué sur les dernières décennies. Les difficultés rencontrées dans les années 1980 ont conduit à modifier les règles de gestion du régime et à instaurer des règles de régulation permettant de garantir un niveau minimal de réserves et ainsi une situation financière cumulée excédentaire.

A - L'évolution des soldes comptables

La situation financière du régime local n'a pas toujours été équilibrée. Dans les années 1980, le compte de résultat s'est fortement dégradé sous l'effet notamment de la prise en charge du forfait journalier hospitalier institué en 1983. Les déficits se sont accumulés entre 1983 (déficit de 10,8 M€) et 1989 (déficit record de 159 M€) provoquant une réduction très forte du fond de roulement (de +66 M€ en 1982 à -15,2 M€ en 1989). Le redressement opéré à partir de 1990 est imputable à l'augmentation de 0,2 % du taux de cotisation sur les salaires et à l'instauration d'une cotisation sur les pensions de retraite.

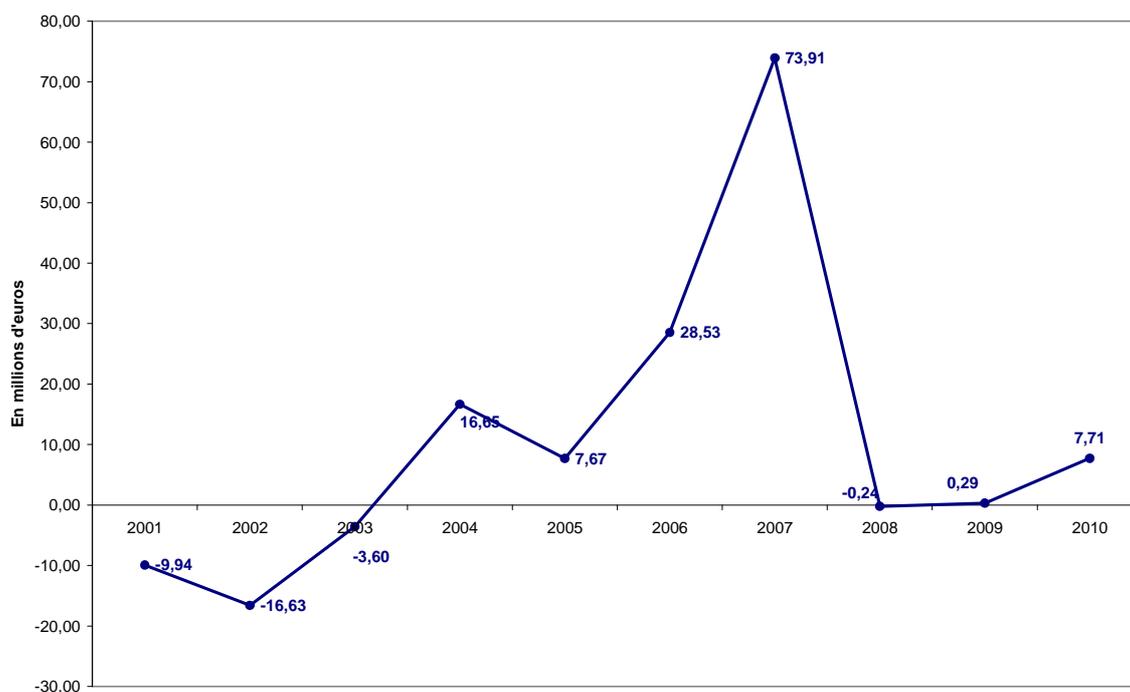
Les difficultés financières du régime local sont à l'origine des débats qui ont eu lieu au début des années 1990 sur l'avenir du régime (mission confiée en mars 1990 au président du comité économique et social d'Alsace – rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat en juin 1992) et qui ont abouti à l'autonomie de gestion du régime. Depuis la mise en place de son nouveau statut en 1994-1995, la situation financière du régime a été équilibrée à l'exception des années 2001, 2002, 2003 et 2008.

35 Source : INSEE

36 Cf. rapport de l'observatoire régional de santé d'Alsace « Etat de santé et déterminants de santé en Alsace », septembre 2010.

37 Source : rapport précité de l'observatoire régional de santé d'Alsace – données DGFIP

Résultats comptables du régime local 2001-2010



Charges, produits et résultats du régime local 2004-2010

Année	Charges	Produits	Résultat
2004	417,9 M€	434,5 M€	16,6 M€
2005	423,5 M€	431,1 M€	7,6 M€
2006	426,6 M€	455,1 M€	28,5 M€
2007	433,1 M€	506,9 M€	73,9 M€
2008	465,1 M€	464,9 M€	-0,2 M€
2009	451,6 M€	451,9 M€	0,3 M€
2010	452,8 M€	460,5 M€	7,7 M€

Source : graphique Cour des comptes – données instance de gestion du régime local

En 2010³⁸, les produits du régime local atteignent 461 M€. Les cotisations sur les revenus d'activité représentent 72 %, les cotisations sur les pensions de retraite de base 10 %, les cotisations sur les retraites complémentaires 8 % et les cotisations sur les autres revenus de remplacement moins de 1 %. Les produits financiers, issus des

38 Source : rapport de l'agent comptable du régime local – exercice 2010

placements des réserves, sont non négligeables (6,3 M€ et 1,4 % des produits). Pendant longtemps ont subsisté des carences dans le recouvrement des cotisations sur les avantages vieillesse des retraités polypensionnés malgré les démarches mises en œuvre par l'instance de gestion du régime local. Celle-ci, suite à une décision du conseil d'administration du 29 novembre 2010, a mis en demeure 17 régimes d'assurance vieillesse pour exiger qu'ils prélèvent la cotisation due au titre du régime local et la lui reversent. Cette démarche a été suivie d'effets à l'exception du régime social des indépendants (RSI).

L'essentiel des dépenses porte sur les prestations maladie versées aux assurés, aux établissements de santé ou aux professionnels de santé en cas de tiers payant (85 %). Le forfait journalier hospitalier représente à lui seul 13 % des charges du régime local. Celui-ci participe également au financement de la dotation globale hospitalière (12 % des charges du régime) et de différents fonds nationaux (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESPP]; établissement pour la prévention des risques d'urgence sanitaire [EPRUS]). Les actions de prévention (maladies cardio-vasculaires et cancer) représentent moins de 0,1 % du budget. Les dépenses de fonctionnement s'établissent à moins de 1 % (du fait notamment des frais de gestion forfaitaires).

B - Un équilibre financier acquis grâce aux réserves

En 2010, le résultat comptable excédentaire de 7 M€ est obtenu grâce aux produits financiers. Hors résultat financier et résultat exceptionnel, le résultat d'exploitation est en effet déficitaire de 1,5 M€. Il en était de même en 2009.

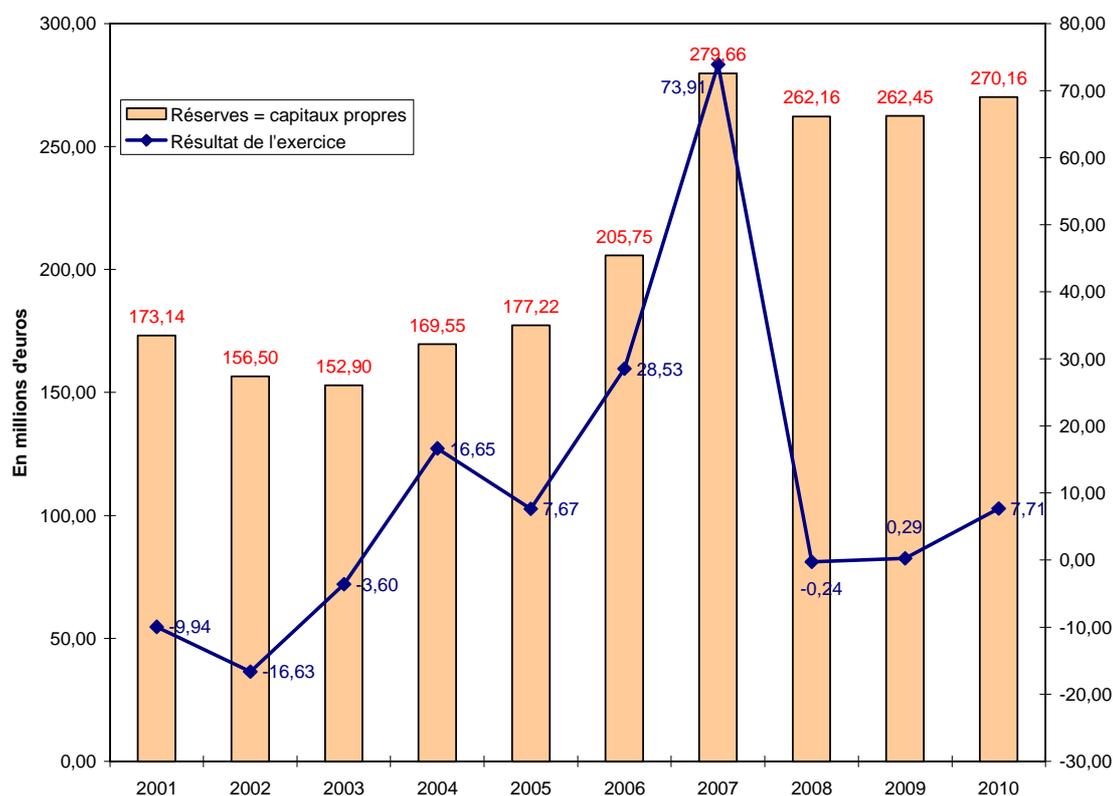
Résultats d'exploitation et résultats globaux

En millions d'euros	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Résultat d'exploitation	-15,8	22,3	33,1	-8,7	-14,4	-1,5
Résultat comptable global	7,7	28,52	73,9	-0,23	0,3	7,7

Source : rapports d'activité et financier des années 2005 à 2010 de l'instance de gestion du régime local

A la fin de chaque exercice, le solde disponible est affecté dans un fonds de réserve en application de l'article L.325-10 du code de la sécurité sociale. La situation financière du régime, majoritairement excédentaire depuis 1990, a permis de reconstituer un niveau de réserve important qui atteint, au 31 décembre 2010, 270 M€.

Résultats annuels et évolution des réserves



Source : graphique Cour des comptes – données instance de gestion du régime local

Le régime local peut placer ses disponibilités en placements ou valeurs d'Etat ou garantis par l'Etat, en billets de trésorerie ou certificats de dépôts et dans des organismes de placements collectifs en valeur mobilière (OPCVM)³⁹. Les décisions en matière de placement sont prises par une commission créée par le conseil d'administration et réunissant certains de ces membres, la commission des marchés. La gestion de placements relève de l'agent comptable. Les placements représentent, au 20 juillet 2011, 312,6 M€. L'essentiel de ces placements sont constitués d'obligations de moyen terme (inférieures à 10 ans). Les établissements bancaires sont sélectionnés, sur des lots prédéfinis, par la commission des marchés du régime local et selon une procédure d'appel d'offre. Le

³⁹ Article D.325-20 du code de la sécurité sociale

rendement financier a atteint 5,32% en 2008, 3,83% en 2009 et 3,03% en 2010.

C - Des dispositions réglementaires de régulation pour garantir une situation financière cumulée excédentaire

L'autonomie du régime local en 1995 s'est accompagnée de la mise en place d'un cadre juridique garantissant l'équilibre financier du régime (article D.325-12 à D.325-14 du code de la sécurité sociale). Il est créé un fonds spécifique pour l'affectation des excédents (le fonds de réserve). Le mécanisme de régulation fonctionne en deux temps :

- la 1^{ère} étape intervient en cours d'exercice sous la responsabilité du conseil d'administration. Si, au 1er octobre, les prévisions de l'agent comptable montrent que le fonds de réserve est inférieur à 8 % des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration doit, avant le 15 décembre, prendre les mesures nécessaires pour rétablir l'équilibre financier (modifier la liste des prestations, réduire les taux de prise en charge, majorer la cotisation) ;
- la 2^{ème} étape s'ajoute à la 1^{ère} si celle-ci n'a pas suffi et intervient à la clôture des comptes, sous la responsabilité des ministres de tutelle. Si le déficit n'est pas résorbé, le préfet de région saisit le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget qui prennent les décisions de régulation, sous forme de mesures réglementaires, à la place du conseil d'administration.

Inversement, dès que le montant des crédits du fond de réserve excède 20 % des prestations versées l'année précédente, le conseil d'administration peut décider de diminuer le taux des cotisations (dans une fourchette comprise entre 0,75 et 2,5 %).

Ce mécanisme, décentralisé, dont l'objectif initial était de remédier au manque de réactivité des décisions prises nationalement avant 1995, fonctionne bien. Les décisions d'évolution des prestations et des cotisations sont prises par le conseil d'administration, le plus souvent de manière consensuelle, en fonction de la situation du fonds de réserve de manière plus prudente que ce que prévoient les textes réglementaires.

Ainsi, depuis 1995, s'agissant des revenus d'activité, les cotisations ont été augmentées à deux reprises (décisions du conseil d'administration de décembre 2002 et de janvier 2006) et réduites à quatre reprises (décisions du conseil d'administration de décembre 1995, juin 2000, juin 2007 et décembre 2007).

Ce système, même s'il se traduit par des déficits d'exploitation (hors résultat financier et résultat exceptionnel) sur les trois dernières années, peut permettre une politique contracyclique en évitant d'augmenter les cotisations en période de crise économique grâce aux réserves financières accumulées les années précédentes.

II - Des indicateurs de dépenses de santé comparables à ceux du reste du territoire

Une analyse comparée des dépenses de santé en Alsace-Moselle et dans le reste du territoire est intéressante à un double titre. Elle permet, d'une part, d'examiner si une prise en charge obligatoire plus importante des dépenses d'assurance maladie par la solidarité nationale (ou régionale) peut être une source de dépenses de santé plus importantes. Elle permet, d'autre part, de regarder si l'équilibre financier du régime local est dû à des comportements des assurés plus vertueux que dans les autres départements. La plupart des données disponibles, notamment celles du rapport du Gouvernement au Parlement de septembre 2010 en application de l'article 122 de la loi HPST du 21 juillet 2009⁴⁰, sont présentées par région. Les développements qui suivent se concentrent par conséquent sur l'Alsace et ne couvrent pas systématiquement le département de la Moselle rattaché à la région Lorraine.

A - Des comportements de consommation médicale similaires à ceux des autres départements

1 - Des indicateurs de l'état de santé légèrement plus défavorables

Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour étudier l'état de santé de la population : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité prématurée avant 65 ans, le nombre de personnes en affections longue durée (ALD), etc.

En termes d'espérance de vie, l'Alsace se situe en 2007 dans la moyenne nationale (77,8 ans pour les hommes, soit 0,3 années de mieux que la moyenne nationale, et 84 ans pour les femmes soit 0,3 année en

40 L'article 122 de la loi du 21 juillet 2009 prévoit que le gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre 2010, un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé.

dessous de la moyenne nationale). La mortalité prématurée avant 65 ans y est en revanche moins fréquente que dans la plupart des autres régions. Avec un taux de décès de 187 pour 100.000, l'Alsace est en effet la 4^{ème} région en termes de taux standardisé de mortalité prématurée sur la période 2005-2007⁴¹.

L'Alsace est la région où le taux comparatif d'admissions en ALD est le plus important, essentiellement en raison des taux d'admissions très élevés pour les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Près de 40 000 personnes sont admises en affection de longue durée chaque année dans cette région. En cinq années (2000-2002 à 2005-2007), le nombre d'admissions a progressé de 17 %, ce qui s'explique aussi par le vieillissement et l'augmentation de la population régionale.⁴²

2 - Une offre de soins caractérisée par un secteur hospitalier proportionnellement plus important que le secteur ambulatoire

L'Alsace a une forte tradition hospitalière qui n'est probablement pas sans lien avec l'existence du régime local d'assurance maladie qui prend en charge à 100 % les dépenses hospitalières. C'est aussi une région où se sont historiquement développés des établissements privés confessionnels. L'Alsace est de surcroît une région dotée d'un centre hospitalier universitaire (CHU) important à Strasbourg qui attire des patients venus d'autres régionaux, en particulier de Lorraine, bien que cette dernière soit aussi bien dotée en nombre de lits par habitants que l'Alsace.

41 Source : rapport de l'observatoire régional de santé d'Alsace (ORSAL) « Etat de santé et déterminants de santé en Alsace », septembre 2010.

42 Source : idem (rapport ORSAL)

Densité des professionnels de santé libéraux (pour 100.000 habitants) en 2007

	Généralistes	Spécialistes	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes
Alsace-Moselle	90	83	66	52
<i>Moselle</i>	85	66	81	48
<i>Bas-Rhin</i>	101	101	65	60
<i>Haut-Rhin</i>	80	78	47	44
France hors Alsace-Moselle	86	86	90	74

Source : tableau DSS – données SNIR (système national inter-régimes)

3 - Une consommation de soins très proche de la moyenne nationale

Sur les soins de ville, la dépense moyenne par assuré en Alsace est de 1 005 € en 2007, c'est-à-dire équivalente à la moyenne nationale de 1 006 €. L'Alsace se classe ainsi au 11^{ème} rang des régions de France métropolitaine. En tenant compte de l'état de santé de la population (ALD, mortalité, etc.) et de sa structure par âge, la dépense par personne et par an est de 955 € et place l'Alsace au 17^{ème} rang, bien en-deçà de la moyenne nationale. La meilleure prise en charge de la dépense par l'intervention complémentaire du régime local par rapport au régime général ne semble donc pas induire un accroissement de la consommation des soins de ville.

Consommations de soins de ville par région

La moyenne nationale pour la consommation de soins de ville est de
1 006 € par assuré.

Rang	Régions	Consom- mation observée (€/tête)	% de plus de 65 ans	Indice d'exonéra- tion pour ALD	Indice ICM (indicateur comparatif de mortalité)	Ecart à la moyenne expliquée par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consom- mation standardisée (€/tête)
1	Corse	1 553	17 %	120	105	285	1 268
2	PACA	1 315	17 %	108	101	139	1 1176
3	Languedoc- Roussillon	1 243	16 %	108	104	115	1 128
4	Aquitaine	1 108	16 %	103	101	84	1 023
5	Midi-	1 095	15 %	100	101	10	1 084
6	Limousin	1 079	18 %	100	102	96	983
7	Auvergne	1 023	17 %	117	108	139	884
8	Nord Pas de Calais	1 021	11 %	98	119	-92	1 113
9	Bourgogne	1 018	17 %	104	102	96	922
10	Lorraine	1 010	14 %	92	112	-49	1 059
11	Alsace	1 005	14 %	104	105	50	955
12	Picardie	996	13 %	101	114	-19	1 015
13	Bretagne	988	15 %	106	111	37	950
14	Champagne- Ardenne	977	14 %	96	109	-7	984
15	Rhône-Alpes	975	14 %	97	98	-48	1 023
16	Poitou- Charentes	974	16 %	90	99	-30	1 004
17	Centre	966	16 %	96	101	-2	968
18	Haute- Normandie	956	14 %	104	108	-19	975
19	Franche-	930	15 %	98	106	-21	950
20	Basse- Normandie	916	15 %	95	105	-40	956
21	Ile de France	873	12 %	98	90	-72	945
22	Pays de Loire	866	14 %	94	97	-112	979

Source : annexe 7 du PLFSS 2010 – données 2007 CNAMTS, calculs DREES

En revanche, la structure des soins de ville peut être impactée par l'existence du régime local. La part des dépenses exonérées de ticket modérateur par rapport à celles non exonérées est en effet moins forte en Alsace-Moselle (44 % de la dépense en 2007) que sur l'ensemble du territoire métropolitain (55 % pour la même année). Ce constat peut sembler d'autant plus surprenant que la proportion de personnes en ALD est plus importante en Alsace-Moselle que dans le reste de la France (17,4 % en Alsace contre 16 % France métropolitaine en 2009).

Pour les dépenses hospitalières, l'Alsace se situe très légèrement au-dessus de la moyenne nationale. La dépense moyenne par assuré est de 637 € dans cette région contre 632 € France entière. Après corrections en fonction des facteurs sanitaires et démographiques, cette dépense en région Alsace s'établit à 666 € par assuré.

Consommations hospitalière par région (court séjour)

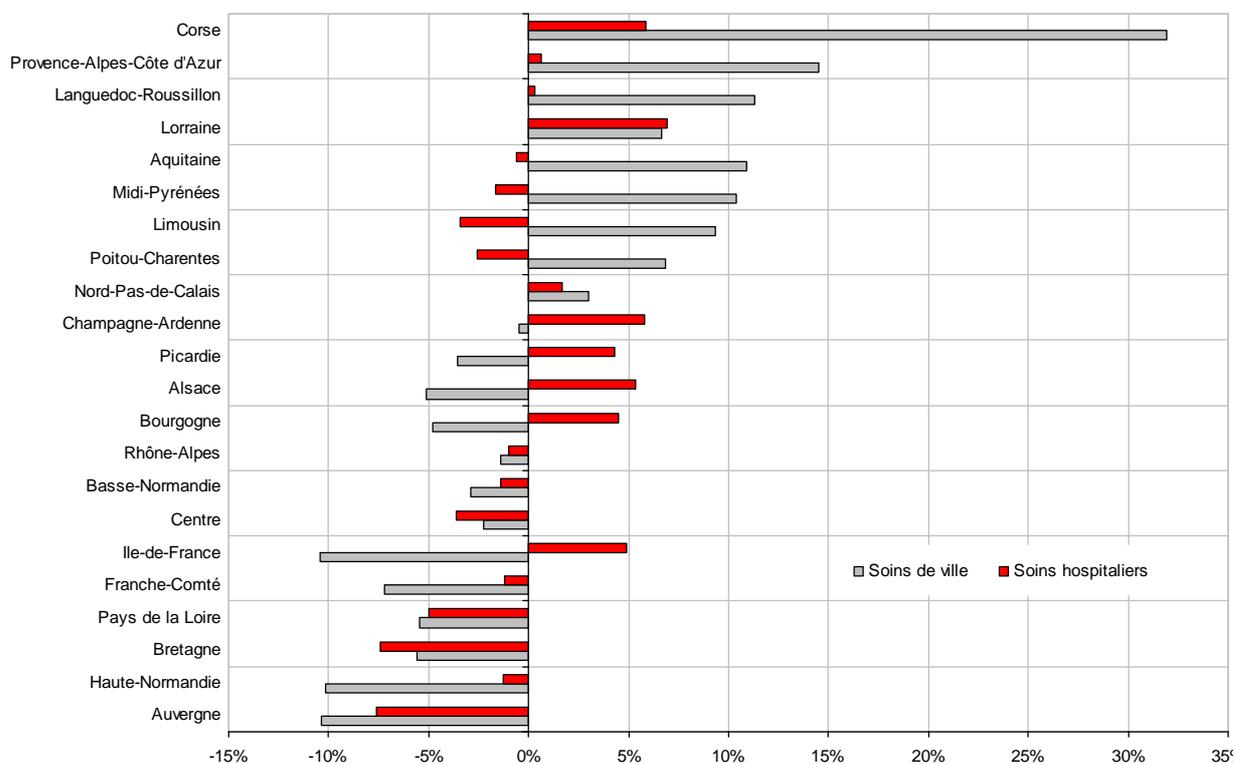
La moyenne nationale pour la consommation hospitalière est de 632 € par assuré.

Rang	Régions	Consommation observée (€/tête)	% de plus de 65 ans	Indice d'exonération pour ALD	Indice ICM (indicateur comparatif de mortalité)	Ecart à la moyenne expliquée par les caractéristiques de la population (€/tête)	Consommation standardisée (€/tête)
1	Corse	729	17 %	120	105	60	669
2	Bourgogne	712	17 %	104	102	52	660
3	Limousin	706	18 %	100	102	95	610
4	Lorraine	692	14 %	92	112	16	676
5	Champagne-Ardenne	686	14 %	96	109	18	669
6	Languedoc-Roussillon	672	16 %	108	104	38	634
7	Aquitaine	666	16 %	103	101	38	628
8	PACA	665	17 %	108	101	28	636
9	Poitou-Charentes	664	16 %	90	99	48	616
10	Picardie	657	13 %	101	114	-2	659
11	Basse-Normandie	657	15 %	95	105	34	623
12	Auvergne	650	17 %	117	108	66	584
13	Midi-Pyrénées	644	15 %	100	101	23	622
14	Nord Pas de Calais	643	11 %	98	119	0	643
15	Alsace	637	14 %	104	105	-29	666
16	Centre	634	16 %	96	101	25	603
17	Franche-Comté	633	15 %	98	106	9	624
18	Bretagne	629	15 %	106	111	44	585
19	Haute-Normandie	922	14 %	104	108	-2	624
20	Rhône-Alpes	598	14 %	97	98	-27	626
21	Pays de la Loire	591	14 %	94	97	-9	600
22	Ile de France	571	12 %	98	90	-92	663

Source : annexe 7 PLFSS 2010 – données CNAMTS 2007, calculs DREES

Comme le montrent les analyses du rapport du gouvernement au Parlement de septembre 2010 en application de l'article 122 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (cf. graphique ci-dessous), la consommation annuelle de soins de ville par habitant en Alsace est inférieure de 5 % à la moyenne nationale de consommation de soins de ville et celle de soins hospitaliers de court séjour est supérieure de 5 % à la moyenne nationale de consommation par habitant de soins hospitaliers. Au total, l'Alsace se classe donc en 12^{ème} position sur 22.

Écarts régionaux de consommations standardisées de soins de ville et de soins hospitaliers de court séjour par rapport aux consommations moyennes nationales correspondantes



Source : rapport du Gouvernement au Parlement de septembre 2010 en application de l'article 122 de la loi HPST du 21 juillet 2009

B - Des dépassements d'honoraires sans lien apparent avec l'existence d'un régime complémentaire obligatoire

L'Alsace est, avec la région parisienne, les Alpes Maritimes et le Rhône, un des territoires où les taux de dépassements d'honoraires est le plus important. Elle se caractérise à la fois par une forte proportion de médecins à honoraires libres et par des niveaux de dépassements élevés. La dernière étude réalisée par la CNAMTS⁴³ montre qu'en 2010, 26 % des médecins exercent en secteur 2 en Alsace (4 % chez les généralistes et 46 % chez les spécialistes). Au niveau national, 24 % des médecins sont en secteur 2 (7 % pour les généralistes et 41 % pour les spécialistes). Les spécialités les plus concernées par cette activité en honoraires libres sont la chirurgie (85 % en Alsace comme au niveau national), la gynécologie-obstétrique (70 % en Alsace et 66 % au niveau national), l'ORL (68 % en Alsace et 56 % au niveau national), l'ophtalmologie (55 % en Alsace et 53 % au niveau national). La tendance est plutôt à un accroissement du secteur 2 avec un tiers des nouveaux médecins qui s'installent dans ce secteur en Alsace. Cette forte présence du secteur 2 est plus sensible dans le Bas-Rhin que dans le Haut-Rhin. La situation du département de la Moselle est en revanche très différente : seuls 10 % des praticiens exercent en secteur 2.

Part des effectifs en secteur 2 (ou secteur 1 avec droit à dépassement permanent) – année 2010

	Bas- Rhin	Haut- Rhin	Moselle	France entière
Généralistes (sans mode d'exercice particulier)	5 %	3 %	2 %	7 %
Spécialistes	49 %	40 %	18 %	41 %
Anesthésistes	67 %	47 %	0 %	34 %
Chirurgiens	90 %	76 %	59 %	85 %
Gynécologues obstétriciens	71 %	66 %	26 %	66 %
ORL	75 %	54 %	38 %	56 %
Ophtalmologues	67 %	33 %	27 %	53 %
Total médecins	28 %	22 %	10 %	24 %

Source : CNAMTS

43 Point d'information CNAMTS 17 mai 2011 – données départementales obtenues par la CNAMTS le 2 septembre 2011

Le dépassement facturé moyen n'a cessé d'augmenter. Il est passé de 36 % en 1996 à 60 % en 2010 du tarif opposable. Parmi les 7 spécialités (dermatologie, la gynécologie, l'ophtalmologie, la gastro-entérologie, l'ORL, la psychiatrie et la rhumatologie) étudiées par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) Alsace en septembre 2008⁴⁴, le montant des dépassements représente en moyenne, en secteur 2, 64 % du montant remboursable.

Evolution des taux de dépassement en secteur 2 en Alsace-Moselle

	1996	2000	2005	2009	2010
Généralistes	38 %	44 %	41 %	44 %	46 %
Spécialistes	34 %	42 %	52 %	59 %	60 %
<i>Chirurgiens</i>	45 %	52 %	67 %	76 %	81 %
<i>Anesthésistes</i>	34 %	47 %	64 %	71 %	73 %
<i>Gynécologues obstétriciens et médicaux</i>	40 %	46 %	61 %	72 %	73 %
<i>ORL</i>	34 %	35 %	40 %	47 %	48 %
<i>Ophtalmologues</i>	33 %	45 %	53 %	62 %	61 %
<i>Pédiatres</i>	25 %	30 %	37 %	49 %	49 %
Total médecins	36 %	43 %	52 %	58 %	60 %

Source : CNAMTS

Toutefois, il n'est pas possible d'établir une corrélation entre l'existence du régime local d'assurance maladie et l'importance des dépassements d'honoraires. L'Alsace n'est pas la seule région confrontée à cette problématique. C'est aussi le cas d'autres régions ou départements avec des métropoles importantes dotées de grands centres hospitaliers universitaires (région parisienne, Rhône, Alpes Maritimes). La Moselle qui bénéficie pourtant du même niveau de couverture d'assurance maladie obligatoire que l'Alsace n'est de surcroît pas concernée par ce phénomène de dépassements d'honoraires plus importants que dans le reste de la France. La situation de l'Alsace serait donc davantage le fait d'un pouvoir d'achat de la population relativement élevé et de la présence d'un CHU important.

⁴⁴ URCAM Alsace « Dépassements d'honoraires et accès aux soins, la situation en Alsace », 12 septembre 2008

III - Un impact moindre des transferts de charges de l'assurance maladie de base sur le régime local

Comme les organismes complémentaires facultatifs, le régime local a subi depuis trente ans des transferts de charges de l'assurance maladie obligatoire, mais dans des proportions plus limitées puisque son champ d'intervention et son régime fiscal sont différents de ceux des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance. Les décisions prises localement par le conseil d'administration de l'instance de gestion ont de surcroît permis de réduire les effets de ces transferts.

A - Des transferts plus limités que ceux subis par les organismes complémentaires facultatifs

Les dépenses du régime local se sont modérément accrues ces dernières années (+8,4 % entre 2004 et 2010). Une partie de cette progression est imputable aux transferts de charges opérés depuis l'assurance maladie obligatoire de base. Ces transferts sont essentiellement de trois ordres :

- le forfait hospitalier journalier, créé en 1983, et dont la prise en charge par le régime local a été imposée par le pouvoir réglementaire malgré l'opposition à l'époque des conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie. Le montant du forfait hospitalier a régulièrement augmenté, passant de 3,05 € (20 francs) à 18 € par jour aujourd'hui (13,50 € pour un séjour en établissement psychiatrique). La charge du forfait journalier pour le régime local représente, en 2010, 60,7 M€ soit 13 % de ses dépenses ;
- la baisse du taux de remboursement de certains médicaments opérée de manière régulière par l'assurance maladie de base depuis les années 1980. Jusqu'en 2005, le régime local remboursait toute dépense ambulatoire jusqu'à 90 % du tarif conventionné. Les baisses du taux de remboursement se sont donc traduites mécaniquement par une hausse de la prise en charge par le régime local. Le coût total de ces transferts n'est pas connu⁴⁵ ;

⁴⁵ En 1992, le rapport d'information du Sénat susmentionné indiquait que le plan Séguin de 1987 qui déremboursait 1 500 médicaments a, en 1988, première année d'application, accru la charge du régime local de 90M de francs (13 M€).

- les participations forfaitaires :
 - o la participation forfaitaire de 1 €, créée en 2005 sur les consultations et visites des médecins et sur les actes de biologie ;
 - o depuis 2006, la participation forfaitaire de 18 € sur les actes techniques dont la valeur dépasse 91 € (120 € depuis le 1^{er} mars 2011) ;
 - o les franchises instituées en 2008 et portant sur les boîtes de médicaments, les actes infirmiers et les transports sanitaires.

Le régime local, comme d'ailleurs les contrats responsables des organismes complémentaires, ne prend en charge ni la participation forfaitaire de 1 € ni les franchises qui constituent donc des transferts vers les assurés. En revanche, il rembourse la participation forfaitaire de 18 €. Cette dépense représentait 2,2 M€ en 2007 pour le régime local et 6,2 M€ en 2010. En cumulé, sur la période 2007-2010, la dépense du régime local au titre de la participation forfaitaire s'élève à 20,4 M€.

En revanche, le régime local d'assurance maladie n'a pas subi les effets d'autres mesures de transferts qui ont impacté les organismes complémentaires. Se limitant à compléter la prise en charge par le régime de base et dans la limite du tarif opposable à la sécurité sociale, le régime local a au contraire bénéficié, par exemple, des remboursements intégraux ou de baisses de tarifs des radiologues et des biologistes. Ne relevant pas du code de la mutualité ou des assurances, il n'est par ailleurs pas soumis à la même fiscalité que les organismes complémentaires et n'acquies ni la contribution au fonds de la couverture maladie universelle (fonds CMU), ni la taxe sur les conventions d'assurance. A titre d'exemple, si le régime local était assujéti à la contribution au fonds CMU (1,75 % à sa création en 2000 puis 2,5 % en 2005, 5,9 % en 2009, 6,27 % en 2011), cela aurait représenté une charge cumulée de 96,4 M€ de 2005 à 2010⁴⁶ qui aurait affecté d'autant le montant des réserves du régime local.

Au titre des transferts de charge de l'assurance maladie complémentaire vers l'assurance maladie obligatoire, l'effet de l'augmentation des admissions en ALD est difficile à appréhender. Sur un territoire où le nombre de patients en ALD est particulièrement important, il n'y a pas de raison que le constat de la DREES dans sa publication sur

46 En prenant comme assiette de la contribution au fonds CMU le montant des cotisations du régime local.

les comptes nationaux de la santé en 2010⁴⁷, montrant que la part de la sécurité sociale de base dans le financement de la consommation de soins et biens médicaux continue d'augmenter (0,1 point entre 2008 et 2010) sous l'effet de la progression des dépenses des assurés en ALD, ne s'applique pas à Alsace-Moselle. Les chiffres disponibles (données de l'instance de gestion du régime local) ne permettent toutefois pas de démontrer clairement ce phénomène. Ils indiquent que les dépenses du régime local pour les patients en ALD ont progressé, entre 2009 et 2010, de 5,5 %. Sur cette même période, la dépense du régime général pour ces mêmes assurés a augmenté de 4,5 %. Cette situation serait liée à une croissance naturelle des dépenses hors ALD pour les patients atteints d'ALD.

B - Des mesures de gestion du risque pour éviter des dépenses supplémentaires

Dotée de son autonomie de gestion, le conseil d'administration du régime local a pris des décisions pour éviter l'accroissement des charges lié à des transferts en provenance de l'assurance maladie de base. Ainsi, lors de sa réunion du 19 décembre 2005, il décida de ne pas participer au remboursement des médicaments à vignettes orange dont la prise en charge par le régime général est prévue à 15 % et de rembourser les médicaments à vignette bleue (base de remboursement du régime général à 35 %) jusqu'à 80 % au lieu de 90 % précédemment.

En 2010, l'impact financier pour le régime local est estimé, par l'instance de gestion du régime local, à 22 M€⁴⁸ pour le déremboursement des médicaments à vignettes orange et à 4,4 M€ pour la baisse du niveau de remboursement des médicaments à vignettes bleues.

Ces mesures marquent une évolution majeure dans la gestion du régime puisqu'elles rompent avec le principe d'un ticket modérateur résiduel pour les assurés de 10 % pour les soins ambulatoires. Elles ont toutefois permis de conserver une prise en charge à 100 % pour les soins hospitaliers (y compris le forfait journalier et la participation forfaitaire

⁴⁷ DREES, Etudes et résultats, septembre 2011, « Les comptes nationaux de la santé en 2010 »

⁴⁸ Source : instance de gestion du régime local. Les dépenses du régime général au titre des « médicaments à 15 % » pour les assurés du régime local est, en 2010, de 4,5 M€. Avant 2005, la sécurité sociale remboursait ces médicaments majoritairement au taux de 35 % et le régime local complétait jusqu'à 90 %. Si le régime local devait poursuivre le remboursement de ces médicaments jusqu'à 90 % (15 % régime général et 75 % régime local), cela lui aurait coûté, en 2010, 22 M€.

de 18 € pour les actes lourds réalisés en établissement ou en ambulatoire) et de limiter les cotisations. Celles-ci ont même pu être réduites à 1,6 % en 2008 et maintenues à ce niveau depuis malgré les effets de la crise économique sur la masse salariale.

————— *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* —————

La situation financière globale du régime complémentaire obligatoire d'assurance maladie en Alsace-Moselle est équilibrée non pas pour des raisons de comportements de santé plus vertueux que dans d'autres régions mais du fait d'un mode de régulation qui donne au conseil d'administration du régime le pouvoir de modifier à tout moment le niveau des prestations et le niveau de la cotisation supplémentaire dans la limite d'une fourchette comprise entre 0,75 % et 2,5 %. Ces règles ont permis au régime local de s'ajuster notamment aux effets des transferts de charges qui ont pu intervenir entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire. Elles ont aussi été à l'origine de réserves qui ont permis, d'une part, de couvrir les déficits (hors résultats exceptionnels et financiers) constatés depuis 2008 et, d'autre part, d'éviter une augmentation des cotisations ce qui a préservé le pouvoir d'achat des salariés

Chapitre III

La problématique d'une extension du régime local au reste du territoire national

La question de l'extension du régime d'Alsace-Moselle est régulièrement posée. Elle peut s'entendre de deux façons : une approche radicale qui serait la généralisation de ce dispositif d'assurance maladie complémentaire obligatoire au reste du territoire et une approche par les modes de gestion qui pourraient être une source d'inspiration pour l'organisation de l'assurance maladie.

La première approche nécessite d'analyser l'articulation du régime d'Alsace-Moselle avec la couverture complémentaire facultative car l'assurance complémentaire obligatoire ne se substitue pas à l'assurance maladie facultative.

La deuxième approche invite à s'interroger sur certaines particularités de fonctionnement du régime local d'assurance maladie qui pourraient utilement être transposées au régime général. La première de ces particularités tient au mode de gouvernance instauré en 1995 qui garantit une autonomie de gestion aux instances locales que ce soit pour les recettes ou les dépenses. La seconde particularité est l'intégration très forte avec les organismes du régime général (CPAM et URSSAF) qui permet de mutualiser les charges de fonctionnement et qui explique des coûts de gestion très faibles.

I - Un exemple inédit de trois étages d'assurance maladie

Le régime local se positionne comme un deuxième étage de prise en charge des dépenses de santé, entre l'assurance maladie de base et l'assurance maladie complémentaire servie par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les sociétés d'assurance. L'existence d'un régime complémentaire obligatoire ne fait pas disparaître le rôle de ces assurances complémentaires facultatives dont le taux d'adhésion est assez comparable à celui constaté sur le reste du territoire. L'analyse du coût total de l'assurance maladie complémentaire, obligatoire et facultative, montre toutefois des différences de coût, en fonction de la configuration familiale et du niveau des revenus, entre le système alsacien mosellan et celui applicable dans les autres départements.

A - Un champ d'intervention plus proche de celui du régime de base

Les dispositions juridiques relatives au régime local d'Alsace-Moselle relèvent du code de la sécurité sociale et non du code de la mutualité ou du code des assurances. Dans le même temps, le régime local fait partie de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)⁴⁹ aux côtés des représentants des organismes complémentaires facultatifs.

Le régime local se cantonne à un financement complémentaire au régime de base de sécurité sociale dans la limite du tarif opposable au régime général et ne se situe donc pas dans un champ concurrentiel avec les organismes complémentaires. Ainsi il ne rembourse pas les dépassements d'honoraires et intervient très marginalement dans la prise en charge des frais dentaires et d'optique, de prothèses auditives ou d'autres dispositifs médicaux puisque l'assiette du remboursement est celle du tarif opposable à la sécurité sociale. A ce titre, la comparaison des garanties offertes par le régime local avec celles des organismes complémentaires facultatifs, selon la méthodologie adoptée par la Cour dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la

⁴⁹ Créée en 2005, l'UNOCAM rassemble la fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le régime local d'Alsace-Moselle, le groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) et la fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

sécurité sociale de septembre 2011⁵⁰, montrerait que l'indice représentatif du régime local serait très faible (entre 0 et 0,5), illustration du faible niveau de garanties par rapport aux contrats d'assurance maladie complémentaire proposés par les mutuelles, les institutions de prévoyance ou les sociétés d'assurance.

Le régime local n'entre pas dans le champ des contrats responsables puisqu'il s'agit d'un régime de sécurité sociale obligatoire. Toutefois, il respecte les principes de non prise en charge des franchises et de la participation forfaitaire de 1 €. De même, pour le remboursement des honoraires hors parcours de soins, le régime local ne complète le régime de base que jusqu'à 50 % du tarif opposable. En revanche, son niveau de remboursement des soins ambulatoires ne suit pas les règles qui s'imposent aux contrats responsables pour le remboursement des honoraires du médecin traitant (100 %), des médicaments (95 % pour les vignettes blanches) ou encore des visites de prévention.

La majorité des assurés du régime local dispose d'une couverture complémentaire facultative. Les statistiques communiquées par les CPAM des trois départements montrent que 81 % des assurés du régime local disposent d'une couverture complémentaire facultative. Pour les assurés des trois départements concernés qui ne sont pas affiliés au régime local mais qui dépendent du régime général, la proportion de recours à un organisme complémentaire est de 78,3 %, soit légèrement inférieure à celle des assurés du régime local. Ces chiffres sont toutefois à considérer avec précaution. Ils constituent un minorant car ne sont enregistrés dans les systèmes d'information de la CNAMTS que les organismes complémentaires qui ont un accord avec les CPAM pour le transfert automatique des données de liquidation. Ainsi, la proportion de personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire au sein de la population non affiliée au régime local (78,3 %)⁵¹ apparaît faible au regard du taux national (94 % selon la dernière enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé - IRDES - en 2008). Cet écart entre le chiffre national (94 %) et le chiffre régional (78,3 %) s'explique également par des différences de méthodologie. Les données de l'IRDES sont issues d'une enquête réalisée en 2008 et non d'un recensement exhaustif alors que les données des CPAM résultent

50 Chapitre XI : Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire. Pour mesurer finement la qualité des différents contrats d'assurance maladie complémentaire, la Cour a construit un indice représentatif du panier de soins pondéré par l'importance de chaque catégorie de soins dans les dépenses supportées par les organismes complémentaires.

51 Ce chiffre intègre les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaires.

d'extractions retraitées des systèmes d'informations de l'assurance maladie⁵².

Part des assurés de l'Alsace-Moselle disposant d'une complémentaire santé facultative connue de la CPAM

	Régime général	Régime local	Total des assurés
Bas-Rhin			
Assurés	75,0%	80,8%	80,2%
Ayants droit	86,3%	86,3%	86,0%
Total	77,0%	82,4%	81,9%
Haut-Rhin			
Assurés	75,1%	78,5%	78,0%
Ayants droit	83,2%	84,4%	84,3%
Total	77,2%	80,3%	79,9%
Moselle			
Assurés	77,6%	78,2%	78,1%
Ayants droit	87,0%	84,1%	84,4%
Total	80,1%	80,1%	80,1%
Région Alsace Moselle			
Assurés	76,0%	79,3%	78,9%
Ayants droit	84,8%	85,0%	85,0%
Total	78,3%	81,0%	80,7%

*Source : CPAM Bas-Rhin, CPAM Haut-Rhin, CPAM Moselle
Données à partir des assurés ayant des droits actifs au 31.03.2011*

La CNAMTS ne dispose pas de données nationales sur ce même champ des assurés du régime général couverts par un organisme complémentaire déclaré auprès des CPAM. Toutefois, dans sa réponse à la Cour, la CNAMTS fait référence à une enquête nationale conduite en 2009 qui montre que le taux de bénéficiaires sans mutuelle complémentaire active connue de la CPAM est supérieur pour les 3 caisses concernées (27,4 %) à la moyenne constatée sur l'ensemble des caisses voisines (caisses rattachées au centre informatique Grand Est – 22,02 %) ainsi qu'à la moyenne nationale (24,78 %). Cette étude ne permet certes ni de distinguer les bénéficiaires du régime local des autres bénéficiaires dans la région Alsace-Moselle, ni d'intégrer les contrats complémentaires des assurés non connus des CPAM. Elle présente

⁵² Une requête au niveau de la CPAM du Bas-Rhin, prenant en compte les données brutes des fichiers (aucune neutralisation n'a été effectuée), montre d'ailleurs que le taux de couverture par un organisme complémentaire passe de 77 % à 86,9 % pour les bénéficiaires du régime général, et, de 82,4 % à 91,3 % pour les bénéficiaires du régime local.

toutefois un double intérêt : elle permet d'une part d'illustrer les effets de la différence de méthode entre les données CPAM (moyenne nationale de 75,22 % de recours à une complémentaire) et l'enquête IRDES (94 %) et d'autre part de confirmer le fait que le taux de recours aux complémentaires en Alsace-Moselle est relativement comparable à celui constaté sur le reste du territoire.

B - Un coût total de couverture complémentaire plus faible avec le régime local pour les familles, les titulaires de revenus les plus modestes et les retraités

Les assurés du régime local d'assurance maladie bénéficient d'offres spécifiques de la part des organismes complémentaires que ce soit pour les contrats collectifs ou les contrats individuels. A niveau de prestations équivalentes à celles servies à l'ensemble des assurés, le taux des cotisations des organismes complémentaires est en effet minoré pour les affiliés du régime local afin de tenir compte des moindres remboursements à la charge de l'organisme complémentaire.

Des cas-types ont été élaborés par la Cour pour évaluer le coût comparatif d'une couverture complémentaire d'un assuré du régime local et d'un assuré qui est uniquement au régime général. Différents paramètres (configuration familiale, âge, revenus) ont été pris en considération dans les simulations.

Cas-type n° 1 : contrat collectif (salariés des organismes de sécurité sociale locaux)

Hypothèses : montant des cotisations mensuelles de l'assurance complémentaire facultative

Forfait isolé	Part employeur	Part salariale
Régime général	9,46 € + 0,775 % de la tranche A	9,46 € + 0,775 % de la tranche A
Régime local	5,72 € + 0,464 % de la tranche A	5,72 € + 0,464 % de la tranche A

Forfait famille	Part employeur	Part salariale
Régime général	18,92 € + 1,55 % de la tranche A	18,92 € + 1,55 % de la tranche A
Régime local	11,43 € + 0,928 % de la tranche A	11,43 € + 0,928 % de la tranche A

NB : la tranche A fait référence à la 1ère tranche de cotisation ARRCO

Résultats des simulations : coût total mensuel des cotisations pour une couverture complémentaire (obligatoire et facultative)

	Régime général	Régime local	Gain (-) ou coût (+) régime local par rapport au régime général
1) salarié célibataire 1 SMIC	40,08 €	45,95 €	+12,7 %
2) salarié marié 2 enfants 1 SMIC	80,16 €	70,03 €	-14,45 %
3) salarié célibataire 2 SMIC	61,24 €	80,45 €	+23,9 %
4) salarié marié 2 enfants 2 SMIC	122,47 €	117,21 €	-4,49 %
5) salarié célibataire 5 SMIC	64,58 €	147,98 €	+56,6 %
6) salarié marié 2 enfants 5 SMIC	129,17 €	186,74 €	+30,83 %

NB : le coût total intègre la cotisation versée par l'employeur

Cas-type n° 2 : contrat individuel (simulations à partir des conditions de garanties et de tarifs constatés localement dans des mutuelles)

Hypothèses : montant des cotisations mensuelles de la complémentaire facultative

Mutuelle n° 1	Régime local		Régime général	
	niveau 1 (minimal)	niveau 4 (maximal)	niveau 1 (minimal)	niveau 4 (maximal)
1 adulte de moins de 35 ans	25,73 €	65,93 €	50,07 €	94,05 €
1 adulte de plus de 35 ans	35,46 €	75,21 €	68,40 €	108,15 €
1 enfant	15,25 €	34,64 €	28,74 €	51,10 €
2 enfants	24,36 €	49,69 €	47,09 €	72,42 €
3 enfants et plus	30,98 €	64,76 €	59,96 €	93,74 €
Cotisation majorée pour adhésion à partir de 61 ans	68,69 €	147,02 €	134,84 €	213,15 €

Mutuelle n° 2	Régime local		Régime général	
	niveau 1 (minimal)	niveau 3 (maximal)	niveau 1 (minimal)	niveau 3 (maximal)
Adulte seul				
30-39 ans	30,20 €	64,75 €	66,65 €	116,85 €
60-69ans	43,95 €	93,30 €	92,75 €	173,50 €
70-79 ans	49,05 €	97,85 €	96,25 €	178,10 €
Conjoint				
30-39 ans	27,55 €	53,70 €	53,45 €	89,20 €
60-69ans	37,15 €	68,85 €	68,50 €	123,90 €
70-79 ans	42,50 €	74,10 €	74,35 €	127,35 €
Forfait enfants (quel que soit le nombre d'enfants)	22,20 €	37,55 €	41,75 €	73,30 €

**Résultats des simulations : coût total mensuel des cotisations pour
 une couverture complémentaire (obligatoire et facultative)**

	Mutuelle n° 1			Mutuelle n° 2		
	Régime général	Régime local	Gain (-) ou coût (+) régime local par rapport au régime général	Régime général	Régime local	Gain (-) ou coût (+) régime local par rapport au régime général
1) 1 adulte 36 ans 1 SMIC contrat de base	68,40 €	57,30 €	-19,37 %	66,65 €	52,04 €	-28,07 %
2) 1 adulte 36 ans 1 SMIC contrat maximal	108,15 €	97,05 €	-11,44 %	116,85 €	86,59 €	-34,95 %
3) famille (2 adultes et 2 enfants) 1 SMIC contrat de base	183,89 €	117,12 €	-57,01 %	161,85 €	101,79 €	-59,00 %
4) famille (2 adultes et 2 enfants) 1 SMIC contrat maximal	288,72 €	221,95 €	-30,08 %	279,85 €	101,79 €	-174,93 %
5) 1 adulte 36 ans 2 SMIC contrat de base	68,40 €	79,14 €	+13,57 %	66,65 €	73,88 €	+9,79 %
6) 1 adulte 36 ans 2 SMIC contrat maximal	108,15 €	118,89 €	+9,03 %	116,85 €	108,43 €	-7,77 %
7) famille (2 adultes et 2 enfants) 2 SMIC contrat de base	183,89 €	138,96 €	-32,33 %	161,85 €	123,63 €	-30,91 %
8) famille (2 adultes et 2 enfants) 2 SMIC contrat maximal	288,72 €	243,79 €	-18,43 %	279,35 €	199,68 €	-39,90 %
9) 1 adulte 36 ans 5 SMIC contrat de base	68,40 €	144,66 €	+52,72 %	66,65 €	144,66 €	+53,93 %
10) 1 adulte 36 ans 5 SMIC contrat maximal	108,15 €	184,41 €	+41,35 %	116,85 €	184,41 €	+36,6%
11) famille (2 adultes et 2 enfants) 5 SMIC contrat de base	183,89 €	204,48 €	+10,07 %	161,85 €	189,15 €	+14,4%
12) famille (2 adultes et 2 enfants) 5 SMIC contrat maximal	288,72 €	309,31 €	+6,66 %	279,35 €	265,20 €	-5,34 %

13) un retraité de 65 ans (adhésion tardive après 61 ans) au minimum vieillesse (742,28 €/mois)	134,84 €	68,69 €	-96,30 %	92,75 €	43,95 €	-111,04 %
14) un couple de retraité de 75 ans (adhésion tardive après 61 ans) assujetti à l'impôt sur le revenu (retraite de 2689 €/mois)	269,68 €	180,40 €	-49,49 %	170,60 €	134,57 €	-26,77 %

Source : Cour des comptes

Ces cas-types montrent que le régime local est plus intéressant pour les salariés aux revenus les plus modestes, pour les familles dont les deux conjoints sont affiliés au régime local et pour les retraités. En revanche, le régime local est plus onéreux qu'un système complémentaire facultatif intégral pour les personnes célibataires et les salariés aux revenus élevés. Ces résultats sont l'illustration du mode de financement solidaire du régime local fondé sur des cotisations proportionnelles et déplafonnées, qui font l'objet d'exonérations pour les retraités non imposables et qui ne s'appliquent pas aux enfants et au conjoint inactif. A l'inverse, les cotisations des organismes complémentaires facultatifs sont le plus souvent forfaitaires et non proportionnelles (sauf pour les contrats collectifs), elles augmentent avec l'âge de l'assuré et sont dues également pour les enfants (avec des formules « famille »).

Une généralisation du régime local devrait donc prendre en compte ces deux réalités :

- l'assurance maladie complémentaire obligatoire, telle qu'elle existe en Alsace-Moselle, ne se substitue pas à l'assurance maladie facultative
- le système de protection complémentaire obligatoire, basé sur un système de financement proportionnel, est plus solidaire que le système actuel de protection complémentaire facultative. Sa mise en place se traduirait par des effets de redistribution importants vers les assurés les plus modestes⁵³.

⁵³ Les effets de la redistribution seraient atténués par le caractère déductible de la cotisation de l'impôt sur les revenus.

Au-delà de ces considérations, la généralisation du régime local pose la question politique d'une augmentation des cotisations sociales qui pèserait sur tous les salariés⁵⁴. Une telle généralisation, si elle s'appliquait à tous les salariés du régime général, y compris aux fonctionnaires qui en sont exclus dans le système alsacien mosellan actuel, générerait une recette supplémentaire pour la CNAMTS de l'ordre de 14 Md€ par an, soit 10 % du montant des produits de cotisations, des contributions sociales et des taxes affectées constatés en 2010. Dans un contexte de déficits importants de l'assurance maladie et d'une situation de l'emploi peu favorable, une telle perspective semble peu réaliste.

II - Les modes de gestion du régime local : une source d'inspiration pour des évolutions plus générales de l'assurance maladie

Le régime local doit sa longévité à l'attachement historique et culturel des populations alsaciennes-mosellanes à leur régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire mais aussi à la réforme conduite au début des années 1990 qui a permis de donner au régime sa pleine autonomie de gestion. L'équilibre financier est le fruit de la réactivité des décisions de gestion pour ajuster les prestations ou les cotisations à la situation financière du régime. Le régime local est également soucieux d'accompagner ou de préfigurer une politique de meilleure gestion du risque. L'autre particularité du mode de fonctionnement du régime est le niveau faible des charges de fonctionnement lié notamment à l'intégration très forte avec les organismes du régime général (CPAM et URSSAF) qui permet des économies de mutualisation, même si la facturation forfaitaire de frais de gestion ne permet pas de mesurer avec précision ces dernières. Sur ces deux points, gestion du risque et coût de gestion, il est intéressant de s'interroger sur l'influence que pourraient avoir une transposition au niveau national des choix opérés pour le régime local.

La question d'une transposition au reste du territoire national du système de gouvernance du régime local pourrait également être posée : le dispositif de régulation en cas de baisse du niveau des réserves en dessous d'un certain seuil prévu par la réglementation est garant de la soutenabilité financière du régime et la décentralisation du pouvoir de décision a permis de responsabiliser l'organe délibérant du régime local,

⁵⁴ Ce calcul est fait sur la base de l'assiette 2010 de la CSG maladie sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement (part de la CSG affectée à la branche CNAMTS).

en l'occurrence le conseil d'administration, sur la nécessité de prendre les mesures de recettes et de dépenses, dans le respect du cadre réglementaire, permettant d'assurer l'équilibre financier du régime. Une telle transposition, qui reviendrait à l'esprit des Ordonnances de 1967, jamais appliquées sur ce point, impliquerait cependant, au-delà même du fait que les sommes en cause et les populations couvertes n'ont rien à voir, un changement complet du mode actuel de gestion des régimes de base dont l'analyse dépasse le cadre du présent rapport.

A - L'utilisation du régime local pour expérimenter des mesures nouvelles de gestion du risque

Le régime local affiche l'ambition d'être un « laboratoire » pour des expériences permettant de rationaliser les dépenses de santé.

L'initiative la plus aboutie, mais qui a avorté faute des évolutions nécessaires des systèmes d'information de la CNAMTS, est la décision du conseil d'administration le 19 décembre 2005 de rembourser les médicaments génériques à 100 %⁵⁵ pour favoriser la prescription de ces médicaments plutôt que les molécules princeps plus onéreuses. La mise en œuvre de cette mesure supposait une évolution de la réglementation, qui fut opérée en mars 2007⁵⁶ avec la modification de l'article D.325-7 du code de la sécurité sociale, et une adaptation des programmes informatiques nationaux de l'assurance maladie, mais la CNAMTS, malgré les nombreuses relances du régime local et la suspension du versement des frais de gestion depuis novembre 2008 comme mesure de rétorsion, n'a pas mis en œuvre cette évolution des systèmes d'information. Interrogée par la Cour, la CNAMTS a indiqué que la mesure souhaitée par le régime local nécessiterait des développements informatiques particulièrement lourds, considérés comme non prioritaires par rapport à la mise en œuvre des réformes et évolutions réglementaires impactant le régime général. Elle précise toutefois qu'une démarche concertée va être mise en œuvre avec le régime local pour réexaminer la question ainsi que la reprise du versement des frais de gestion. Pour la CNAMTS, la mesure du régime local, même si elle est censée répondre à un objectif de maîtrise des dépenses de santé, ne s'inscrit toutefois pas

55 Cette mesure signifie la prise en charge par le régime local de l'intégralité du ticket modérateur pour les médicaments génériques et pour les médicaments princeps dont le prix est inférieur ou égal au prix du générique

56 Décret n° 2007-350 du 14 mars 2007 relatif à la modulation du taux de prise en charge du ticket modérateur pour les assurés relevant du régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

dans la politique actuelle de fixation du niveau de remboursement des médicaments qui vise à tenir compte du service médical rendu.

Dans le même esprit, le président du régime local souhaiterait que l'Alsace-Moselle puisse expérimenter la mise en place d'un secteur optionnel⁵⁷ permettant de limiter les dépassements d'honoraires dont l'importance dans la région Alsace a été rappelée supra (cf. supra). Le ticket modérateur des actes des praticiens qui adhéreraient au secteur optionnel serait pris en charge intégralement par le régime local. Sur ce sujet, le régime local s'inscrit dans les évolutions souhaitées par l'assurance maladie obligatoire de base. Devant les difficultés rencontrées au niveau national pour parvenir à un accord avec les organismes complémentaires sur la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérant au secteur optionnel, l'initiative du régime local pourrait présenter l'intérêt de pouvoir tester, sur un champ territorial limité, la faisabilité du secteur optionnel et d'en évaluer les impacts en termes financiers et sur la régulation effective des dépassements d'honoraires. Une disposition législative serait nécessaire d'une part pour permettre de négocier au plan local un accord sur un nouveau secteur d'activité et d'autre part autoriser le régime local à prendre en charge les dépassements d'honoraires liés au secteur optionnel. Une telle mesure ne serait pas sans conséquence pour les régimes complémentaires facultatifs qui se positionnent avant tout sur la prise en charge des dépassements d'honoraires.

Enfin, le régime local accorde une place particulière aux actions de prévention. Depuis la loi du 14 avril 1998, les excédents comptables peuvent être affectés, dans la limite de 0,5 % des dépenses de prestations, à des actions de santé publique ou à des actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins⁵⁸. Sur les dix dernières années, le régime local a consacré en moyenne 0,5 M€ par an, soit 0,13 % des charges, à la politique de prévention. Ses actions sont ciblées sur les pathologies cardio-vasculaires⁵⁹ et sur les cancers⁶⁰, thématiques inscrites dans les

57 Le secteur optionnel, actuellement en discussion dans le cadre des négociations conventionnelles entre la CNAMTS et les médecins, est un nouveau secteur d'exercice entre le secteur 1 (tarifs conventionnés) et le secteur 2 (honoraires libres). Il prévoit qu'une fraction des actes des médecins libéraux (30 % au moins) soit réalisée sans dépassements d'honoraires et que pour les autres actes, le montant des dépassements ne dépasse pas 50 % du tarif conventionnel.

58 Article L. 325-2 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 90 de la loi HPST du 21 juillet 2009 pour introduire le taux maximal de 0,5 % des dépenses de prestations de l'exercice.

59 Délibération du conseil d'administration du 21 juin 1999

60 Délibération du conseil d'administration du 22 novembre 2004

plans régionaux de santé publique d'Alsace et de Lorraine, et sont conduites en partenariat avec d'autres acteurs de la région participant à la politique de prévention. Le régime local n'organise pas lui-même d'opérations de prévention mais verse des subventions à des organismes (associations, administrations, collectivités) qui mettent en place les actions. Il est cependant difficile de porter une appréciation sur cette politique qui agit sur les facteurs de risques de certaines pathologies et dont les effets ne sont visibles que sur le long terme.

B - L'intérêt de la mutualisation de la gestion des prestations d'assurance maladie de base et d'assurance maladie complémentaire

La mutualisation de la gestion des prestations, comme c'est le cas pour les prestations du régime local versées par les CPAM simultanément à celles du régime général, présente un double intérêt : une simplification des procédures pour l'assuré qui reçoit un versement unique et une économie de gestion pour les organismes.

Cette mutualisation du versement des prestations peut prendre deux formes. La première consiste pour l'organisme de base à verser les prestations complémentaires. C'est le cas des CPAM pour le régime local d'Alsace-Moselle mais aussi au plan national pour la couverture maladie complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C (85 % des bénéficiaires de la CMU-C, soit 3,7 millions de personnes choisissent leur caisse de base comme organisme complémentaire). Les coûts marginaux de gestion de la CMU-C sont estimés par la CNAMTS à 1,2 % des prestations, ce qui est comparable aux coûts de gestion du régime local d'Alsace-Moselle.

Certaines caisses de mutualité sociale agricole développent par ailleurs des accords avec des organismes complémentaires⁶¹ pour verser, pour le compte de ces derniers, la part complémentaire à leurs assurés.

A l'inverse, l'organisme complémentaire peut verser, sur délégation de gestion, les prestations d'assurance maladie de base. Cette deuxième situation est la plus fréquente pour le régime général et a été critiquée par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2006 sur

61 Chaque caisse de MSA conduit sa propre politique d'offre de services aux organismes complémentaires. La MSA d'Alsace a par exemple versé 29,7 M€ de prestations pour le compte de tiers (dont 5,5 M€ pour le régime local agricole d'Alsace-Moselle et environ 20 M€ pour des organismes complémentaires facultatifs).

L'application des lois de financement de la sécurité sociale. La Cour rappelait alors que la gestion de l'assurance maladie obligatoire déléguée à des organismes complémentaire concernait plus de 11 millions d'assurés sociaux : 17 % des assurés du régime général (essentiellement les fonctionnaires et les étudiants), 10 % des exploitants agricoles et la totalité des assurés du régime social des indépendants. Les frais de gestion pour ces délégations de gestion semblent élevés par rapport à ceux dûs par le régime local à la CNAMTS. Le régime local est en effet redevable de frais de gestion de 0,5 % du montant des prestations alors que le régime général verse des remises de gestion à hauteur de 5 % des prestations aux mutuelles de fonctionnaires, de 21 % aux mutuelles d'étudiants et de 4 % aux autres mutuelles. Les modalités de calculs des remises de gestion, basées sur le coût moyen par bénéficiaire pour une CPAM avec des règles de réfaction et de majoration particulièrement complexes, sont très différentes des frais de gestion forfaitaires imputés au régime local. L'absence de comptabilité analytique pour les deux systèmes est à ce titre très regrettable. Les moyens en personnels nécessaires pour la gestion déléguée aux organismes complémentaires sont d'une autre ampleur que ceux requis pour la gestion des prestations du régime local. La Cour des comptes, dans son rapport précité de 2006, a estimé à 10.000 le nombre de salariés des mutuelles et assurances gérant le régime obligatoire de base d'assurance maladie. Le réseau des CPAM, de son côté, n'a pas d'agents spécifiquement dédiés à l'affiliation et à la liquidation des prestations pour le compte du régime local. Des progrès ont été réalisés depuis 2006 notamment en matière de sécurisation des flux de données issues des mutuelles et d'articulation des systèmes d'information. Même si les modalités de la gestion des prestations de base déléguée aux organismes complémentaires sont très différentes, la comparaison avec le régime local d'Alsace-Moselle invite néanmoins à se réinterroger sur le système des délégation de gestion, système qui répond à des considérations historiques des logiques d'efficience et de qualité du service rendu à l'assuré.

Le régime général, s'il est aujourd'hui davantage confronté à des situations où il délègue la gestion des prestations de base à un organisme complémentaire, pourrait, après la gestion de contrats souscrits au titre de la CMU-C, se positionner plus largement sur la gestion de la couverture complémentaire pour certains publics. L'instauration d'une faculté générale de versement de la part complémentaire par les CPAM pour le compte d'un organisme complémentaire nécessiterait de lever de nombreux obstacles juridiques (au regard du droit communautaire de la concurrence notamment), politiques (l'opposition certaine des organismes complémentaires) et techniques (hétérogénéité des garanties prévues dans les contrats souscrits par les assurés). Dans ce contexte, la gestion par

l'assurance maladie de base de contrats complémentaires « types » pour des publics en difficulté, publics qui renoncent aujourd'hui aux soins faute de prise en charge suffisante des dépenses de santé et aussi en raison de la complexité du système présente un réel intérêt. En ce sens, la possibilité pour les régimes de base d'assurance maladie de base de gérer des contrats souscrits grâce à l'aide à la complémentaire santé (ACS) devrait être étudiée dans le prolongement des analyses de la Cour dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale sur l'insuffisante pénétration de ce dispositif⁶². Cette possibilité pourrait permettre d'obtenir un meilleur taux de recours à l'ACS et d'améliorer le niveau des garanties, les frais de gestion étant beaucoup plus faibles pour les organismes de base que pour les complémentaires (cf. supra).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La transposition de ce régime au reste de la France n'est guère envisageable car elle impliquerait une augmentation des cotisations sociales des seuls salariés de 1,6 % dans un contexte où le pouvoir d'achat est déjà affecté par la crise économique sans dispenser de recourir à une assurance complémentaire facultative. L'analyse de la situation des assurés sociaux des trois départements d'Alsace-Moselle montre en effet que ceux-ci ont également recours aux organismes complémentaires facultatifs dans une proportion quasi équivalente à celle des autres Français. L'exemple alsacien-mosellan de couverture complémentaire obligatoire gérée par les caisses du régime général peut toutefois être utilisé pour réfléchir à une meilleure articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire.

La Cour recommande ainsi de :

6. améliorer la connaissance du recours des assurés sociaux aux assurances maladie complémentaires en Alsace-Moselle par une étude de l'observatoire régional de santé ;

7. étudier la faisabilité, en s'inspirant du mode de gestion du régime local d'assurance maladie, d'un développement des dispositifs de gestion de la couverture complémentaire par les régimes de base notamment en direction des publics en difficulté par la gestion, au-delà de contrats souscrits au titre de la CMU-C, de contrats souscrits auprès d'eux grâce à l'aide à la complémentaire santé (ACS).

62 RALFSS 2011 Chapitre XI : Les aides publiques au financement de la couverture maladie complémentaire.

Conclusion

Peu étudié, le régime local d'Alsace-Moselle d'assurance maladie complémentaire obligatoire présente des caractéristiques originales.

Ce système se caractérise par un champ d'intervention relativement limité puisque les dépenses s'élèvent à un peu plus de 450M€ et par un financement solidaire fondé sur une cotisation supplémentaire payée par les seuls assurés. Depuis l'autonomie de gestion qui lui a été conférée en 1995, il est piloté de manière satisfaisante grâce à un mode de régulation qui permet au conseil d'administration d'ajuster, à tout moment, le niveau des prestations et celui de la cotisation.

Toutefois, ce régime local laisse subsister un certain nombre d'interrogations : l'exacte connaissance des bénéficiaires n'est pas disponible, les données statistiques de la CNAMTS différant de celles de l'instance de gestion du régime local ; une part importante (1/3) des assurés de l'Alsace-Moselle ne bénéficie pas de ce régime, l'application de la règle de territorialité pour l'assujettissement de salariés ne travaillant pas en Alsace-Moselle pose de nombreux problèmes et le coût de gestion complet du régime local pour les branches maladie et recouvrement du régime général n'est pas connu.

Si ce dispositif de couverture complémentaire obligatoire est difficilement transposable au reste du territoire, il montre l'intérêt de mieux organiser la gestion de l'assurance maladie de base et de l'assurance maladie complémentaire. Pour la CNAMTS, il s'agit du premier exemple de gestion d'une couverture complémentaire par les caisses primaires d'assurance maladie, expérience qui s'est poursuivie avec la CMU-C qui représente, pour le régime général, deux fois plus de bénéficiaires que le régime complémentaire d'Alsace-Moselle. Au total, avec la CMU-C et le régime complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, le régime général d'assurance maladie sert des prestations complémentaires à un peu plus de 10 % de ses assurés. Ce mouvement pourrait être utilement poursuivi, notamment en direction des publics les plus défavorisés qui souffrent de difficultés d'accès aux soins.

ANNEXES

Annexe 1

Lettre de saisine de la présidente de la commission des affaires sociales du Sénat

KCC A1010048 CDC

03/12/2010

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président de la Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS RP

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

Paris, le 2 décembre 2010

Réf : S/2010.213.1

LA PRÉSIDENTE

Monsieur le Premier Président,

Ainsi que nous en sommes convenus, et conformément aux dispositions de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, je vous confirme notre demande d'enquête sur les deux sujets suivants :

- examen des spécificités du régime d'assurance maladie en Alsace-Moselle ;
- analyse de l'ensemble des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et ne correspondant pas, *stricto sensu*, à des remboursements de soins.

Notre premier choix s'explique par le souci d'étudier les conditions de fonctionnement d'un régime en situation d'équilibre financier susceptible d'inspirer des propositions d'améliorations fructueuses. Le second, dont nous mesurons pleinement l'ampleur, aura pour intérêt de distinguer clairement la nature des différentes dépenses incombant à l'assurance maladie.

Si votre programme de travail le permet, il nous serait utile de pouvoir disposer de vos conclusions sur ces questions d'ici l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, nous porterons la plus grande attention aux travaux que la Cour conduira, l'année prochaine, sur Pôle emploi, notre commission ayant décidé de proposer au Sénat la constitution d'une mission commune d'information consacrée à cet organisme.

En vous assurant de ma profonde gratitude pour votre précieuse collaboration et de l'importance que nos commissaires attachent aux travaux de la Cour, je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de ma haute considération.

Muguette DINI

Annexe 2

Glossaire

AAH	Allocation adulte handicapée
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de santé au travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJF	Code des juridictions financières
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
COREC	Comité régional d'examen des comptes
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CRPP	Comité du rapport public et des programmes
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DP	Dépassement permanent
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la sécurité sociale
ENIM	Etablissement national des invalides de la marine
EPRUS	Etablissement pour la prévention des risques d'urgence sanitaire
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
Fonds CMU	Fonds pour la couverture maladie universelle
HPST (loi)	Hôpital, patients, santé et territoires

HUS	Hôpitaux universitaires de Strasbourg
ICM	Indicateur comparatif de mortalité
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
OPCVM	Organismes de placements collectifs en valeur mobilière
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORSAL	Observatoire régional de santé d'Alsace
RALFSS	Rapport d'application sur la loi de financement de la sécurité sociale
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RL	Régime local (d'assurance maladie d'Alsace-Moselle)
ROP	Rapport d'observations provisoires
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants
TGE	Très grandes entreprises
UCANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales
VLU	Versement en lieu unique