

**FICHE SUR CERTAINS ARTICLES DE
LA LOI DE FINANCEMENT DE LA
SECURITE SOCIALE POUR 2013**

I/ SUR LES ARTICLES 24 (IV), 53, 62, 74 et 90.

Ces quatre articles prévoient que le Gouvernement présente au Parlement des rapports à divers titres. Ces dispositions entrent bien dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, le 4^o du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale disposant que peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir les dispositions « *améliorant l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

II/ SUR LA PLACE EN LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DE PLUSIEURS ARTICLES RELATIFS A DES EXPERIMENTATIONS.

A. – Sur l'article 39.

Au sens des dispositions organiques du code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) constitue « *un organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* » (16 Md€ en 2012). La nomination d'un commissaire aux comptes participe de la nécessaire mise en cohérence des règles appliquées par la CNSA avec celles valables pour les régimes d'assurance maladie dont elle retrace dans ses comptes une partie importante des dépenses. Les dispositions concernées sont directement liées à celles en vigueur pour les régimes qui trouvent leur place en loi de financement en application du 4^o du B du V de l'article LO 111-3.

Enfin, l'article complète la démarche souhaitable d'articulation des certifications des différents acteurs de la protection sociale d'ores et déjà organisée par les articles 46 de la LFSS pour 2011 et 43 de la LFSS pour 2012.

B. – Sur l'article 44.

La mesure d'expérimentation de nouvelles modalités de financement et d'organisation des transports de patients grâce à une procédure d'appel d'offre participe à l'équilibre financier de la sécurité sociale. Elle permettra de maîtriser les

dépenses de transport des patients en obtenant des tarifs à la baisse. L'économie pour les régimes de base de l'assurance maladie est estimée à 1,5 million d'euros en 2013.

C. – Sur l'article 48.

Est prévu le déploiement d'une expérimentation d'une durée de cinq ans sous la forme de projets pilotes sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Des dérogations aux règles de prises en charge, et à un grand nombre de règles de tarification, sont ouvertes afin d'optimiser ces parcours de santé. Les dépenses sont imputées au fond d'investissement régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, qui relève de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

En termes opérationnels, les expérimentations seront déployées sur un nombre limité de territoires choisis au niveau national et fondées sur un cahier des charges national dont le pilotage reposera fortement sur les agences régionales de santé. Afin de garantir les conditions d'une évaluation fine qui sera transmise au Parlement, le choix se concentrera sur 4 à 5 territoires d'une dimension infra-régionale dont la liste sera fixée par arrêté ministériel. Le financement accompagnant les dérogations aux dispositions législatives prévues dans les codes de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles concernant les modalités de rémunérations et tarification des offreurs de soins, ainsi que le périmètre habituel de prise en charge de l'assurance maladie, s'élève en 2013 à 15 millions d'euros pour une mise en œuvre à compter de septembre 2013 (45 M€ en année pleine). A terme, le rendement attendu de ces expérimentations est un gain pour le système de santé principalement fondé sur des moindres hospitalisations évalué par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie à près de 2 milliards d'euros.

L'article a donc un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie (2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale).

D. – Sur l'article 54.

Cet article permet notamment l'expérimentation sur le tiers-payant intégral pour les étudiants dans trois villes universitaires.

Cette mesure aura dans un premier temps un impact sur les coûts de gestion des organismes d'assurance maladie inhérent à la mise en place du nouveau dispositif (l'assurance maladie obligatoire devra être en mesure de liquider la part complémentaire) et au coût accru des contrôles qu'il génère. Elle aura également un impact sur la trésorerie des caisses, l'assurance maladie devant liquider les deux parts – obligatoire et complémentaire – de la dépense pour récupérer ensuite la part complémentaire auprès de l'organisme complémentaire du patient.

Par ailleurs, cette dispense d'avance de frais devrait réduire le renoncement aux soins des patients pour raisons financières et donc augmenter à court terme la consommation de soins des patients bénéficiaires. Mais, à moyen terme, cette réduction du renoncement aux soins devrait éviter aux patients de développer des

complications coûteuses, telles que des hospitalisations évitables par une prise en charge précoce de leurs pathologies.

La mesure trouve donc sa place en loi de financement, compte tenu de son impact financier direct.

E. – Sur l'article 65.

Cet article pérennise les « lits d'accueil médicalisés », structures expérimentales créées en 2009. La viabilité de ces dispositifs a été établie. Il a donc été décidé d'établir un statut juridique de ces lits. La dépense annuelle associée, d'un montant de 3,67 millions d'euros pour 45 lits, est intégrée de façon structurelle à l'ONDAM. En l'absence des mesures prises par cet article, le financement n'aurait pas été prévu. L'article constituant par conséquent un socle pour développer une offre pérenne de prise en charge, il trouve ainsi sa place dans la loi déferée.

F. – Sur l'article 66.

Les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement pour émettre et modifier leurs factures d'un délai de deux ans. Ce délai ne favorise pas une facturation au fil de l'eau par les établissements et rend difficile le suivi infra-annuel des dépenses financées sur le champ de l'ONDAM médico-social, ainsi que l'imputation au bon exercice de rattachement. Ce constat a d'ailleurs été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2010 mais également par l'IGAS dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses rendu en mars 2011.

Compte tenu des difficultés identiques auxquelles sont confrontés les établissements de santé, le délai dont ces derniers disposent pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie a déjà été réduit de deux à un an par l'article 62 de la LFSS pour 2012 (article L. 162-25 du code de la sécurité sociale). L'article 66 vise à mettre en œuvre des dispositions similaires pour les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées tarifés au prix de journée.

La réduction du délai de facturation permettra de corriger l'incertitude du constat de dépenses réalisées sur le champ de l'ONDAM médico-social personnes handicapées, sujet chaque année à des variations du fait des établissements tarifés en prix de journée et de la difficulté de réaliser des provisions cadrant avec la réalité des dépenses effectivement rattachables à l'exercice concerné.

La mesure aura un impact sur la réalisation de l'ONDAM, et donc sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie du régime général

G. – Sur l'article 67.

Cette expérimentation était prévue par plusieurs lois de financement de la sécurité sociale – notamment l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 puis l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, qui a reporté l'échéance au 1er janvier 2013, le Gouvernement devant remettre au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 1er octobre 2012.

Ces évaluations ont montré que l'objectif initial recherché à travers cette expérimentation n'était pas atteint. Le coût moyen mensuel par consommant de médicaments apparaît même supérieur pour les EHPAD relevant de cette expérimentation. C'est pourquoi il est mis fin à cette expérimentation par l'article contesté.

Cette mesure génère une économie de 11 millions d'euros pour les régimes de base de l'assurance maladie du fait de l'interruption de la rémunération des pharmaciens référents précités (1,3 M€) et de la reprise des crédits non-consommés de l'enveloppe initialement déléguée à cette expérimentation, la consommation de médicament ayant été toutefois moindre que celle estimée initialement (10 M€). Par ailleurs, compte tenu du transfert de la dépense des médicaments vers les soins de ville, cette mesure conduit également à un débasage de l'enveloppe médico-social au profit de l'enveloppe soins de ville à hauteur de 18 M€.

Cette mesure a donc un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires et trouve sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale en vertu du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

H. – Article 92.

Cet article permet, à titre expérimental, aux organismes débiteurs des prestations familiales (caisses d'allocations familiales et caisses de mutualité sociale agricole) de verser en tiers-payant, directement à l'assistant maternel, l'aide à la garde d'enfants normalement versée aux parents employeurs.

Cette expérimentation de versement direct à l'assistant maternel doit être prévue par la loi : elle nécessite en effet de déroger aux articles L. 531-1 et L. 531-5 du code de la sécurité sociale (CSS). L'article L. 531-5 du CSS dispose que le complément de libre choix du mode de garde est attribué au ménage ou à la personne qui emploie une assistante maternelle agréée mentionnée à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ou une personne mentionnée à l'article L.772-1 du code du travail pour assurer la garde d'un enfant.

Par ailleurs cette mesure a un impact direct sur les dépenses de la branche Famille, dont le montant estimé est compris entre 6M€ et 12M€. La Caisse nationale d'allocations familiales fait l'hypothèse que 10 caisses locales pourraient se porter volontaires pour réaliser cette expérimentation, ce qui, par extrapolation, porterait le nombre de bénéficiaires de l'expérimentation à un total compris entre 1 124 et 2 248. Compte tenu de leurs ressources, ces personnes recevraient le complément à son montant maximal, soit 452,75€ par mois (ou 4980,25€ par an, si l'on suppose qu'elles feront garder leurs enfants 11 mois par an). Le coût, en termes de versement de compléments supplémentaires, serait ainsi compris entre 5, 6 M€ et 11,2 M€. De plus, ces personnes pourraient bénéficier d'un forfait d'un montant maximal de 40 € par mois (soit 440 € sur 11 mois de garde), ce qui se traduirait par un coût compris entre 494 600 euros et 989 100 euros par an.

Au final, cette mesure, qui a un impact sur les dépenses de la branche famille, trouve sa place dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale, en vertu du 1° du C du V de l'article L.0.111-3 du code de la sécurité sociale.

I. – Sur l'article 99.

Cette disposition participe au renforcement des actions de lutte contre la fraude à la sécurité sociale. Les dispositions en vigueur (v. article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale) restreignent les échanges d'informations relatifs aux fraudes en matière sociale aux seuls agents de direction du régime général, de la mutualité sociale agricole et du régime social des indépendants. Le législateur a jugé opportun d'intégrer dans ce dispositif les agents de direction des régimes autonomes et spéciaux, et donc de viser l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Cette disposition concourant à la fois à la lutte contre les fraudes aux cotisations et aux prestations ont un effet tant sur les recettes que sur les dépenses des régimes obligatoires de base au sens de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

J.– Article 100.

Comme la précédente, cette disposition participe au renforcement des actions de lutte contre la fraude à la sécurité sociale. Elle met fin à un régime dérogatoire en matière de levée du secret professionnel qui conditionnait l'habilitation des agents des impôts et des douanes à une désignation par le Ministre du budget. Ce faisant, elle a un effet tant sur les recettes que sur les dépenses des régimes obligatoires de base au sens de l'article L.O. 111-3, et a sa place dans le chapitre contrôle et lutte contre la fraude au sein de la 4ème partie de la LFSS.

III/ SUR CERTAINES DISPOSITIONS INTRODUITES EN NOUVELLE LECTURE.

A. – La possibilité, prévue au IV de l'article 11, pour les pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés de demander leur affiliation au régime social des indépendants (RSI), qui leur était précédemment ouvert jusqu'au 31 mars 2012 par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, est en lien direct avec l'article 11 qui modifie les règles de cotisations et les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants non agricoles. Les pédicures-podologues, dès lors qu'ils optent pour le RSI, se voient appliquer les dispositions prévues à l'article 11, au même titre que les autres travailleurs indépendants non agricoles.

B. – Le rapport prévu au II de l'article 40 portera précisément sur les dispositions de prélèvement à la source des cotisations sociales qui figurait dans le texte adopté par l'Assemblée nationale et pour lesquelles il a été proposé de sécuriser la mise en œuvre par le biais d'échanges détaillés avec les acteurs impliqués dont il sera rendu compte au Parlement. Le lien direct avec l'article est donc établi.