
CONCLUSION GÉNÉRALE

En 2006, le déficit du régime général a été réduit à 8,7 Md€, contre 11,6 Md€ en 2005 ; celui de l'ensemble des régimes de base de 11 Md€ à 8 Md€ ; enfin celui des deux fonds de financement, FSV et FFIPSA de 3,4 Md€ à 2,6 Md€. Mais cette amélioration de la situation financière reste à la fois fragile et partielle.

Fragile, car elle repose sur le dynamisme des produits, lui-même fondé sur une conjoncture économique plus favorable, mais aussi sur les hausses de cotisation intervenues en 2006 et sur un montant élevé de recettes exceptionnelles (pour environ 2 Md€). En outre, si des inflexions ont été constatées en 2006 dans la progression des charges, cette amélioration ne semble pas se confirmer. Notamment, après une progression de l'ONDAM inférieure en 2006 à la progression du PIB en valeur, les prévisions pour 2007 témoignent d'une reprise de la dynamique des dépenses.

Cette amélioration est en outre partielle : en 2006, alors que la LFSS prévoyait une évolution des charges de retraite de 2,9 %, la progression a été de 4 %, hausse s'expliquant à la fois par l'impact des départs anticipés et par le faible report de l'âge de départ en dépit des mesures incitatives de la loi de 2003.

Les déficits des régimes et des fonds de financement restent ainsi à un niveau très élevé, conduisant à un nouveau report d'une partie significative du coût de la protection sociale sur les générations futures. Malgré la reprise par la CADES entre 2004 et 2006 de 50 Md€ de déficits de la branche maladie du régime général, le total des déficits des autres branches, des fonds de financement et de ceux prévus pour les prochaines années par l'annexe à la LFSS devrait dépasser 40 Md€ d'ici 2009.

La Cour souligne à nouveau la gravité de la situation financière de la sécurité sociale.

Elle rend cette année un premier avis « sur la cohérence des tableaux d'équilibre ». Bien que perfectibles, ces tableaux ont le mérite de faire apparaître plus clairement les écarts entre prévisions initiales, prévisions révisées et réalisations et de mettre en évidence les résultats cumulés des régimes et des fonds.

D'autres progrès de transparence sont nécessaires. La Cour a déjà demandé, l'an passé, que les deux fonds de financement, qui en définitive « masquent les vrais besoins des régimes et des branches⁴¹⁸ », soient supprimés. Elle renouvelle cette demande, en particulier pour le FFIPSA.

418. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, p 343.

Elle demande également que soit adoptée une présentation consolidée du FSV avec la branche retraite.

Dans ce contexte de forts déficits, la Cour appelle à un redressement volontariste des comptes qui passe par la résorption des dettes de l'Etat, l'arrêt du mitage de l'assiette des cotisations et la recherche d'économies substantielles en matière de gestion et de prestations.

Les dettes de l'Etat à l'égard de la sécurité sociale se sont accrues et génèrent des frais financiers croissants pour celle-ci. Leur inscription au bilan 2006 de l'Etat doit être suivie rapidement de mesures de paiement.

Dans le contexte de la situation fortement déficitaire de la sécurité sociale, la Cour a examiné les pertes de cotisations du régime général consécutives à des exonérations et réductions d'assiette. L'importance croissante de ces dérogations, pas toujours compensées par des affectations d'impôts, au principe général de taxation de tous les revenus acquis en contrepartie ou à l'occasion du travail, justifie que leurs finalités et leur efficacité soient réexaminées. Ces mesures créent des distorsions importantes entre les catégories d'entreprises bénéficiant des exonérations et entre les salariés bénéficiaires des revenus exonérés. L'élargissement de l'assiette des cotisations résultant de la réduction des exonérations permettrait soit de diminuer les taux au profit de toutes les entreprises, soit de générer des recettes nouvelles, notamment en supprimant ou en plafonnant les exonérations prévues pour les stocks options ou pour les indemnités de licenciement.

Une étude de même nature a été faite sur le régime agricole, largement subventionné par les autres régimes et par la solidarité nationale en raison de son fort déséquilibre démographique. La Cour en conclut que cette solidarité ne se justifie que pour autant que la profession assume ses responsabilités, ce qui impose de réduire les pertes de cotisations consécutives à une évasion sociale importante et de renforcer les contrôles de l'assiette et du recouvrement.

Du côté des dépenses, si la Cour ne considère pas que les économies pouvant résulter d'une meilleure organisation et d'une gestion plus performante sont de nature à résoudre les difficultés de financement de la sécurité sociale, elle attache cependant année après année une attention soutenue à la qualité, à l'efficacité et à l'efficience de la gestion. Tel est le sens du compte rendu des travaux des COREC et des contrôles qu'elle-même effectue dans le cadre du réseau d'alerte. De même, le rapport insiste sur la nécessaire évolution des modalités d'organisation et de gestion du régime agricole.

Au sein des dépenses de prestations, la Cour a procédé à un examen, aussi complet que possible, des aides publiques sociales et fiscales

accordées aux familles, afin d'en apprécier la cohérence et de déterminer les aménagements qui permettraient de renforcer l'efficacité de la politique familiale, à coût réduit ou inchangé. Elle en a conclu que des marges d'adaptation existent.

Elle s'est également livrée à un premier bilan partiel de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur l'assurance maladie. Ses travaux ont porté sur deux volets importants de la réforme : la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et la mise en place du parcours de soins coordonné. Les nouvelles structures issues de la loi et la redéfinition des compétences des divers intervenants constituent sans doute des mesures positives. Mais la Cour note que l'équilibre entre les principaux acteurs n'a pas encore été trouvé. Par ailleurs, la mise en œuvre du parcours de soins coordonné et du médecin traitant a été largement déléguée aux partenaires conventionnels, ce qui a conduit à faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins et a débouché sur un dispositif tarifaire peu lisible et coûteux pour les assurés sociaux.

La Cour a resitué le parcours de soins dans une problématique plus vaste incluant une analyse de la démographie médicale et des revenus des médecins. Elle démontre que, bien qu'il n'y ait pas de pénurie globale de médecins, actuelle ou à venir, les difficultés prévisibles nécessitent une politique plus volontariste de répartition territoriale et entre spécialités, notamment au bénéfice de la médecine générale, en cohérence avec le parcours de soins et la nécessité de garantir l'accès aux soins. L'examen des revenus des médecins, incluant les effets de la nouvelle CCAM et l'importance des dépassements, montre, en dépit des limites importantes de la connaissance, qu'ils ont progressé de manière significative sans contrepartie suffisante du point de vue de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie.

La Cour a porté son attention sur la consommation et la prescription de médicament en ville, actualisant et complétant ses précédents travaux. Prenant acte du ralentissement de la dépense de médicament, la Cour observe que ce résultat ne permet pas à la France de se rapprocher des comportements de prescription en vigueur chez ses voisins et elle en explique les raisons. Elle démontre notamment que le développement des génériques et les remboursements de médicaments expliquent l'essentiel du ralentissement, les gains attendus de la maîtrise médicalisée, c'est-à-dire de la modification du comportement des prescripteurs, étant beaucoup plus limités.

Les dépenses hospitalières ont retenu l'attention de la Cour sous deux aspects. L'examen des comptes des hôpitaux publics, auquel la Cour et les CRC ont procédé a mis en évidence que trop souvent la réalité des charges et des déficits est dissimulée, ce qui fausse l'appréciation de la

dépense hospitalière et de la charge que supporte l'assurance maladie. Par ailleurs, la forte croissance de la dépense de médicament à l'hôpital a conduit à examiner la politique d'achat des hôpitaux. Celle-ci a été jugée insuffisamment professionnelle face aux stratégies des laboratoires, dans un contexte de forte croissance de la liste en sus dont la responsabilité incombe au ministère.

Les travaux de la Cour montrent que les solutions actuellement retenues ne sont pas à la hauteur de la gravité de la situation financière de la sécurité sociale et de l'importance de son endettement.

La Cour estime que le retour à l'équilibre annuel des comptes sociaux doit constituer la priorité des pouvoirs publics.
