

**Réponse conjointe du ministre de l'économie, des finances et de la relance ; du ministre
délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes
publics ; du ministre des solidarités et de la santé**

(12 octobre 2020)

Les conclusions des travaux de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale constituent, comme chaque année, une contribution importante à l'élaboration des politiques de protection sociale et au pilotage des finances publiques. Nous avons été très attentifs à vos constats et recommandations.

S'agissant de la situation financière de la sécurité sociale, la Cour rappelle l'impact sur les finances sociales de l'épidémie de Covid-19 et de la situation exceptionnelle des premiers mois de l'année 2020. Elle estime également que les recettes sociales pourraient être durablement et substantiellement plus faibles que le niveau prévu avant la crise, et indique, en conséquence, à la fois la nécessité et la difficulté de reconstruire une trajectoire d'un retour durable des comptes sociaux vers l'équilibre.

Le Gouvernement partage cet objectif, qui doit passer dans un premier temps par un soutien massif à l'économie pour surmonter la crise et préserver le potentiel de croissance française. Les mesures d'urgence mises en œuvre dès le mois de mars ont ainsi permis de préserver les revenus des ménages afin d'éviter des effets économiques durables sur le capital productif et la détérioration des compétences de salariés éloignés de l'emploi. Une reprise de dette rapide et importante a également été décidée très tôt afin d'assurer son apurement et de la financer à de meilleures conditions que par les emprunts de court terme de l'ACOSS. Le plan de relance présenté par le Premier Ministre début septembre vise à permettre à la France de retrouver dès 2022 le niveau d'activité de 2019. Sans nouvelles mesures, la France sortirait en effet de la crise fin 2021 avec un écart de richesse par rapport à 2019 de 4 points de pourcentage de PIB, soit 100 Md€ de richesse manquante, qui détériorerait très significativement l'ensemble de nos finances publiques et en particulier les perspectives de retour à l'équilibre de la sécurité sociale. En complément de ce plan historique de relance, le Gouvernement partage également l'objectif indiqué par la Cour de rechercher des solutions afin de renforcer la maîtrise de l'évolution des dépenses sociales, notamment en renforçant leur efficience et en améliorant leur utilisation au profit en particulier des différentes catégories de personnes vulnérables.

En matière de régulation des dépenses de santé par l'ONDAM, le Gouvernement partage l'essentiel des constats factuels de la Cour. Ils démontrent en particulier très largement l'efficacité de l'outil ONDAM en tant que norme de dépenses et d'outil de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. La Cour formule néanmoins un certain nombre de critiques relatives à certains points de la méthode de construction de l'ONDAM. S'il existe bien sûr des points d'amélioration, le respect de l'ONDAM depuis dix ans tend à montrer que la méthodologie retenue pour sa construction répond, dans l'ensemble, de manière satisfaisante au besoin. Toutefois, au vu des limites subsistantes malgré les évolutions récentes qui ont été apportées, le Gouvernement rejoint la Cour sur la nécessité de poursuivre la rénovation de l'ONDAM. C'est d'ailleurs l'objet de la mission qui a été lancée en lien avec le HCAAM pour mettre en œuvre l'un des engagements du Gouvernement dans le cadre des conclusions du Ségur de la Santé (mesure 13 des conclusions du Ségur). Cette mission sera l'occasion d'examiner les points soulevés par la Cour dans son rapport. Elle bénéficiera en outre de l'appui d'une mission IGAS / IGF qui examinera plus particulièrement la question de la régulation budgétaire infra annuelle des soins de ville ainsi que les pistes d'amélioration de l'efficience de la dépense en lien avec la démarche de rénovation de la gestion du risque par l'Assurance maladie.

Concernant la régulation des dépenses de soins de ville, comme le rappelle la Cour, dans le champ conventionnel, certains dispositifs présentent un intérêt pour la tenue de l'ONDAM, en citant comme

exemple de dépenses stabilisées, les dépenses de biologie maîtrisées par un protocole de bouclage « prix-volume » global. Dans le périmètre de la convention médicale, l'article 99 de la LFSS 2017 a mis en place un mécanisme ad hoc permettant de réguler directement la rémunération des matériaux lourds d'imagerie (IRM, scanner).

En matière d'efficacité du système de santé, avant de revenir sur les observations de la Cour sur la réforme des groupements hospitaliers de territoire et sur les financements par dotations, le Gouvernement souhaite souligner plus globalement le contexte des dépenses d'assurance maladie des établissements de santé, qui participent notamment à la progression des dépenses que vous identifiez plus globalement dans le cadre des accords dits du « Ségur de la Santé » afin de les contextualiser pour bien appréhender leur évolution.

En premier lieu, il convient de rappeler que le Gouvernement s'est engagé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, à donner aux établissements de santé une visibilité pluriannuelle sur l'évolution de leurs ressources. Celle-ci est en effet essentielle pour que les établissements puissent s'engager pleinement dans la transformation de leurs pratiques et de leurs organisations, en cohérence avec la montée en charge de la réforme de leurs modalités de financement. Pour la première fois la progression des ressources des établissements de santé a ainsi été inscrite dans une logique pluriannuelle, ce qui traduit un changement de méthode complet dans l'exercice de fixation de leurs ressources.

Le protocole d'accord conclu en début d'année définit ainsi, d'une part l'engagement de l'Etat sur l'évolution minimale des ressources des établissements de santé pour les trois années suivant la signature, et d'autre part les engagements des fédérations hospitalières dans une participation active aux politiques de transformation hospitalière.

Cet engagement sur l'évolution de leurs ressources est ainsi désormais un paramètre incontournable de la construction des campagnes tarifaires.

Il est fondamental pour les établissements de santé et vient répondre à l'une des promesses du plan « Investir pour l'hôpital » annoncé en novembre 2019 : mieux les accompagner dans les transformations d'envergure qu'ils doivent conduire (virage ambulatoire, gradation des soins, articulation avec la ville, virage numérique...) notamment en leur accordant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps.

La crise sanitaire de la COVID-19 a démontré plus que jamais le rôle majeur joué par nos établissements de santé, la nécessité de leur donner les moyens de fonctionner, d'investir, d'être réactifs pour répondre aux besoins de la population de leurs territoires. Ces constats ont renforcé notre conviction que leur financement ne peut être entièrement assis sur l'activité réalisée et qu'il est indispensable de poursuivre et d'accélérer la mise en œuvre de nouveaux modèles de financement davantage diversifiés qui tiennent mieux compte de la qualité et de la pertinence des soins et des parcours des patients, et des besoins de santé de la population de chaque territoire.

Renforcées dans le cadre des accords du « Ségur de la Santé », ces réformes de financement, indispensables pour opérer une transformation structurelle de l'offre de soins que ce soit en psychiatrie, aux urgences, pour les soins de suite et de réadaptation, pour les activités de médecine, ou les prises en charge en soins critiques, doivent être accompagnées, à titre transitoire dans leur mise en œuvre et pour lisser les effets revenus, de moyens financiers qui permettent aux établissements de santé de mener à bien et dans la confiance ces restructurations profondes et nécessaires pour l'organisation et la pertinence de notre système de santé.

Dans cette perspective, le soutien et l'accompagnement à l'approfondissement des GHT ainsi que le développement des dispositifs de coopérations, qui constituent un point d'appui essentiel à la mise en œuvre de la transformation de l'offre hospitalière dans les territoires, restent une priorité. A cet égard, pendant la crise sanitaire, à leur initiative, nombreux sont les hospitaliers à avoir mobilisé l'outil GHT, chacun à sa manière, pour lui donner tout son sens, démontrant ainsi une maturation forte, désormais,

des acteurs hospitaliers sur cette question. En outre, les réformes des financements hospitaliers emportent un enjeu majeur de renforcement, à l'échelon régional et territorial, de la gouvernance d'allocation des ressources, et de responsabilisation des acteurs locaux autour de l'objectif de péréquation des moyens avec les besoins de soins des populations des territoires. A ce titre, nous soutiendrons les agences régionales de santé dans la mise en place de cette gouvernance locale, et dans l'outillage nécessaire au pilotage efficace des nouveaux compartiments de financements populationnels et à la conduite du changement auprès des acteurs hospitaliers.

Concernant les observations de la Cour relatives aux financements par dotation aux établissements de santé (MIGAC et FIR), notamment sur la demande de réduction et de révision de la liste des Missions d'Intérêt Général, et de bascule au sein du Fonds d'intervention régional (FIR), la DGOS et le Secrétariat Général des Ministères Sociaux ont d'ores et déjà pris un certain nombre d'engagements visant à y répondre : l'établissement d'une méthodologie d'analyse partagée avec l'ensemble des acteurs concernés, au premier rang desquels les ARS ; l'objectivation des bilans coûts/avantages des bascules de vecteur de financement au sein du FIR, en fonction des caractéristiques de chacun. Un nouveau dispositif, piloté par le secrétariat général, de dialogue annuel avec les ARS relatif aux processus d'allocation de ressources a ainsi été proposé en 2020.

Concernant enfin la régulation des dépenses de dispositifs médicaux, le Gouvernement rappelle que la gestion des nomenclatures est une prérogative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il ne semble pas opportun de remettre cette organisation en cause. En effet, ils sont chargés de définir, sur avis de la HAS, ce que sera le panier de soins et ses contours. Il ne paraît ainsi pas pertinent de confier cette mission à un organisme interministériel, le CEPS, dont la mission fondamentale est de fixer les prix. Comme pour l'ensemble des dépenses de soins, il convient de faire la distinction fondamentale entre ce qui relève de la fixation du panier de soins, d'une part, et de sa tarification, d'autre part. La définition de ce qu'il est pertinent que la collectivité prenne en charge doit être ainsi réalisée sur la base uniquement d'un avis scientifique indépendant.

S'agissant des prestations de solidarité, et notamment des minima de pension de retraite, un mouvement de convergence entre minima a été entrepris, mais il reste inachevé. La réforme des retraites présentée au Parlement en 2020 vise à mettre fin aux disparités entre les différents minima à la faveur de l'instauration d'une retraite minimale en clarifiant l'articulation entre une retraite minimale valorisant la poursuite d'activité et un minimum vieillesse (ASPA) ayant pour objectif de garantir un niveau de vie minimum à l'ensemble des retraités.

La résorption du stock des dossiers en attente de calcul définitif du minimum contributif (Mico) constitue un impératif majeur d'accès aux droits. Cette difficulté, préjudiciable aux assurés, est connue et des mesures ont été prises par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour ne pas pénaliser les assurés, en versant le Mico à titre d'avance lorsque celui-ci dépasse un certain seuil. Une instance de pilotage visant à mobiliser l'ensemble des régimes pour la fiabilisation de l'échange inter-régimes de retraite (EIRR) a été mise en place sous l'égide de la DSS. Ces travaux ont été suspendus du fait du déploiement du dispositif de ressources mensuelles (DRM), les investissements structurants devant désormais porter sur le DRM, qui a vocation à se substituer à l'EIRR à terme. Une logique d'apurement des dossiers en stock doit cependant pouvoir être poursuivie.

En matière d'action sociale de la branche famille, le Gouvernement partage l'essentiel des constats de la Cour et souligne en revanche que certaines des recommandations et remarques formulées apparaissent d'ores et déjà satisfaites ou prises en compte dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 de la CNAF. C'est en particulier le cas de la poursuite de la stratégie de désengagement des caisses d'allocations familiales (CAF) de leurs équipements en gestion directe, avec une baisse de près de 30 % en 5 ans, soit une diminution de 471 ETP à fin 2017 et une nouvelle réduction de 311 ETP entre 2017 et 2019. De même, en matière de gouvernance, il convient de souligner que, dans leur très grande majorité, les conseils d'administration des CAF n'abusent pas de la possibilité de créer des commissions facultatives même si quelques-uns déclinent les domaines d'intervention de

l'action sociale suivant des commissions spécifiques. Concernant la problématique plus spécifique de prévention des conflits d'intérêts, la mission confiée à Marc FIROUD, membre du Conseil d'État, a permis d'établir un bilan comparé des politiques mises en œuvre par les réseaux en la matière et de mettre en exergue une hétérogénéité des pratiques avec pour autant un socle commun : la volonté de prévenir et faire cesser les conflits d'intérêts.

S'agissant de l'évaluation des dispositifs d'action sociale, différentes enquêtes et études ont été réalisées ou sont programmées, notamment une évaluation de l'impact de l'obtention d'une place en crèche sur le développement des enfants et les conditions de vie des familles, une évaluation du modèle des crèches à vocation d'insertion professionnelle (AVIP) ou encore une évaluation de l'expérimentation de la prestation de service jeunes, menée avant la généralisation de cet instrument de financement en 2020.

Dans le domaine de la petite enfance, le Gouvernement souscrit à l'analyse de la Cour quant à l'insuffisance de certains mécanismes de régulation de l'offre d'accueil et de son implantation géographique. Les nouvelles règles d'attribution des aides à l'investissement fixées par le neuvième plan crèche répondent déjà en partie à cette problématique puisque seules les micro-crèches dites « PAJE », car financées indirectement par la branche grâce au versement du complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) aux familles, remplissant des conditions strictes d'implantation, peuvent désormais bénéficier de ces financements. Rien n'interdit toutefois à une micro-crèche non subventionnée de s'implanter dans une zone déjà bien pourvue.

Le Gouvernement a été très attentif aux recommandations de la Cour visant à renforcer la qualité et l'efficience de la gestion, démarche fortement portée dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec les caisses nationales de sécurité sociale.

Bien que le montant des prestations liquidées sans anomalie financière dépasse 95 % quelle que soit la branche, et ce malgré une hausse en volume de certaines prestations en 2019 liée pour bonne part à la prime d'activité, nous ne pouvons que partager votre souhait d'améliorer la part des prestations payées à bon droit. En effet, en dépit de nombreuses avancées, tous les objectifs de réductions d'erreurs fixés au sein des COG ne sont pas encore atteints. Réduire ces erreurs non détectées et assurer qu'elles soient in fine corrigées demeure notre priorité non seulement pour les finances publiques mais avant tout pour leurs bénéficiaires. Pour ce faire, la mise en œuvre de stratégies renouvelées de maîtrise, soutenues par les moyens consacrés au plan informatique, est attendue des branches et fait l'objet de suivi régulier. Un décret sera publié d'ici la fin de l'année pour mettre en place une démarche de plan de contrôle interne unique entre les directeur et directeur comptable et financier, fondée sur une vision partagée des risques majeurs à couvrir. Il renforcera la valeur ajoutée du contrôle interne, à savoir une maîtrise optimale des processus au profit d'une meilleure gestion.

Cette rationalisation des processus passe par une adaptation de l'organisation des réseaux. Il est utile de rappeler que sur la période récente, les caisses, à l'exception de la branche famille, ont été très mobilisées par l'intégration du régime des travailleurs indépendants et, s'agissant de la maladie et du recouvrement, de gestionnaires délégués. Ces mouvements d'ampleur ont fortement mobilisé les réseaux et si ces absorptions ont peu modifié la structuration des réseaux, elles ont fortement influé sur les équilibres locaux. Cette transformation constitue une évolution majeure de l'organisation de la sécurité sociale, désormais largement centrée sur le régime général. Cette étape passée, il convient dorénavant, comme vous le proposez, d'engager plus avant les mutualisations pour homogénéiser les performances sur le territoire et aboutir à une meilleure efficience, tout en veillant à ce que ces réorganisations tiennent compte d'un maintien des activités dans les territoires. Concernant plus spécifiquement l'accueil des usagers, il sera impératif de conserver des accueils de proximité, les branches étant d'ailleurs parties prenantes du programme France Services. Les logiques d'implantations territoriales des accueils physiques des organismes de sécurité sociale devront en tout état de cause dorénavant être pensées en complémentarité avec cette offre.

En matière de recouvrement, le champ de compétences des URSSAF s'étend dans un objectif de modernisation et de simplification de la gestion de la collecte des cotisations sociales. Ainsi le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire qui sera bien effective au 1^{er} janvier 2022 constitue, comme le souligne la Cour, une opportunité majeure pour simplifier les démarches des entreprises. La fiabilisation des données constitue en effet un enjeu essentiel, qui ne se limite pas aux besoins de fiabilisation des données pour le compte de l'AGIRC-ARRCO que mentionne la Cour, mais doit s'inscrire dans une démarche globale de fiabilisation des données déclarées pour l'ensemble de la sphère sociale. Certaines vérifications ont déjà pu être menées par l'ACOSS, sur l'éligibilité au dispositif des allègements généraux et sur certaines exonérations spécifiques, en s'appuyant sur un dispositif de contrôles répondant aux constats opérés par la Cour sur la qualité et les atypies déclaratives observées sur les DSN. L'objectif global est nettement plus ambitieux et impliquera également une simplification et une rationalisation du contenu des déclarations elles-mêmes. En parallèle, comme prévu par la LFSS pour 2020, le projet permettra aux déclarants de disposer, après le dépôt de leurs déclarations, d'informations claires et non équivoques pour pouvoir le cas échéant les corriger. Les vérifications réalisées par l'AGIRC-ARRCO seront quant à elles maintenues en 2022, mais devront à terme être repensées dans le cadre de cet objectif plus ambitieux et de la mise en place à terme d'un dispositif unifié intégrant l'ensemble des étapes du recouvrement.

Parmi les chantiers les plus aboutis figure la simplification du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants engagée en même temps que la suppression du RSL Cette simplification repose notamment sur l'ajustement des cotisations provisionnelles au plus près des revenus via le dispositif de déclaration du revenu estimé, l'expérimentation de l'auto-liquidation et surtout la fusion dès 2021 des déclarations sociales et fiscales.

En outre le Gouvernement a proposé, dans le cadre de la réforme des retraites, une simplification majeure de l'assiette de calcul des cotisations sociales afin qu'elle puisse être aisément déterminée par les travailleurs indépendants.

Enfin, nous réaffirmons que la lutte contre la fraude sociale est une préoccupation majeure pour le Gouvernement, avec près de 4300 agents mobilisés au quotidien au sein des réseaux des caisses de sécurité sociale. Cette mobilisation a permis en 2019 de détecter ou d'éviter plus de 1,5 milliard d'euros de fraude, soit une augmentation de 25 % par rapport à 2018. C'est dans ce contexte que le Gouvernement a créé la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), afin de donner une impulsion plus opérationnelle à la lutte contre la fraude et de mieux coordonner les services concernés, en ayant notamment recours au croisement de données, au sein de groupes opérationnels nationaux anti-fraude (GONAF) interministériels sur des thématiques ciblées. Dix groupes ont ainsi été constitués concernant notamment la lutte contre la fraude à la résidence, la fraude fiscale et sociale commise via le e-commerce, la fraude sociale et fiscale via la constitution des sociétés éphémères, la justice pénale et le recouvrement des créances frauduleuses et l'adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique. Cela permettra d'élaborer des stratégies communes d'enquête et ainsi identifier les pistes d'évolutions possibles en matière juridiques et/ou techniques, permettant plus d'efficacité dans l'appréhension et la sanction de ces phénomènes de fraude.

La lutte contre la fraude passe aussi par une meilleure connaissance des enjeux et des modalités de fraudes afin d'optimiser leur détection. Ainsi le travail d'estimation des montants potentiels de la fraude aux prestations sociales va être poursuivi et approfondi afin de mobiliser de manière optimale les ressources engagées dans ces missions. En outre, un pilotage renforcé des organismes de sécurité sociale sera mis en place par la Direction de la sécurité sociale pour permettre un partage de bonnes pratiques, et favoriser les échanges de données a priori dans le cadre de processus informatisés de gestion des droits et des prestations afin d'assurer un paiement à bon droit des prestations.