

Annexe n° 1

Le suivi des recommandations formulées par la Cour

PRÉSENTATION

En application de l'article L. 143-10-1 du code des juridictions financières, la Cour présente dans son rapport public annuel les suites données aux observations définitives des juridictions financières, à partir des comptes rendus que leurs destinataires ont l'obligation de lui fournir.

Dans ses rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale⁵⁹⁶ publiés depuis 1995, la Cour analyse spécifiquement les suites apportées aux recommandations qu'elle y a formulées.

En premier lieu, elle réexamine périodiquement de manière approfondie les champs qu'elle a déjà couverts afin d'actualiser ses constats, apprécier les évolutions intervenues et évaluer les marges d'efficience pouvant encore être mobilisées. Trois sujets sont systématiquement revus chaque année : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale, le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la cohérence des tableaux d'équilibre et patrimonial, sur laquelle elle exprime un avis⁵⁹⁷. Les autres secteurs sont réexaminés suivant une périodicité variable. À ce titre, le présent rapport analyse ainsi trois questions abordées dans le cadre de précédents rapports : la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé des assurés atteints d'une affection de longue durée, les soins dentaires et les systèmes d'information hospitaliers⁵⁹⁸.

En outre, la Cour évalue par la voie de cotations les suites données aux recommandations qu'elle a exprimées dans ses trois derniers rapports et illustre les différentes natures de suites apportées à ces dernières.

Les recommandations formulées par la Cour constituent autant de pistes de réflexion et de choix d'action possibles pour le Parlement et le gouvernement. Destinataires des rapports annuels de la Cour sur la

⁵⁹⁶ En dehors des rapports annuels sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour formule également des recommandations portant sur la sécurité sociale et l'organisation des soins dans le cadre de communications aux commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat, de rapports publics thématiques, des rapports publics annuels et de référés aux ministres chargés des affaires sociales et du budget.

⁵⁹⁷ Article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

⁵⁹⁸ Cour des comptes, *Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, pour 2011*, chapitre X : la prise en charge à 100 % de dépenses de santé par la sécurité sociale, p. 289-320, septembre 2011, *pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, septembre 2010, *pour 2008*, chapitre IX : les systèmes d'information dans les établissements publics de santé, p. 305-331, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

sécurité sociale au titre de sa mission d'assistance au Parlement, l'Assemblée nationale et le Sénat s'appuient sur ses constats pour procéder à des enquêtes sur des sujets examinés par la Cour. Parmi leurs récents thèmes d'investigation figurent ainsi le fonctionnement du régime social des indépendants, la permanence des soins, les indemnités journalières, les transports sanitaires, les mutuelles étudiantes (commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale), l'organisation de la médecine de ville en France par comparaison avec l'Allemagne, la fraude aux cotisations sociales et la situation du fonds de solidarité vieillesse (commission des affaires sociales du Sénat). S'agissant de l'hospitalisation à domicile, la Cour a été spécifiquement sollicitée pour actualiser ses constats par la voie d'une nouvelle enquête⁵⁹⁹.

Les organismes nationaux de sécurité sociale se saisissent également des recommandations de la Cour et des analyses qui les sous-tendent. Ainsi, les rapports annuels de la CNAMTS sur les charges et produits reviennent sur des thèmes abordés au préalable par la Cour, en avançant des propositions qui reprennent certaines de ses recommandations ou viennent les compléter⁶⁰⁰.

Les développements ci-après analysent la prise en considération inégale par les pouvoirs publics et par les organismes nationaux de sécurité sociale des recommandations formulées par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports (2013, 2014 et 2015), soit 211 au total.

Quatre cas particuliers permettent ensuite d'illustrer les différents types de suites que reçoivent ces recommandations : le resserrement du réseau territorial du régime social des indépendants (recommandation totalement mise en œuvre), la régulation des dépenses d'optique (en cours de mise en œuvre), les évolutions récentes des délégations de gestion de l'assurance maladie aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants (mise en œuvre incomplète) et la permanence des déficits du FSV (refus de mise en œuvre).

⁵⁹⁹ Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, L'hospitalisation à domicile, évolutions récentes, décembre 2015, disponible sur www.ccomptes.fr, qui actualise les constats du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2013.

⁶⁰⁰ Ainsi, le rapport de juillet 2016 (« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », propositions de l'Assurance Maladie pour 2017) traite des dépenses relatives à la biologie médicale, aux dispositifs médicaux, à la masso-kinésithérapie et à l'insuffisance rénale chronique terminale, couvertes par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports annuels sur la sécurité sociale.

I - Les suites données aux recommandations des trois derniers rapports

L'examen statistique et sur le fond des suites données par les pouvoirs publics et par les organismes nationaux de sécurité sociale aux recommandations formulées par la Cour, dans un délai de trois ans, fait apparaître que ces dernières sont prises pour leur majorité en considération, mais de manière inégale.

A - La prise en considération d'une majorité de recommandations, à des degrés toutefois divers

La Cour utilise six cotations pour apprécier les suites données aux recommandations qu'elle formule dans ses publications : totalement mise en œuvre, mise en œuvre incomplète (sur un contenu partiel), en cours de mise en œuvre (sur la totalité du contenu de la recommandation), non mise en œuvre, faisant l'objet d'un refus explicite de mise en œuvre ou encore devenue sans objet.

L'application de ces cotations fait apparaître qu'une nette majorité de recommandations de la Cour fait l'objet d'un début de mise en œuvre, mais que certaines réformes structurantes ne sont pas engagées.

1 - Un faible taux de recommandations intégralement suivies par rapport à celles mises en œuvre partiellement ou en cours de mise en œuvre

Comme le montre le tableau ci-après, 57 %⁶⁰¹ des recommandations formulées par la Cour dans le cadre de ses trois derniers rapports ont été prises en compte, au moins partiellement, par les pouvoirs publics ou par les organismes de sécurité sociale.

⁶⁰¹ Ce taux correspond au degré de mise en œuvre des recommandations formulées par la Cour, qui constitue le principal indicateur de performance du programme du budget de l'État relatif aux juridictions financières (programme 164 – Cour des comptes et autres juridictions financières). Il est défini comme la part, dans les recommandations les plus significatives formulées au cours de la période, de celles qui ont été suivies d'une mise en œuvre effective, c'est-à-dire des recommandations soit totalement mises en œuvre, soit mises en œuvre de manière incomplète ou en cours de mise en œuvre sur la totalité de leur champ.

**Tableau n° 88 : suites données aux recommandations
des trois derniers rapports**

Recommandations des rapports	Présent rapport (2016)					Précédent rapport (2015)	
	2013	2014	2015	Total	%	2012/ 2013/ 2014	%
Totalement mise en œuvre	7	2	-	9	4 %	13	6 %
En cours de mise en œuvre	17	28	10	55	26 %	60	27 %
Mise en œuvre incomplète	23	22	11	56	27 %	66	30 %
Recommandations comportant un degré de mise en œuvre	70 %	70 %	41 %	-	57 %	-	63 %
Non mise en œuvre	21	24	31	76	36 %	66	30 %
Refus de mise en œuvre	4	6	4	14	7 %	16	7 %
Devenue sans objet	1	-	-	1	0 %	1	0 %
Total	73	82	56	211	100 %	222	100 %

Source : Cour des comptes, à partir des comptes rendus des administrations.

Neuf recommandations, soit 4 %, ont fait l'objet d'une mise en œuvre totale. Quatre d'entre elles sont plus particulièrement commentées ci-après⁶⁰², mais d'autres sont également de portée significative⁶⁰³.

La proportion réduite de recommandations intégralement suivies résulte des délais propres à la mise en œuvre de réformes, des difficultés d'acceptation qu'elles peuvent rencontrer ou des préalables à leur application (adaptations apportées aux textes législatifs et réglementaires précédées de concertations, négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, rénovation des procédures de gestion, modification des systèmes d'information, etc.).

⁶⁰² Cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles mises en œuvre par l'assurance maladie par l'échelon ministériel, adapter les modalités de tarification des établissements de santé situés dans des zones fragiles (deux recommandations) et mettre fin à la détermination des prélèvements sociaux d'une partie des exploitants agricoles selon des modalités forfaitaires.

⁶⁰³ Comme la fixation d'objectifs d'économies associés au développement de la chirurgie ambulatoire selon une programmation pluriannuelle (faite dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017) ou la compensation intégrale à la branche vieillesse du régime général de la mise à sa charge du déficit de la branche vieillesse du régime social des indépendants à compter de 2015.

En outre, compte tenu du moment de la parution du rapport annuel de la Cour sur la sécurité sociale (septembre), peu de suites favorables à ses recommandations sont de fait susceptibles d'être apportées dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante, présenté par le gouvernement quelques semaines plus tard.

Ainsi, si 57 % des recommandations de la Cour donnent lieu dans un délai de trois ans à une mise en œuvre, 27 % des recommandations ne le sont que sur une partie de leur contenu (mise en œuvre incomplète) et 26 % demeurent en cours de mise en œuvre sur la totalité de leur contenu (mise en œuvre en cours). Parfois, les délais de mise en œuvre de certaines recommandations adoptées par les pouvoirs publics sont particulièrement longs.

De longs délais pour la mise en œuvre de certaines recommandations

Suivant une recommandation formulée par la Cour dans son rapport 2013, la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a prévu la conclusion par la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et l'État d'un contrat pluriannuel d'objectifs relatif à la gestion du régime de base, ensuite déclinés par des contrats de gestion entre la CNAVPL et chacune de ses dix sections professionnelles. Un décret d'avril 2015 a précisé le contenu de ces contrats. Néanmoins, la négociation entre le ministère chargé de la sécurité sociale et la CNAVPL n'a réellement débuté qu'en mars 2016. Les travaux relatifs à la mise en place de conventions entre la CNAVPL et les sections restent à engager.

Dans son rapport 2013, la Cour a préconisé de mettre fin aux dépassements perçus par les praticiens exerçant dans certains établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), à but non lucratif. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a accordé à ces établissements un délai de trois ans pour mettre fin à ces pratiques. À l'issue de ce délai, si la situation n'a pas évolué, un nouveau délai de deux ans doit leur permettre de finaliser les discussions ou de résilier les contrats les liant aux praticiens concernés. Au terme de ces cinq années (soit en janvier 2021), les établissements où seraient encore pratiqués des dépassements d'honoraires devraient perdre la qualité d'ESPIC et les concours de l'assurance maladie qui lui sont liés.

Compte tenu des délais de prise en compte des recommandations de la Cour, la proportion de recommandations prises en considération à divers degrés (mise en œuvre totale, incomplète ou en cours) augmente en fonction de leur ancienneté. Comme le montre le tableau ci-après, cette proportion atteint désormais 70 % des recommandations des rapports 2013 et 2014. Entre le rapport 2015 et le présent rapport, elle est passée de 57 % à 64 % des recommandations du rapport 2013 et de 58 % à 63 % de celles du rapport 2014.

Tableau n° 89 : évolution de la proportion de recommandations mises en œuvre au moins partiellement en fonction de leur ancienneté

	1 ^{ère} année de suivi	2 ^{ème} année de suivi	3 ^{ème} année de suivi
Recommandations RALFSS 2013	46 %	57 %	64 %
Recommandations RALFSS 2014	58 %	63 %	-
Recommandations RALFSS 2015	38 %	-	-

Source : Cour des comptes.

2 - Des niveaux inégaux de prise en compte selon les domaines

Eu égard au champ très étendu des problématiques relatives à la sécurité sociale, les rapports annuels de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale abordent chaque année une grande diversité de sujets, au-delà de ceux qui revêtent un caractère obligatoire au regard de l'objet même du rapport (situation et perspectives financières de la sécurité sociale et ONDAM) ou de dispositions du code de la sécurité sociale (avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial, résultats des travaux conduits dans le cadre du « réseau d'alerte » sur les organismes de sécurité sociale, conclusions des enquêtes menées avec les chambres régionales des comptes sur les établissements de santé).

Les sujets couverts par les rapports annuels de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et les recommandations qui les accompagnent (211 ont pu être cotées pour les

rapports 2013, 2014 et 2015) se répartissent en six domaines, détaillés ci-après⁶⁰⁴. L'organisation des soins et les dépenses d'assurance maladie (à l'hôpital et en ville) regroupent au total 56 % des recommandations faisant l'objet d'une cotation.

Comme le montre le tableau ci-après, les recommandations relatives aux dépenses de soins de ville présentent un degré élevé de mise en œuvre (63 %). Pour l'essentiel, elles le sont toutefois de manière incomplète ou leur mise en œuvre est en cours.

Les recommandations relatives aux dépenses hospitalières font apparaître des résultats contrastés. Si un nombre non négligeable d'entre elles ont été totalement suivies, leur degré global de mise en œuvre reste relativement faible (56 %).

Cette situation reflète en particulier l'absence de réponse, contraire aux dispositions du code des juridictions financières, apportée par l'administration à la demande que la Cour lui a adressée de lui indiquer les suites apportées à certaines recommandations.

Au nombre de 17, ces dernières portent pour l'essentiel sur la maîtrise des dépenses de personnel médical dans les hôpitaux et les cliniques privées et sur la refonte de la stratégie et du pilotage central de l'organisation du système de soins. Cette absence de réponse par la direction générale de l'offre de soins ou par le secrétariat général du ministère des affaires sociales et de la santé traduit non seulement un défaut de prise en charge de certaines recommandations, mais aussi une réticence à aborder celles visant l'articulation de leurs responsabilités respectives. À défaut d'autres éléments d'information qui indiqueraient un début de mise en œuvre, les recommandations concernées ont été cotées comme étant non mises en œuvre.

Par ailleurs, les recommandations portant sur les finances et ressources de la sécurité sociale connaissent un taux moyen de mise en œuvre au moins partielle limité à 44 %. En effet, ce domaine, qui regroupe 25 % des recommandations, concentre la moitié de celles ayant fait l'objet d'un refus explicite de mise en œuvre.

⁶⁰⁴ Un 7^{ème} domaine, les prestations familiales, a été couvert dans le rapport 2015 par un examen des suites - en l'espèce une mise en œuvre totale -, données aux recommandations du rapport 2012 visant à renforcer la redistribution opérée par les prestations familiales modulées en fonction des ressources des allocataires.

**Tableau n° 90 : ventilation par domaine
de la mise en œuvre des recommandations**

	Nombre de recom- manda- tions	%	Totale- ment mise en œuvre	Mise en œuvre en cours	Mise en œuvre incom- plète	Degré de mise en œuvre	Non mise en œuvre	Refus de mise en œuvre	Devenue sans objet
Finances et ressources	52	25 %	-	12	11	44 %	21	7	1
Dépenses d'assurance maladie – hôpital	52	25 %	5	14	10	56 %	23	-	-
Dépenses AM – ville	54	26 %	1	12	21	63 %	16	4	-
Retraite	15	7 %	3	4	3	67 %	3	2	-
Organisation et gestion de la sécurité sociale	23	11 %	-	7	7	61 %	6	1	-
Pilotage et gouvernance du système de santé	15	7 %	-	6	4	67 %	5	-	-
Total	211	100 %	9	55	56	57 %	76	14	1

Source : Cour des comptes à partir des comptes rendus des administrations.

B - Des évolutions sensibles sur certains points par rapport à 2015

Nonobstant des délais souvent longs dans la mise en œuvre d'un grand nombre de recommandations, des progrès sont intervenus par rapport au précédent rapport. En effet, plusieurs recommandations importantes, alors non mises en œuvre, le sont désormais au moins partiellement, en application notamment de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

1 - Les conventions avec les professionnels libéraux de santé

Dans son rapport 2014, la Cour avait recommandé, à propos des conventions passées entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels libéraux de santé, de mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs.

En application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ont désormais la faculté de fixer des lignes directrices qui s'imposent au conseil de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, en vue de la détermination par ce dernier des orientations relatives à la négociation des accords conventionnels avec les représentants des professionnels de santé. Ces dispositions ont été appliquées pour la première fois dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale (*recommandation totalement mise en œuvre*).

Par ailleurs, la Cour avait recommandé dans son rapport 2015 que les agences régionales de santé se voient reconnaître la faculté d'adapter certains éléments des politiques conventionnelles au contexte régional dans un cadre défini au plan national.

La loi de modernisation de notre système de santé a prévu en ce sens que les conventions nationales avec les professionnels de santé précisent les modalités d'adaptation régionale des dispositifs visant à favoriser l'installation des professionnels de santé (ou des centres de santé) en fonction des zones d'exercice et aient la faculté de prévoir des modalités d'adaptation d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives à la rémunération des professionnels de santé. Chaque professionnel de santé (ou centre de santé) conventionné pourra signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux (*recommandation en cours de mise en œuvre*).

La Cour avait par ailleurs recommandé dans son rapport 2014 d'étendre le conventionnement sélectif des professionnels de santé dans les zones géographiques en surdensité, alors limité aux seuls infirmiers, à l'ensemble des professionnels de santé. Aucune évolution en ce sens n'était intervenue en 2015. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a ouvert la possibilité d'un conventionnement sélectif pour trois autres professions : les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes (*recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

Dans le domaine des politiques conventionnelles, les progrès n'ont cependant encore à ce stade qu'une portée partielle. S'agissant des médecins, les pouvoirs publics s'en tiennent ainsi à ce jour à des mesures incitatives à l'installation dans les zones en sous-densité. Pour ce qui concerne les actes de biologie médicale, les recommandations de la Cour tendant à ce que soit négociée sur des bases actualisées une nouvelle convention réduisant les tarifications prenant insuffisamment en compte les gains de productivité réalisés ont été écartées par les pouvoirs publics au profit d'un simple objectif de plafonnement de la dépense qui préserve les marges de ce secteur⁶⁰⁵.

2 - La réorganisation de l'offre de soins hospitalière

Dans son rapport 2015, la Cour constatait le caractère décevant du bilan des actions mises en œuvre depuis une vingtaine d'années par les pouvoirs publics afin de réorganiser l'offre de soins dans le double objectif d'une efficience accrue et de l'accès de tous à des soins de qualité.

Elle relevait à cet égard la faiblesse des outils permettant de faire évoluer l'organisation de l'offre de soins au niveau territorial. Les démarches coopératives, contractuelles et incitatives avaient été de plus en plus privilégiées par rapport aux outils plus restructurants que constituent les normes d'activité ou d'équipement conditionnant les autorisations d'activités.

La loi de modernisation de notre système de santé comporte plusieurs dispositions de nature à contribuer à la recomposition de l'offre de soins dans le cadre territorial.

Comme l'a recommandé la Cour dans son rapport 2014 au vu des faiblesses des projets régionaux de santé, le caractère stratégique et l'opérationnalité de la démarche de programmation régionale sont renforcés. Ainsi, chaque agence régionale de santé doit établir un schéma régional de santé, d'une durée de cinq ans, à partir d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels couvrant l'ensemble des composantes de l'offre de soins et médico-sociale.

⁶⁰⁵ Sur ce refus de mise en œuvre, voir rapport 2015, p. 650-651.

Afin d'assurer une cohérence accrue avec les projets régionaux de santé, la loi autorise le gouvernement à moderniser et à simplifier dans un délai de deux ans, par la voie d'ordonnances, les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements lourds, en matière d'imagerie médicale notamment (*recommandation en cours de mise en œuvre*).

En application de la loi de modernisation de notre système de santé, tous les établissements hospitaliers publics doivent obligatoirement être désormais membres d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) qui conditionne l'attribution par les agences régionales de santé des dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Les GHT⁶⁰⁶ ont pour mission de définir un projet médical partagé dans le respect des schémas régionaux de santé arrêtés par les agences régionales de santé, de mettre en commun obligatoirement certaines activités (imagerie et biologie médicale) et fonctions support (gestion des données médicales, systèmes d'information, achats, formation initiale des professions paramédicales et formation professionnelle continue des professions médicales et paramédicales) et de procéder à des transferts d'activités entre les établissements qui en sont membres (*recommandation en cours de mise en œuvre*).

Par ailleurs, les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2015 ont pris en compte les recommandations du rapport 2013 tendant à adapter les modalités de financement des établissements de petite taille, situés sur des territoires isolés en voie de désertification médicale, afin d'assurer leur pérennité lorsque celle-ci est jugée nécessaire.

Au titre du dispositif dit d'« activité isolée », 61 établissements, essentiellement publics, proposant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou d'urgence dans des zones isolées, reçoivent désormais une nouvelle dotation à caractère forfaitaire, composée d'une part fixe nationale visant à assurer l'équilibre financier de l'activité considérée en fonction de coûts standard et d'une part variable, à la discrétion des ARS, destinée à financer des coûts spécifiques liés à l'isolement. Pour 2016, le coût prévisionnel de ce dispositif s'élève à 28 M€.

⁶⁰⁶ Qui remplacent les conventions hospitalières de territoire.

À compter également de 2016, 150 anciens hôpitaux locaux intègrent la catégorie, nouvellement créée, des « hôpitaux de proximité »⁶⁰⁷. Les établissements concernés (anciens hôpitaux locaux, certains centres hospitaliers et établissements privés), au nombre de 240 environ, bénéficient de modalités de financement dérogatoires à la tarification à l'activité, sans dépense supplémentaire pour l'assurance maladie : plancher de ressources (égal à 80 % des recettes provenant de l'assurance maladie au cours de l'année précédente) et complément de financement fonction du degré d'éloignement de l'établissement par rapport à la moyenne nationale de certains critères, financé par redéploiement ; si leur activité valorisée à la T2A excède les dotations précédentes, les établissements concernés bénéficient d'un complément de financement à hauteur de l'écart correspondant (*recommandations totalement mises en œuvre*).

3 - Les outils de maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux

Dans son rapport 2014, la Cour, devant le constat d'une progression non maîtrisée des dépenses d'assurance maladie relatives aux dispositifs médicaux, recommandait de déterminer pour la période 2015-2017 un objectif de régulation de ces dépenses.

Afin de renforcer la maîtrise des dépenses, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a ouvert la possibilité pour le comité économique des produits de santé (CEPS) de négocier avec les représentants des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux un accord-cadre prévoyant les conditions dans lesquelles le CEPS met en œuvre des réductions des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix afin de « garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » (*recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

⁶⁰⁷ Décret du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

4 - L'amélioration de la structure de financement du régime des exploitants agricoles

Dans son rapport 2013⁶⁰⁸, la Cour avait recommandé d'abaisser le seuil de chiffre d'affaires à partir duquel les exploitants agricoles doivent déclarer leurs revenus professionnels au réel, pour la détermination du bénéfice sur lequel sont assis les prélèvements sociaux à leur charge et, en deçà du seuil précité, de remplacer le régime du bénéfice forfaitaire par un bénéfice établi en proportion de leur chiffre d'affaires réel. À compter de 2017, le régime du forfait agricole est remplacé au plan social comme fiscal par un régime micro agricole comportant l'application d'un pourcentage forfaitaire de charges déductibles aux revenus déclarés au réel. Le plafond d'application du nouveau régime est légèrement rehaussé par rapport à celui de l'ancien forfait (*recommandation totalement mise en œuvre*).

Après avoir atteint un pic en 2010 (-1,3 Md€), le déficit du régime de retraites des exploitants agricoles s'élevait encore à -1 Md€ en 2012. Dans son rapport 2013, la Cour avait recommandé d'assurer son équilibre financier par des financements de solidarité suffisants et pérennes, pour partie en réexaminant d'autres concours au secteur agricole. Cette recommandation a été partiellement suivie : sous l'effet notamment de la hausse des impôts et taxes affectés (2,8 Md€ en 2015 contre 2,4 Md€ en 2012) et sans redéploiement des autres concours publics au secteur agricole, le déficit a été réduit à -0,3 Md€ en 2015. Compte tenu de l'accumulation de déficits, le montant total de la dette sociale relative au régime de retraites des exploitants agricoles atteint néanmoins 3,3 Md€ à fin 2015. À ce jour, les modalités d'amortissement de cette dette ne sont pas définies (*recommandation mise en œuvre de manière incomplète*).

C - Des recommandations écartées par les pouvoirs publics en nombre réduit mais portant sur des enjeux importants

Les recommandations expressément écartées par les pouvoirs publics sont peu nombreuses. Au nombre de 14 pour les trois derniers rapports, elles présentent une sensibilité particulière, notamment pour la gouvernance financière de la protection sociale :

⁶⁰⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre XV : les retraites des exploitants agricoles, p. 423-450, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur www.ccomptes.fr.

- transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de financement de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels (retraites complémentaires, assurance chômage) et instaurer une loi de résultat présentée selon un calendrier convergent avec celui de la loi de règlement du budget de l'État au motif que ces recommandations s'inscrivent dans une perspective de long terme d'unification des textes financiers ;
- organiser une discussion conjointe au Parlement des volets « recettes » des projets annuels de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale au motif que cette orientation remettrait en cause le mode de pilotage actuel des finances sociales, pourtant perfectible ;
- faire apparaître à l'attention des entreprises et de leurs salariés le niveau véritable du prélèvement social en intégrant les allègements de cotisations sociales au barème de ces dernières, au motif que cette « barémisation » soulèverait des difficultés techniques importantes, sans procurer de gain particulier ;
- redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité et intégrer les indemnités journalières maternité à l'ONDAM au motif que les constats de la Cour n'appelleraient pas de mesures de cette nature, sans pour autant que des mesures alternatives aient été définies ;
- mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille, au motif que les dépenses de cette branche sont liées à des droits objectifs définis par la loi ou les règlements et ne peuvent être pilotés en cours d'année, ce qui n'est cependant pas le cas des subventions versées à des structures dans le cadre de l'action sanitaire collective (4,6 Md€ en 2015) ;
- piloter effectivement le régime de retraite de base des professions libérales comme un régime par points et mettre à l'étude des mécanismes de solidarité entre les régimes complémentaires propres aux dix sections professionnelles distinctes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales afin de surmonter les déséquilibres financiers à venir, les pouvoirs publics n'entendant pas remettre en cause leur autonomie ;
- assurer l'effectivité des tarifs opposables aux professionnels de santé pour les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS), en prenant les textes réglementaires nécessaires à l'application des dispositions de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 qui permettent aux directeurs des caisses d'assurance maladie de sanctionner les refus de

soins, le ministère des affaires sociales et de la santé indiquant privilégier une responsabilisation des professionnels de santé⁶⁰⁹ (attribution aux conseils de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes du soin d'objectiver les pratiques de leurs membres en la matière). Les deux approches ne revêtent cependant pas un caractère contradictoire.

II - Les différents types de suites apportées aux recommandations de la Cour : quatre illustrations

A - Le resserrement du réseau du régime social des indépendants (totalement mise en œuvre)

Depuis sa mise en place au 1^{er} juillet 2006, par regroupement de trois régimes préexistants (retraites des artisans et des commerçants et maladie des travailleurs indépendants non agricoles), le régime social des indépendants comptait 30 caisses de base : 26 caisses métropolitaines et deux caisses outremer compétentes pour la protection maladie, retraite, invalidité et décès des artisans et commerçants et deux caisses pour la protection maladie, invalidité et décès des professions libérales⁶¹⁰.

Dans son rapport 2014, la Cour avait souligné que la plupart des caisses du RSI n'avaient pas une taille critique suffisante pour assurer leurs missions dans des conditions efficaces. En outre, les trois principales régions administratives (Île-de-France, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur) comptaient plusieurs caisses. Dès lors, la Cour recommandait de réorganiser en profondeur ce réseau afin de réduire les coûts de gestion et de renforcer la qualité de service aux assurés.

⁶⁰⁹ L'article 85 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que les conseils nationaux de l'ordre des médecins et des chirurgiens-dentistes « *évaluent avec les associations de patients... le respect du principe de non-discrimination dans l'accès aux soins à la prévention ou aux soins... par les membres de l'ordre* » et qu'à ce titre il leur « *revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il[s] juge[nt] appropriés* ».

⁶¹⁰ Les retraites relèvent de l'une des dix sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Cette recommandation a été totalement mise en œuvre.

Ainsi, les deux caisses compétentes pour les professions libérales ont été fusionnées au 1^{er} janvier 2015. Pour ce qui concerne les artisans et commerçants, un décret du 18 février 2016 a prévu la mise en place au 1^{er} janvier 2019 d'une nouvelle organisation territoriale fondée sur 13 caisses de base⁶¹¹. Les neuf opérations de fusion qu'appelle cette nouvelle organisation sont d'ores et déjà engagées.

B - La régulation des dépenses d'optique (en cours de mise en œuvre)

Dans son rapport 2013, la Cour avait souligné que les dépenses d'optique (5,6 Md€ en 2014⁶¹²), qui concernent deux Français sur trois et sont principalement financées par les assurances complémentaires (à hauteur de 68 %), l'assurance maladie ayant un rôle résiduel (inférieur à 4 %), étaient très insuffisamment régulées dans le contexte d'un marché de l'optique opaque, peu concurrentiel et pratiquant des prix élevés.

La Cour formulait plusieurs recommandations tendant à faire baisser les prix de l'optique et à responsabiliser davantage les organismes complémentaires dans la régulation des dépenses.

Comme la Cour l'avait recommandé, la prise en charge de l'optique dans le cadre des contrats « responsables », a été profondément revue. Ainsi, un décret du 18 novembre 2014, relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, a prévu non seulement des planchers, mais aussi des plafonds à la prise en charge des dépenses d'optique. Par ailleurs la prise en charge est désormais limitée à un équipement tous les deux ans (sauf pour les enfants ou en cas de dégradation de la vue).

Issus de longues négociations, ces plafonds (470 € pour des lunettes dotées de verres simples, 750 € pour des verres « complexes » et 850 € pour les verres « très complexes ») s'inscrivent sensiblement au-delà du coût moyen des équipements, comme le montre le tableau ci-après.

⁶¹¹ Dix caisses regroupées en France métropolitaine, deux caisses ultra-marines et une caisse à compétence nationale propre aux professions libérales.

⁶¹² CNAMTS, Points repère n° 43 – décembre 2015 – Les dépenses d'optique médicale en 2014.

Tableau n° 91 : comparaison entre les plafonds arrêtés et les coûts moyens constatés

En €

		Verres	Monture	Total
Équipement unifocaux	Coût moyen 2014	178 €	138 €	316 €
	Plafonds du décret de 2014	Au minimum : 100 € Au maximum : 470 € <i>(dont une prise en charge de la monture limitée à 150 €)</i>		
Équipement multifocaux	Coût moyen 2014	43 6€	150 €	613 €
	Plafonds du décret de 2014	Au minimum : de 125 € pour une correction moyenne à 200 € pour une correction complexe ou très complexe Au maximum : de 610 € pour une correction moyenne à 850 € pour une correction très complexe. <i>(dont une prise en charge de la monture limitée à 150 €)</i>		

Source : Cour des comptes d'après les données CNAMTS et les dispositions du décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

L'interdiction de prévoir au titre des garanties offertes par les contrats « responsables » la prise en charge du renouvellement annuel des lunettes - possibilité offerte jusque-là par la plupart des assurances complémentaires santé -, devrait aussi influencer sur la dépense globale car l'augmentation de la consommation de produits d'optique par personne explique une part importante de l'augmentation de ces dépenses⁶¹³.

Ce renforcement des contraintes portant sur les contrats des organismes complémentaires s'accompagne de mesures destinées à favoriser l'ouverture du marché à l'e-commerce et à la diffusion en grande surface⁶¹⁴ : obligations de mention de l'écart pupillaire sur les ordonnances comme l'avait suggéré la Cour, de présenter une ordonnance de moins de trois ans pour toute délivrance de verres correcteurs⁶¹⁵ et de présence d'un opticien-lunetier sur le lieu de distribution de produits d'optique dans tous les commerces ; libéralisation de la vente des produits d'entretien pour lentilles.

⁶¹³ CNAMTS, Points repère n° 43 – décembre 2015 – Les dépenses d'optique médicale en 2014. Un groupe de distribution indique que le renouvellement annuel des équipements optiques représenterait 23 % du total de ses ventes.

⁶¹⁴ Article 39 de la loi du 17 mars 2014 relative à la consommation.

⁶¹⁵ Disposition auparavant obligatoire uniquement pour les moins de 16 ans.

Par ailleurs, conformément à une recommandation formulée par la Cour dès 2010, la capacité des assurances complémentaires santé à peser sur les prix de l'optique a été renforcée par la possibilité qui leur a été donnée de moduler le niveau de leur prise en charge des dépenses en fonction de l'appartenance ou non du professionnel de santé à un réseau de soins⁶¹⁶.

C - Les délégations de gestion aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants (mise en œuvre incomplète)

Dans son rapport 2013 sur la sécurité sociale, la Cour a analysé la gestion déléguée des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire de base versées aux fonctionnaires et aux étudiants par des mutuelles, sur le fondement de délégations prévues par la loi, en soulignant l'hétérogénéité de la qualité du service rendu - qui lui était notamment apparue déplorable dans certaines mutuelles d'étudiants - l'importance des efforts de productivité restant à accomplir et le niveau élevé des remises de gestion versées par l'assurance maladie en contrepartie des tâches effectuées pour son compte.

Les recommandations de la Cour tendant à reconsidérer le principe de la gestion déléguée ou, à défaut, à reconnaître aux assurés sociaux un droit d'option entre la CPAM de leur domicile ou une mutuelle n'ont pas été retenues par les pouvoirs publics. Il en va de même de celle tendant à permettre aux étudiants, à cotisation inchangée, d'opter entre le maintien du rattachement au régime de leurs parents et l'affiliation à une mutuelle. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a cependant allégé le dispositif juridique d'une remise en cause éventuelle des délégations⁶¹⁷.

L'acuité des difficultés de fonctionnement de « la mutuelle des étudiants » (LMDE), qui regroupe un peu plus de la moitié des étudiants affiliés (soit environ 0,9 million), a cependant conduit les pouvoirs publics, depuis le 1^{er} octobre 2015, à faire assurer par la branche maladie du régime général l'activité dont cette mutuelle est précisément en principe délégataire pour son compte (voir encadré).

⁶¹⁶ Loi du 27 janvier 2014 relative aux réseaux de soins.

⁶¹⁷ En prévoyant qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles il peut y être mis fin « en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales ».

Si cette décision conduit à améliorer la qualité du service rendu aux étudiants et à faire réaliser des économies par l'assurance maladie, elle maintient la participation à la gestion des droits des étudiants à l'assurance maladie d'une structure vidée pour l'essentiel de tout contenu propre en tâches de gestion. L'ampleur des dérives constatées appelle à reconsidérer le principe même du maintien d'un « régime étudiant », caractérisé par la complexité de la gestion de leurs droits pour les étudiants et leurs familles et des coûts inutiles pour la collectivité.

La reprise par la CNAMTS des activités et des effectifs de la LMDE

Placée en redressement provisoire en juillet 2014 par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, la LMDE a été mise sous sauvegarde de justice en février 2015.

Depuis le 1^{er} octobre 2015, l'assurance maladie assure la gestion directe de l'ensemble des activités de gestion technique (infogérance), de l'ouverture des droits jusqu'au versement des prestations, en passant par les changements de situation, le suivi de la carte Vitale et la relation avec les assurés. La LMDE conserve les tâches d'affiliation et de prévention.

À la demande des pouvoirs publics, la CNAMTS a intégré à son réseau les salariés de la LMDE en charge de la gestion des prestations de sécurité sociale qui n'avaient pas quitté cet organisme, au nombre de 515, à un moment où elle doit elle-même réduire ses effectifs en application de la convention d'objectifs et de gestion avec l'État pour 2014-2017.

Parallèlement, le montant des remises de gestion versées par la CNAMTS à la LMDE a été diminué de 50 € par étudiant affilié en 2014 à 45,31 € en 2015, puis à 7,8 € en 2016 et à 5,6 € en 2017 (soit une prévision de 5 M€ de remises pour cette même année contre 54 M€ en 2014).

Entre l'intégration d'agents de la LMDE et la réduction des remises de gestion, l'assurance maladie réalise une économie pouvant être estimée à 17 M€ pour 2017.

À défaut d'une remise en cause des délégations de gestion aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants, la Cour recommandait que les remises de gestion qui leur sont versées en contrepartie des tâches qu'elles effectuent pour le compte de l'assurance maladie soient alignées sur les coûts de revient des caisses d'assurance maladie et que les paramètres qui servent de référence pour déterminer leur calcul soient fixés par une commission indépendante.

Cette recommandation n'a pas été suivie d'effet. Une réduction significative des remises de gestion a toutefois été engagée. En application de la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général avec l'État pour les années 2014 à 2017, le montant total des remises versées aux mutuelles (de fonctionnaires, d'étudiants et autres mutuelles) est en effet appelé à baisser de 14,6 % entre 2013 (365 M€) et 2017 (prévision de 312 M€)⁶¹⁸.

Compte tenu de l'infogérance de la LMDE par la CNAMTS, cette prévision devrait être révisée à la baisse en neutralisant l'incidence de la réduction des remises de gestion versées à cette dernière (soit 49 M€).

D - La permanence des déficits du fonds de solidarité vieillesse (refus de mise en œuvre)

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) est un établissement public administratif de l'État qui a pour mission, à partir des ressources qui lui sont affectées (CSG, autres contributions sociales et autres impôts et taxes affectés), de financer des prises en charge de prestations et de cotisations, au titre notamment du chômage, correspondant à une partie des avantages non contributifs accordés par les régimes de retraite de base.

Fonds de financement du risque vieillesse, le FSV est lui-même insuffisamment financé. En raison non tant de la hausse des charges liées aux prises en charge de cotisations des chômeurs que de réductions des ressources qui lui sont affectées⁶¹⁹, il connaît un déficit massif depuis 2009. Après s'être replié de -4,1 Md€ en 2012 à -2,9 Md€ en 2013, ce déficit a atteint -3,5 Md€ en 2014, puis -3,9 Md€ en 2015. Il se stabiliserait à ce même niveau en 2016⁶²⁰.

⁶¹⁸ Afin de permettre la réalisation de cet objectif d'économies, un arbitrage interministériel a fixé un montant forfaitaire par bénéficiaire géré par les mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants qui effectuent l'ensemble des tâches de gestion de l'assurance maladie. Ce montant est en réduction, les mutuelles d'étudiants (46 € en 2017 contre 50 € en 2014, soit -8 %) étant cependant traitées plus favorablement que celles de fonctionnaires (38 € en 2017 contre 44 € en 2014, soit -13,6 %).

⁶¹⁹ En 2009 (transfert de CSG à la CADES), en 2010 (baisse de la C3S affectée après couverture des déficits des régimes maladie et vieillesse de base du RSI) et à nouveau en 2015 (transfert de CSG à la CNSA, réduction d'un produit exceptionnel de C3S).

⁶²⁰ Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016.

Malgré les recommandations réitérées de la Cour⁶²¹, il n'a ainsi pas été mis fin à son sous-financement structurel. Tout au plus, ce dernier a-t-il été contenu au cours de la période récente par des mesures de réduction de ses charges⁶²². Cette situation distingue le FSV de la branche vieillesse du régime général, dont le déficit est passé de -4,8 Md€ en 2012 à -0,3 Md€ en 2015 et pourrait laisser place à un léger excédent en 2016.

Pour l'essentiel, le déficit de la branche vieillesse du régime général est en réalité désormais porté par le FSV. Compte tenu des déficits de ce dernier, elle comptabilise au titre de chaque exercice comptable des produits relatifs aux concours financiers du FSV qui, à hauteur du déficit de ce dernier, ont pour contrepartie non des produits du fonds pour le même exercice, mais un à-valoir sur ceux de l'exercice suivant, matérialisé par des créances non rémunérées de la CNAVTS sur le FSV. Dès lors, le déficit de la branche vieillesse pour 2015 est beaucoup plus profond que celui affiché (-4,2 Md€ au lieu de -0,3 Md€).

⁶²¹ Voir le chapitre I du présent rapport : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine.

⁶²² À hauteur de 1,2 Md€ en 2015 (révision du mode de calcul des prises en charge de cotisations au titre du chômage) et de 0,4 Md€ en 2016 (baisse des prises en charge de prestations au titre du minimum contributif).