

Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport sur l'application des lois de
financement de la sécurité sociale

Synthèse

Septembre 2016

■ AVERTISSEMENT

Le présent document est destiné à faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport de la Cour.

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport.

Sommaire

Présentation	5
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et faire reculer la dette sociale

1 - La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine	13
2 - L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017	17
3 - Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2015 : avis sur la cohérence	21

DEUXIÈME PARTIE

Maîtriser plus vigoureusement les dépenses de santé pour assurer un accès équitable aux soins

4 - La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir	25
5 - La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre ...	31
6 - Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder	35

TROISIÈME PARTIE

Rendre l'hôpital plus efficient

7 - La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical	41
8 - La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer	51

Sommaire

QUATRIÈME PARTIE

Assurer la soutenabilité des retraites

- 9 - Les réformes des retraites des salariés du secteur privé :
un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir
dans la perspective de nouveaux ajustements51

CINQUIÈME PARTIE

Dégager des gains d'efficience et améliorer les performances de la gestion

- 10 - La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale :
une première étape réussie, de nouveaux enjeux59

- 11 - La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale :
une stratégie de modernisation à définir sans tarder63

- 12 - La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement
indispensable67

- 13 - La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines :
une survie artificielle, une suppression à organiser71

Annexe : le suivi des recommandations formulées par la Cour75

Présentation

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour analyse la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale et éclaire des possibilités de réforme de nature à contribuer au rétablissement de son équilibre.

Poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et faire reculer la dette de la sécurité sociale

Comme chaque année depuis 2002, la sécurité sociale est demeurée en déficit en 2015. Alors qu'une simple stabilisation était attendue, les déficits agrégés des régimes de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont poursuivi un mouvement de baisse modéré : ils se sont repliés de 12,8 Md€ à 10,2 Md€.

Toutefois, le déficit continue de s'inscrire à un niveau supérieur à celui, déjà très élevé, des années antérieures à la crise, et conserve une importante composante structurelle (4 Md€). Il se concentre désormais sur la branche maladie du régime général (5,8 Md€) et sur le FSV (3,9 Md€), dont le déséquilibre en augmentation porte désormais l'essentiel du déficit de la branche vieillesse du régime général.

Selon les prévisions actualisées à l'été, les déficits agrégés des régimes de sécurité sociale et du FSV ne se réduiraient que légèrement en 2016 (à hauteur de 1 Md€), au bénéfice notamment de l'intégration, discutable, dans ces prévisions d'un « produit exceptionnel » de CSG (0,7 Md€). Les recettes pourraient cependant en définitive se révéler sensiblement plus dynamiques que prévu et il est plausible que les déficits diminuent en fait plus fortement. Pour autant, même en ce cas, les aléas qui entourent l'évolution des recettes et des dépenses affectent la perspective d'un retour à l'équilibre à court terme.

Un rééquilibrage rapide de la dette sociale est pourtant nécessaire. Certes, celle-ci a commencé à légèrement diminuer (à 156,4 Md€ fin 2015), pour la première fois depuis 2001, et ce reflux devrait se poursuivre en 2016 et au-delà. Cependant, des déficits continuent à s'accumuler au-delà de ceux transférés à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Ils sont financés par des emprunts à court terme et sont de ce fait exposés au risque d'une remontée des taux d'intérêt.

Dès lors, il importe d'une part de limiter l'augmentation de la dette sociale non transférée à la CADES en prenant les mesures nécessaires afin de garantir un retour à l'équilibre financier des régimes et du FSV d'ici à 2019 au plus tard ; et d'autre part, d'organiser l'amortissement par la CADES de la dette sociale qui ne le lui a pas encore été transférée (y compris celle relative aux régimes de retraite des exploitants agricoles et des mines), en affectant à cet organisme des ressources supplémentaires prélevées en priorité sur les excédents du fonds de réserve des retraites.

Présentation

Équilibrer les comptes sociaux nécessite de concentrer l'effort sur les dépenses par des réformes structurelles portant prioritairement sur l'assurance maladie et allant au-delà des économies associées à la trajectoire aujourd'hui affichée de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Cette trajectoire est au demeurant imparfaitement assurée. Certes, la progression de l'ONDAM se ralentit (+2 % en 2015, +1,75 % fixés pour 2016 et 2017, après +2,4 % en 2014) et l'objectif a, pour la sixième année consécutive, été respecté en 2015.

Pendant, ce respect de l'ONDAM a une nouvelle fois été assuré par des mesures de régulation en cours d'année portant essentiellement sur les dotations aux établissements de santé publics et aux établissements médico-sociaux et destinées à compenser la vive dynamique des dépenses de soins de ville (+2,5 %). S'y est ajoutée une réduction opportuniste des dépenses provisionnées.

Compte tenu d'un artifice de présentation, les objectifs fixés s'élèvent en réalité à +1,9 % pour 2016 et à +2 % pour 2017 et non à +1,75 %. Pour autant, la dynamique des dépenses de soins de ville exige une stricte vigilance. En outre, les augmentations salariales dans la fonction publique hospitalière et les négociations conventionnelles avec les professions médicales et paramédicales créent une très forte tension sur l'ONDAM 2017.

Maîtriser plus vigoureusement les dépenses de santé pour assurer un accès plus équitable aux soins

Ces constats appellent à renforcer substantiellement la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, sauf à se résigner à un désengagement accru de la sécurité sociale dans la prise en charge des soins. Le maintien sur longue période d'un haut niveau moyen de remboursement des dépenses de santé par l'assurance maladie, qui a même eu tendance à augmenter dans la dernière période (76,8 % en 2015), s'est accompagné néanmoins en effet d'une érosion des niveaux individuels de prise en charge des dépenses, particulièrement pour les assurés qui ne sont pas atteints par une affection de longue durée (ALD) conduisant à exonérer du ticket modérateur les dépenses qui s'y rapportent. Les assurances complémentaires permettent certes de réduire le risque de restes à charge élevés mais ne le font pas disparaître. En outre, elles créent des inégalités entre assurés et sont coûteuses pour ces derniers comme pour la collectivité du fait des aides fiscales et sociales importantes qui leur sont accordées.

À responsabilités inchangées de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, et dans le contexte d'un niveau de dépenses de santé particulièrement élevé en France, maîtriser plus rigoureusement leur dynamique est une priorité pour main-

Présentation

tenir l'accès de tous aux soins. Plusieurs mesures devraient être engagées par ailleurs afin de réduire les écarts de traitement entre assurés sociaux à niveau identique de dépenses, de limiter les risques de restes à charge trop élevés pour les assurés et d'accroître la solidarité financière entre ces derniers.

Au-delà, il pourrait être envisagé à terme de clarifier les financements et les responsabilités entre l'assurance maladie et l'assurance maladie complémentaire : le « panier de soins » de l'assurance maladie pourrait alors être recentré sur certains postes qui bénéficieraient de niveaux plus élevés de prise en charge, tandis que les assurances complémentaires, en voie de généralisation à l'ensemble de la population, couvriraient au premier euro d'autres dépenses que l'assurance maladie, dont la part est déjà parfois très réduite (optique, prothèses dentaires, etc.), pourrait ne plus prendre en charge.

À plus long terme, il pourrait être envisagé de plafonner les restes à charge des assurés dans le cadre même de l'assurance maladie, en modulant le cas échéant le plafond en fonction des revenus et de la présence ou non d'une maladie chronique, comme pratiqué en Allemagne. Cela conduirait à refonder les modalités de prise en charge des ALD par l'assurance maladie.

Les dépenses liées aux ALD devraient être mieux maîtrisées. L'augmentation rapide du nombre de patients concernés et celle du coût des traitements suscite leur hausse continue (+3,4 % par an entre 2005 et 2013). L'apparition de maladies chroniques, qui sont souvent des polyopathologies, et les disparités territoriales devraient conduire à renforcer les actions de maîtrise médicalisée, à faire évoluer les modalités de rémunération du médecin traitant de la rémunération à l'acte vers un forfait global, et à expérimenter, à terme, une enveloppe par patient couvrant l'ensemble des prestations nécessaires et des interventions des différents professionnels de santé.

Le domaine des soins bucco-dentaires illustre les conséquences du désengagement de l'assurance maladie de la prise en charge de certaines dépenses insuffisamment régulées (soins prothétiques et orthodontiques à liberté tarifaire) : renoncement aux soins pour des motifs financiers touchant près d'un assuré sur cinq et état de santé bucco-dentaire médiocre par rapport aux pays européens comparables. Cette situation appelle à développer la prévention, à encourager le développement des réseaux de soins et à rendre sélectif le conventionnement des chirurgiens-dentistes en fonction d'objectifs de meilleur accès aux soins. Au-delà, elle pourrait justifier un « décroisement » des responsabilités et des financements entre l'assurance maladie et les assurances complémentaires selon la nature des prestations (soins conservateurs / prothétiques).

Présentation

Rendre l'hôpital plus efficient

Compte tenu de leur dynamique (+32 % en euros constants entre 2007 et 2014), les dépenses issues de prescriptions hospitalières (25 Md€ en 2014) représentent un enjeu majeur. Elles sont cependant mal connues et imparfaitement mesurées. Des mécanismes contractuels de régulation qui se sont superposés au fil du temps se sont révélés inopérants. Une maîtrise effective des prescriptions hospitalières, qu'elles soient exécutées en ville ou à l'hôpital, nécessite avant tout d'impliquer collectivement et individuellement les médecins hospitaliers dans leur maîtrise, ce qui n'est pas le cas actuellement, en utilisant plus efficacement l'ensemble des leviers disponibles, à commencer par l'identification individuelle des prescripteurs, obligatoire depuis plusieurs années et toujours largement inappliquée.

Le caractère stratégique des systèmes d'information est aujourd'hui bien perçu par les communautés médicales hospitalières. Sous l'impulsion de plans nationaux successifs, en particulier le plan « Hôpital numérique », les systèmes d'information hospitaliers se modernisent progressivement. Cependant, ils doivent encore progresser afin de couvrir la totalité des processus de soins et de gestion de l'ensemble des établissements. Au-delà, il s'agit de jeter les bases de systèmes d'information en santé intégrant l'ensemble des acteurs du système de santé, de ville comme hospitaliers.

Assurer la soutenabilité des retraites

Les régimes de base et complémentaires de retraites des salariés du secteur privé (181,9 Md€ de pensions versés en 2015) relèvent respectivement de la responsabilité de l'État et des partenaires sociaux.

Les réformes mises en œuvre depuis la fin des années 1980 ont contribué à les ramener sur une trajectoire financière qui les rapproche, à court ou moyen terme, de l'équilibre. Cependant, le FSV, qui finance une partie des avantages non contributifs, connaît un déficit persistant et qui augmente. Selon des scénarios prudents, les déficits des régimes de base et complémentaires pourraient cependant s'amplifier ou réapparaître dès la seconde moitié des années 2020.

De nouveaux ajustements pourraient donc s'avérer nécessaires afin d'assurer la soutenabilité des retraites. Ils appellent la mise en place d'un cadre structuré de concertation entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes, permettant d'y procéder de manière coordonnée et progressive. Pourraient notamment être ainsi définis de manière anticipée les mécanismes à même d'assurer l'équilibre financier des retraites en évitant des réactions trop tardives, un report excessif des efforts sur les générations les plus jeunes ou une remontée de la dette sociale.

Présentation

Améliorer les performances et la gestion

Depuis dix ans, la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes et des autres régimes par des commissaires aux comptes a permis des progrès considérables dans la transparence et la sincérité des comptes. Elle a aussi constitué un levier majeur du renforcement de la maîtrise des risques financiers et de la modernisation des organismes. Ces derniers doivent néanmoins effectuer de nouveaux progrès afin d'améliorer le paiement à bon droit des prestations. Au-delà, ce sont l'objet et les modalités de la certification des comptes eux-mêmes qui doivent être adaptés à l'intégration financière et fonctionnelle croissante de l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

Les trois principaux régimes de sécurité sociale (général, agricole et des indépendants) comptent 170 000 agents. Compte tenu d'importantes réductions d'effectif (- 17 700, soit -10,8 % entre 2005 et 2015), les politiques de gestion des ressources humaines mises en œuvre n'ont pas été sans résultats sur l'évolution de leur masse salariale. Cependant, une durée du travail nettement inférieure à la durée légale et un absentéisme élevé et insuffisamment suivi amoindrissent le potentiel de travail (à hauteur de 10 000 emplois selon l'estimation de la Cour). Les départs massifs à la retraite à venir dans les 10 ans, de l'ordre de 55 000 pour le seul régime général, rendent nécessaire la mise en œuvre d'une stratégie de modernisation pour faire face à cette évolution majeure. Plus généralement, un pilotage plus actif pourrait appeler une redéfinition des responsabilités de gestion entre organismes de base et organismes nationaux.

La fonction informatique joue un rôle stratégique dans l'activité des organismes de sécurité sociale. Toutefois, son efficience est amoindrie par sa fragmentation institutionnelle, géographique et fonctionnelle. Une remise en cause des cloisonnements internes et une mutualisation accrue entre les différentes institutions sont indispensables à la conduite des chantiers de rénovation des principales applications, à l'amélioration de la qualité de service pour les usagers et les agents, et à la réalisation de gains d'efficience.

Certaines réformes demeurent inachevées. Compte tenu de l'extinction inéluctable du régime minier, la gestion des prestations a été entièrement transférée à d'autres opérateurs. La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines ne remplit plus aucune des missions d'une institution de sécurité sociale, mais a pour unique fonction de piloter un réseau de 250 structures de soins, beaucoup plus lourdement déficitaire qu'affiché. La fermeture de cette caisse s'impose dans un délai rapproché, accompagnée du transfert des structures de soins viables à d'autres opérateurs. Elle ne remettrait aucunement en cause les droits des assurés, garantis par la loi.

Présentation

Le déficit de la sécurité sociale n'est ni légitime, ni fatal. Solution de facilité, il n'empêche pas des reculs de la protection sociale au détriment d'abord des plus fragiles, tout en reportant la charge de la dette sur la génération suivante.

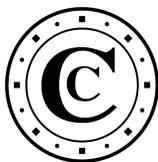
Cet engrenage n'a rien d'inéluctable. Le déficit peut être résorbé à terme rapproché sans de nouvelles augmentations des recettes, en mettant en œuvre des réformes structurelles visant à conjuguer amélioration du service rendu aux assurés sociaux, gestion plus efficace et efficience accrue des dépenses.

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé montrent qu'il est possible de réformer une composante majeure de la protection sociale en obtenant d'importants résultats. L'assurance maladie devrait de même être réformée en profondeur, afin non seulement de revenir à l'équilibre financier, mais aussi et avant tout de mieux remplir sa mission d'assurer l'accès de tous aux soins.

L'objectif n'est pas comptable. Il est celui de la préservation et de la modernisation d'un dispositif essentiel de solidarité. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations de la Cour.

Première partie

**Poursuivre le retour à l'équilibre
des comptes sociaux et faire reculer
la dette de la sécurité sociale**

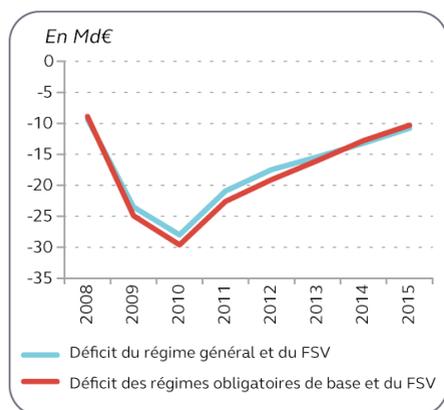


1 La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

En 2015, des déficits en réduction plus marquée qu'anticipé, mais encore élevés

En 2015, le déficit des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) a continué à se réduire, à un rythme modéré, comparable à 2014. Il s'est établi à 10,5 Md€, contre 12,8 Md€ en 2014, mais n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant crise, lui-même très élevé (9,3 Md€ en 2007).

Évolution des soldes des régimes de sécurité sociale et du FSV (2008-2015)



Source : Cour des comptes d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2016

En son sein, le déficit de l'ensemble constitué du régime général et du FSV a reculé à 10,8 Md€, contre 13,2 Md€ en 2014. Sa composante structurelle, qui n'est pas directement liée à la conjoncture économique, représente encore 4 Md€, soit environ 40 %.

Pour la deuxième année de suite, le déficit du régime général et du FSV a baissé plus fortement qu'attendu, de 2 Md€ au-delà de la prévision actualisée à l'automne 2015. Cet écart bénéficie principalement à la branche maladie.

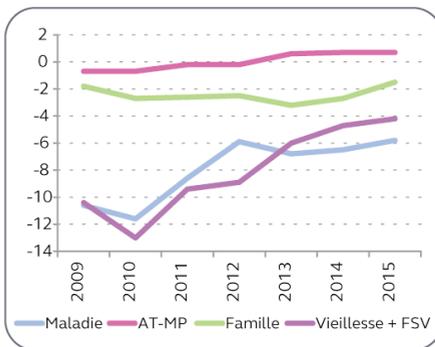
À périmètre constant, la progression des dépenses s'est ralentie (+1,6 %, contre +2,3 % en 2014), devenant inférieure à la croissance du PIB en valeur (+2,3 %).

Les mesures d'augmentation des recettes ont eu un impact plus limité sur l'évolution du déficit que les années précédentes. Elles ont néanmoins encore apporté une contribution importante à sa réduction (1,6 Md€, dont 1 Md€ au titre de la hausse des cotisations vieillesse).

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

Toutes les branches du régime général ont réduit leur déficit, ou maintenu leur excédent pour la branche AT-MP, pour la deuxième année consécutive. Le déficit se concentre désormais sur la branche maladie du régime général, dont le déséquilibre, en faible réduction, (-5,8 Md€ en 2015) reste supérieur à celui d'avant-crise et représente 85 % de celui du régime général, ainsi que sur le FSV, dont le solde déficitaire a continué à croître (-3,9 Md€ en 2015 contre -3,5 Md€ en 2014 et -2,9 Md€ en 2013).

Évolution des soldes des branches du régime général et du FSV (2009-2015, en Md€)



Source : Cour des comptes d'après les données du rapport de la CCSS de juin 2016

La branche vieillesse enregistre un déficit en diminution, mais le déséquilibre de l'assurance vieillesse est désormais concentré pour l'essentiel sur le FSV. À compter de 2016, la

fragilité de la structure du financement de ce dernier s'accroît fortement : la quasi-totalité de ses recettes est désormais constituée de prélèvements sur les revenus du capital, très sensibles à la conjoncture.

Des aléas qui affectent la perspective d'un retour à l'équilibre à court terme

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2016, le déficit du régime général et du FSV s'établirait à 9,1 Md€ en 2016.

Mais cette prévision intègre de manière très discutable un « produit exceptionnel » de CSG (0,7 Md€) qui n'a pas vocation à être intégré parmi les recettes de l'exercice, car ne correspondant pas à une recette supplémentaire de l'exercice. Hors prise en compte de ce « produit », le déficit prévisionnel du régime général et du FSV devrait ainsi être réévalué à 9,8 Md€. Il se réduirait alors à peine par rapport à 2015. Le retour à l'équilibre n'interviendrait pas avant 2020.

Cependant, la croissance spontanée des recettes assises sur la masse salariale et l'effet induit du surcroît inattendu de recettes au titre de 2015 pourraient s'avérer plus importants que prévu. Le déficit 2016 se réduirait alors dans une mesure analogue à celle des années précédentes (entre 2 et 3 Md€).

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

Pour autant, un retour à l'équilibre en 2019 reste aléatoire. Les hypothèses d'accélération de croissance de la masse salariale en 2018 et 2019 apparaissent optimistes. En outre, des risques importants affectent le respect de la trajectoire des dépenses d'assurance maladie (voir chapitre 2).

Compte tenu de ces aléas, un effort supplémentaire d'économies portant prioritairement sur l'assurance maladie permettrait de réduire l'accumulation des déficits et d'assurer un retour à l'équilibre d'ici à 2019 au plus tard.

Une dette sociale qui a commencé à refluer en 2015, mais dont l'amortissement reste pour partie à organiser

La dette sociale est passée de 20 Md€ en 1996 à la création de la CADES à plus de 158 Md€ à fin 2014.

En 2015, elle a reculé pour la première fois depuis 2001, de 2,1 Md€. Cette réduction devrait s'amplifier en 2016 et au cours des années suivantes. La dette sociale pourrait ainsi être ramenée à 120 Md€ environ à fin 2019 si les prévisions de déficit étaient confirmées en exécution.

Cependant, le financement de cette dette n'est pas complètement consolidé. Il n'est en effet plus possible de transférer les déficits des prochaines années à la CADES sans lui affecter simultanément des ressources supplémentaires permettant de les amortir.

Évolution de la dette sociale en Md€ (2012-2016)

	2012	2013	2014	2015	2016 (p)
(1) Situation nette de la CADES	137,5	132,7	130,1	126,7	136,0
(2) Cumul des déficits des branches du régime général et du FSV non repris par la CADES	16,1	24,4	28,2	29,7	16,4
(1)+(2) Total dette sociale	153,6	157,1	158,3	156,4	152,4

Source : Cour des comptes d'après les données des rapports de la CCSS

En l'état, une partie de la dette sociale continuerait à être financée par des emprunts à court terme émis par l'ACOSS et soumis à un risque de remontée des taux d'intérêt. En fonction de l'évolution des déficits, son montant atteindrait de 20 à 30 Md€ à fin 2019.

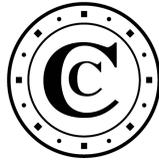
Il convient ainsi de procéder dès 2017 au transfert à la CADES de la dette supportée par l'ACOSS à fin 2016 (14 Md€ à 16 Md€), ainsi que celles des branches vieillesse des régimes des exploitants agricoles et des mines, dont l'amortissement n'est pas non plus organisé (3,7 Md€ à fin 2015).

Les ressources supplémentaires à affecter à la CADES devraient être calibrées afin d'amortir ces dettes supplémentaires d'ici 2024, terme estimé de sa mission. Afin de faciliter cette opération, elles devraient mobiliser en priorité les excédents conservés par le fonds de réserve des retraites.

La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un déficit en 2015 moindre que prévu, mais toujours élevé, une trajectoire de retour à l'équilibre incertaine

Recommandations

1. fixer un objectif de retour à l'équilibre d'ici à 2019 au plus tard de l'ensemble constitué du régime général et du FSV et, spécifiquement, de la branche maladie du régime général ;
2. renforcer à cet effet les mesures structurelles d'économies sur la branche maladie, telles que celles recommandées dans les différents chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses (recommandation réitérée) ;
3. consolider le financement du FSV par l'affectation de ressources stables et en rapport avec le niveau de ses charges de façon à assurer son équilibre financier durable ;
4. organiser sans délai la reprise par la CADES des dettes encore portées par l'ACOSS fin 2016, ainsi que de celles accumulées par le régime des exploitants agricoles et celui des mines, en prévoyant les ressources nécessaires à leur amortissement et en mobilisant par priorité à cet effet les réserves disponibles du fonds de réserve des retraites.



2 L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

La Cour analyse chaque année l'élaboration et l'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), outil de pilotage de la dépense, sans pour autant en constituer, juridiquement, un plafond.

L'ONDAM 2015 adopté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale initiale pour 2015 s'élevait à 182,3 Md€ (+2,1 %). En avril 2015, le Programme de stabilité présenté par le Gouvernement a abaissé l'objectif 2015 à 181,9 Md€ (+2,05 %) et ramené à +1,75 % la progression des objectifs 2016 et 2017. Dans sa partie rectificative relative à 2015, la loi de financement pour 2016 a entériné la révision de l'objectif 2015 (à +2 %) et la fixation d'un objectif 2016 à +1,75 %.

Selon un constat encore provisoire, les dépenses réalisées se sont élevées à 181,8 Md€ en 2015, soit +2,04 % par rapport à 2014. Elles ont connu une sous-exécution minimale (84 M€) par rapport à la prévision 2015 contenue dans la loi de financement pour 2016.

La construction de l'ONDAM 2015 : des faiblesses de méthode persistantes

Pour 2015, la progression des dépenses dans la prévision initiale

(+2,1 %) restait supérieure à la croissance prévisionnelle du PIB, dans le contexte de faibles niveaux de croissance et d'inflation.

Des faiblesses de méthode ont continué à affecter la construction de l'ONDAM prévisionnel et de ses sous-objectifs :

- un périmètre incomplet : en particulier, les indemnités journalières de maternité et de paternité (3 Md€) ne sont toujours pas intégrées à l'ONDAM ;
- des fragilités importantes dans le calcul de l'évolution tendancielle des dépenses, qui détermine l'ampleur des économies à réaliser ;
- des mesures pour réaliser les objectifs d'économies toujours insuffisamment documentées. L'année 2015 constituait la première année d'application du plan triennal d'économies 2015-2017.

La révision à la baisse de l'objectif en cours d'année, à +2,0 %, ne correspondait pas à un effort supplémentaire de maîtrise des dépenses, mais au constat de la sous-exécution des dépenses de l'ONDAM 2014, en raison notamment de la mise en œuvre de mesures de régulation.

Elle a été répartie entre les différents sous-objectifs en fonction de prévisions

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

de dépenses manquant de sincérité. Ainsi, elle n'a pas pris en compte le dépassement prévisible de l'enveloppe de soins de ville, ni l'effort supplémentaire à réaliser sur les dotations aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux pour le compenser.

L'exécution de l'ONDAM 2015 : un respect fragile de l'objectif, une dynamique de dépenses toujours vive

Le respect de l'objectif a été obtenu au prix d'importantes mesures de régulation infra-annuelles, d'une ampleur comparable à 2014 (736 M€ contre 761 M€). À défaut de mécanismes de maîtrise des dépenses de soins de ville, ces mesures ont visé pour l'essentiel les dotations aux hôpitaux publics (455 M€) et aux établissements médico-sociaux (198 M€).

Les dépenses relatives aux établissements hospitaliers publics et privés ont néanmoins augmenté à un rythme proche de celui de 2014 (+1,8 % contre +2 %). La progression des dotations aux établissements médico-sociaux (+1,1 % contre +2,3 %) s'est fortement ralentie, cette évolution étant partiellement compensée par d'autres financements publics.

Lorsque les établissements ne parviennent pas à infléchir l'augmentation de leurs dépenses de personnel et d'achats, les mesures de régulation peuvent concourir à dégrader leur situation financière. Pour 2015, les hôpitaux

publics auraient enregistré un déficit global de 590 M€, en hausse de 200 M€ par rapport à 2014, quoique plus fortement concentré sur certains d'entre eux.

Les dépenses de soins de ville ont moins progressé qu'en 2014 (+2,5 % contre +3 %), mais leur hausse est restée vive et a dépassé de 0,4 point la prévision. Elle reflète le dynamisme des honoraires médicaux (+2,4 %), des indemnités journalières (+3,3 %), des honoraires des auxiliaires médicaux (+4,2 %) et des dispositifs médicaux (+4,7 %).

Malgré les mesures de régulation prises, l'objectif n'a été respecté que grâce à un procédé : la réévaluation à la baisse, en juin 2016, des prévisions de dépenses réalisées en 2015 et couvertes par des provisions, à hauteur de 100 M€. À défaut, l'ONDAM 2015 exécuté aurait légèrement dépassé la prévision. Le constat définitif des dépenses 2015 sera connu au printemps 2017.

L'exécution de l'ONDAM souligne ainsi la nécessité d'établir un cadre de référence clarifiant et stabilisant les modalités de construction et de révision en cours d'année de l'objectif, dont les dispositions auraient un caractère impératif, et de mieux encadrer les ajustements de prévision relatifs aux sous-objectifs, en les soumettant au préalable au comité d'alerte de l'ONDAM.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

Le plan triennal d'économies : un début d'exécution imparfaitement documenté en 2015, des biais favorables en 2016, de fortes tensions à prévoir pour 2017

Selon les pouvoirs publics, les objectifs d'économie fixés pour 2015 dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017 auraient été atteints. Cependant, les leviers de mise en œuvre des économies réalisées restent insuffisamment documentés. L'annexe relative à l'ONDAM du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 devrait ainsi intégrer un suivi *ex post*, détaillé par axe et par action, des économies programmées dans le plan triennal 2015-2017.

En 2016, l'ONDAM progresserait de +1,75 % par rapport à 2015. Sans un artifice de présentation¹, son augmentation atteindrait en réalité +1,9 %. De même, elle s'élèverait à +2 % pour 2017 au lieu de +1,75 %.

Néanmoins, malgré cette facilité, le respect de l'ONDAM 2016 exige une stricte vigilance compte tenu des risques de dépassement de l'enveloppe de soins de ville.

La tenue de l'ONDAM 2017 s'annonce particulièrement difficile en raison des mesures salariales décidées pour la fonction publique hospitalière (hausse du point d'indice et revalorisations des carrières) et des négociations conventionnelles avec les profession-

nels libéraux de santé, qui vont entraîner en 2017 des hausses respectives de 0,7 Md€ et de 0,4 Md€ au titre de la convention médicale conclue en août 2015 (les négociations avec les autres professions restant à ouvrir ou à conclure).

Toutes choses égales par ailleurs, la réalisation de l'objectif de progression de l'ONDAM de +1,75 % en 2017 nécessiterait de limiter à +1,1 % la hausse des dépenses d'assurance maladie pour tenir compte du coût des mesures en faveur de la fonction publique hospitalière et des médecins libéraux et neutraliser le biais de présentation de la réforme des prises en charge de cotisations.

Cette difficulté prévisible à tenir l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie dans la limite d'un objectif d'augmentation de +1,75 % en 2017 souligne l'urgence qui s'attache à la mise en œuvre de réformes structurelles, permettant une maîtrise accrue des dépenses, en particulier dans le champ qui connaît la progression la plus vive : celui des soins de ville. Des modalités renforcées de pilotage de l'ONDAM devraient ainsi être mises en œuvre pour les soins de ville. Elles pourraient consister en la mise en réserve de tout ou partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires afin de prévenir un risque de non-respect de l'objectif fixé.

¹ Prise en compte injustifiée en réduction des dépenses d'assurance maladie de la réforme financièrement neutre des prises en charge de cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015 une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017

Recommandations

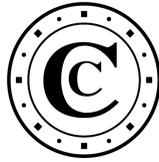
5. établir un cadre de référence des modalités de construction et de révision en cours d'année de l'ONDAM, dont le contenu serait opposable, de manière à assurer la permanence des méthodes entre exercices et une comparaison rigoureuse des dépenses réalisées avec celles prévues globalement et par sous-objectif de dépenses ;

6. soumettre à l'avis du comité d'alerte de l'ONDAM prévu à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale les ajustements, en cours d'exercice, des sous-objectifs de l'ONDAM ;

7. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie (recommandation réitérée) ;

8. intégrer à l'annexe relative à l'ONDAM du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 un suivi *ex post* des économies programmées dans le plan triennal 2015-2017, permettant d'objectiver les économies réalisées au regard de celles attendues et de mettre en œuvre, au besoin, des actions correctrices ;

9. instaurer des dispositifs plus complets de suivi et de régulation infra-annuels des dépenses de soins de ville, en examinant à ce titre l'éventualité d'affecter à une réserve prudentielle tout ou partie du supplément de dépenses induit par les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses (recommandation réitérée).



3 Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2015 : avis sur la cohérence

Le législateur a confié à la Cour la mission de vérifier la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs au dernier exercice clos (2015), établis par le ministère chargé de la sécurité sociale et soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Après avoir examiné la fiabilité et la pertinence de l'information que contiennent ces tableaux, et sous réserve du contenu définitif de l'annexe qui leur est consacrée, la Cour estime que les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial qui lui ont été soumis fournissent une représentation cohérente d'une part des recettes, des dépenses et du solde, et d'autre part de la situation patrimoniale des régimes et organismes concernés, en exprimant plusieurs observations.

Les tableaux d'équilibre : des soldes conformes aux états financiers, une information en voie d'amélioration

Trois tableaux d'équilibre distincts retracent les produits (« recettes »), les charges (« dépenses ») et le résultat (« solde ») de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ils constituent ensemble l'équivalent d'un compte de résultat combiné des régimes de base et du FSV.

Conformément à une recommandation réitérée de la Cour, l'article 1^{er} du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017 présentera les tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base en intégrant à ces derniers les recettes, les dépenses et le solde du fonds de solidarité vieillesse qui finance leurs branches vieillesse. Cette évolution reconnaît le caractère indissociable du FSV par rapport aux régimes dont il finance les branches vieillesse. Elle permettra de représenter de manière exhaustive les soldes des régimes en question, en ne minorant plus leur présentation à hauteur du déficit du FSV (-3,9 Md€ en 2015).

En outre, au vu des éléments, cependant partiels, du projet d'annexe 4 au PLFSS pour 2017 communiqués à la Cour, l'information du Parlement sur les tableaux d'équilibre 2015 serait enrichie par l'intégration à cette annexe d'informations plus détaillées que les années précédentes sur les recettes et les dépenses retracées dans ces documents.

En revanche, une partie des produits et des charges retracés dans le cadre des tableaux d'équilibre restent issus de contractions de produits et de charges (15,5 Md€ pour l'ensemble des régimes), en contrariété avec le cadre normatif applicable aux comptes des organismes de sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à 2015 : avis sur la cohérence

Par ailleurs, la qualité des données comptables synthétisées dans les tableaux d'équilibre demeure perfectible en raison de la persistance d'insuffisances du contrôle interne et de difficultés comptables. La Cour a en conséquence émis des réserves sur les états financiers des branches du régime général de sécurité sociale et les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes, notamment le régime social des indépendants et le régime agricole.

Le tableau patrimonial : une information pertinente et précise

Le tableau patrimonial est un bilan d'ensemble qui couvre la totalité du champ de la sécurité sociale, y compris la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et le fonds de réserve des retraites (FRR). Il constitue l'équivalent d'un bilan combiné de ces différents régimes et organismes.

Le tableau patrimonial et l'annexe qui l'accompagnent fournissent au Parlement une information pertinente et précise, sauf en ce qui concerne la ventilation, encore imparfaite, des actifs et des passifs du régime social des indépendants (RSI) entre ses régimes de base, intégrés au tableau patrimonial, et ses régimes complémentaires, qui n'en relèvent pas.

Par ailleurs, une partie des réserves exprimées par la Cour et par les commissaires aux comptes sur les états financiers ont une incidence sur la qualité des données comptables intégrées au tableau patrimonial.

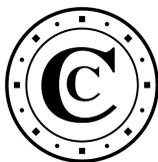
Le tableau patrimonial 2015 fait apparaître une nouvelle amélioration de la situation patrimoniale de la sécurité sociale (réduction de 1,3 Md€ de sa situation nette déficitaire), sous l'effet de la poursuite de la réduction des déficits des régimes de sécurité sociale et du résultat excédentaire en augmentation de la CADES. Ce dernier n'a toutefois pas pour objet de compenser les déficits de l'exercice, mais de contribuer à éteindre la dette sociale liée aux déficits qui ont été transférés à cet organisme.

Recommandation

10. mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (recommandation réitérée).

Deuxième partie

**Maîtriser plus vigoureusement
les dépenses de santé pour assurer
un accès plus équitable aux soins**



4 La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

Les dépenses de soins et de biens médicaux (194,6 Md€ en 2015) sont financées par :

- l'assurance maladie obligatoire de base (149,5 Md€, soit 76,8 %), qui a pour objet de permettre l'accès de tous aux soins en mutualisant le financement sur l'ensemble de la population ;
- les assurances complémentaires privées, qui concourent à prendre en charge, pour les ménages qui les souscrivent, la partie des dépenses non remboursée par l'assurance maladie (25,3 Md€, soit 13,2 %) ;
- des aides publiques (3 Md€), notamment la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), gratuite pour les ménages qui en remplissent les conditions ;
- les ménages, les dépenses restant à leur charge (16,4 Md€, soit 8,4 %) pouvant parfois affecter leur accès aux soins.

Une érosion des niveaux individuels de prise en charge, en dépit d'une part globalement stable de financement par l'assurance maladie

Depuis 15 ans, la part des dépenses de santé financées par l'assurance maladie se maintient entre 76 et 77 %. Elle a

atteint son niveau le plus bas en 2011, puis est remontée à partir de 2012 pour s'approcher de celui de 1998-1999.

Cette stabilité globale sur longue période recouvre deux mouvements de sens opposé :

- une augmentation de la part des dépenses financées par l'assurance maladie, sous l'effet de la hausse du nombre d'assurés bénéficiant d'une exonération complète du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD), et du coût de ces affections (voir chapitre 5) ;
- une baisse de cette part, sous l'effet de l'augmentation des participations demandées aux assurés (création des participations forfaitaires et des franchises, hausses du forfait hospitalier et de certains tickets modérateurs, déremboursements de médicaments), ainsi que la progression des dépassements d'honoraires médicaux et des dépenses non remboursables.

De ce fait, les niveaux individuels de prise en charge par l'assurance maladie se sont érodés. Entre 2002 et 2013, ils ont baissé de 1,1 point pour les assurés en ALD (à 93,2 % en moyenne), mais de 3 points pour les autres assurés (à 75,4 %).

La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

Par ailleurs, la complexité croissante des modalités de prise en charge de l'assurance maladie se traduit par une forte dispersion des restes à charge à niveau identique de dépense, en fonction du contenu des soins et de la situation des assurés.

Pour les assurés hors ALD, la sécurité sociale ne prend en charge qu'une part progressivement plus réduite des dépenses.

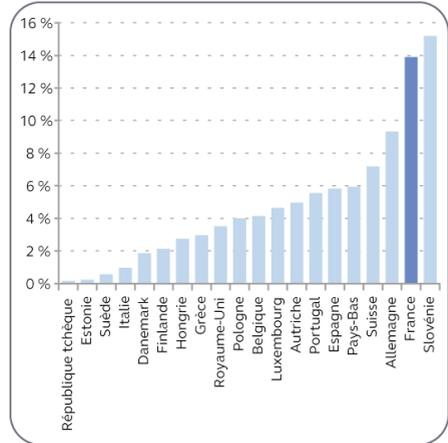
Un report croissant, coûteux et inégalitaire sur les assurances complémentaires

Malgré l'intervention de l'assurance maladie, les restes à charge peuvent être très lourds, en particulier en cas d'hospitalisation : en 2012, 5 % des assurés avaient des restes à charge annuels supérieurs à 1 700 €, qui atteignaient en moyenne 2 750 €.

Afin de réduire ces restes à charge élevés, les assurés sociaux recourent massivement aux assurances complémentaires. En 2012, 95 % étaient couverts par une protection complémentaire. La généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés en 2016 augmentera ce taux. Par ailleurs, le niveau moyen des garanties s'élève.

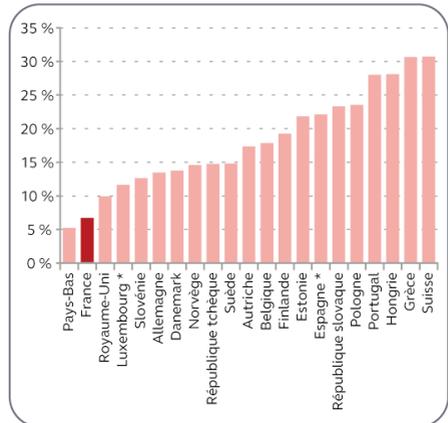
En Europe, la France présente la singularité d'avoir à la fois la part (en hausse) des dépenses de santé assurée par les complémentaires santé la plus élevée et celle (en baisse) pesant directement sur les ménages la plus faible.

Part des assureurs privés dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens (2013)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE

Part directe des ménages dans le financement des dépenses totales de santé dans les pays européens² (2013)



Source : Cour des comptes d'après les données de l'OCDE
*2012.

² Au-delà de la CSBM, la dépense totale de santé englobe des dépenses dont le financement n'incombe pas aux ménages : soins aux personnes âgées ou handicapées en établissement, indemnités journalières, coûts de gestion. Aussi, le taux de financement direct des ménages y est-il plus faible que sur le périmètre de la CSBM, d'environ deux points.

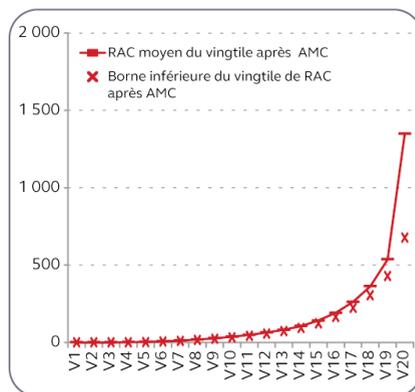
La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

Le recours croissant aux assurances complémentaires n'est cependant pas sans poser des questions lourdes :

- coût élevé pour les assurés et les employeurs de salariés, mais aussi pour la collectivité (près de 3,5 Md€), compte tenu des aides fiscales et sociales accordées aux contrats collectifs d'entreprise ;
- tarifs croissants avec l'âge et segmentés au détriment des contrats individuels souscrits par les personnes âgées et les chômeurs ;
- frais de gestion élevés (6,4 Md€) qui absorbent une partie des tarifs et aident et dupliquent ceux de l'assurance maladie pour la prise en charge de mêmes dépenses ;
- niveau inégal de prise en charge en fonction des garanties souscrites. S'il peut dans certains cas favoriser une dynamique de hausse des consommations et des tarifs, ce niveau est dans d'autres cas parfois insuffisant : malgré la double intervention de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, 5 % des assurés supportaient en 2012 des restes à charge annuels supérieurs à 670 €, dont le montant moyen dépassait 1 300 €.

La nouvelle définition des contrats « responsables » aidés qui élève le niveau moyen des garanties, tout en limitant la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins et de l'optique, aura des conséquences encore difficiles à apprécier sur l'évolution des restes à charge.

Distribution des restes à charge après assurance maladie complémentaire



Note de lecture : V20 (dernier vingtile) correspond aux 5 % d'assurés ayant les restes à charge annuels les plus élevés après assurance maladie complémentaire.

Source : Cour des comptes d'après les données de la DREES issues du modèle OMAR-Ines 2012

Améliorer l'accessibilité des soins dans le cadre actuel

En tout état de cause, faciliter l'accès aux soins passe d'abord par une maîtrise plus vigoureuse des dépenses de santé elles-mêmes, la France se caractérisant par un taux de dépenses de santé par rapport au PIB parmi les plus élevés du monde (11 % en 2015). Cette action doit notamment viser à renforcer la régulation des dépenses dans les secteurs à liberté tarifaire : plafonnement dans les contrats « responsables » des garanties en matière de soins prothétiques et de prothèses auditives, réintroduction de tarifs-limite pour les soins prothétiques et encadrement renforcé des dépassements d'honoraires médicaux.

La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

Dans le secteur hospitalier, l'harmonisation repoussée à 2020 des assiettes des tickets modérateurs entre les différents établissements - qui varient de 1 à 10 - nécessiterait d'être accélérée, à coût constant pour l'assurance maladie, au regard de l'importance des restes à charge qui peut en résulter pour certains assurés.

Réduire les inégalités dans les conditions financières d'accès aux assurances complémentaires nécessite par ailleurs de réorienter les aides publiques vers les contrats individuels souscrits par les assurés ayant les risques les plus élevés.

Au-delà, l'hypothèse pourrait être examinée de l'institution d'une couverture complémentaire santé obligatoire pour la totalité de la population, ce qui permettrait de remédier au caractère inabouti du mouvement de généralisation engagé (juxtaposition de 7 dispositifs distincts couvrant imparfaitement les ménages en situation de précarité) et pourrait s'accompagner d'un important resserrement de l'éventail des garanties et des tarifs.

Décroiser les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie et les complémentaires

À moyen terme, il pourrait être envisagé de clarifier les responsabilités et les financements respectifs de l'assurance maladie et des assurances complémentaires en les décroisant, alors qu'aujourd'hui ils se superposent.

Pour l'assurance maladie, la définition d'un « panier de soins » plus resserré permettrait de mieux rembourser les

prestations qu'elle prendrait en charge à titre exclusif, comme dans d'autres pays, et de prendre en compte le progrès médical.

Pour les secteurs d'où l'assurance maladie pourrait inversement se désengager totalement (médicaments à service médical rendu faible, une partie des transports sanitaires et des cures thermales, optique, soins dentaires prothétiques, voir chapitre 6), les assurances complémentaires négocieraient directement avec les professionnels de santé, ce qui leur permettrait de développer une véritable gestion du risque.

Plafonner les restes à charge dans le cadre de l'assurance maladie

À un horizon de plus long terme, la protection des assurés contre le risque maladie pourrait être renforcée en supprimant le risque de reste à charge élevé après assurance maladie, par l'instauration d'un plafonnement de ces restes à charge, comme l'ont déjà fait de nombreux pays européens selon des modalités très diverses (en valeur absolue aux Pays-Bas, en fonction du revenu en Allemagne et en Belgique).

À dépenses constantes pour l'assurance maladie, une telle réforme aurait des effets redistributifs importants entre les assurés, dont la Cour illustre l'effet selon différentes hypothèses et scénarios. Dans ce cadre, le mode de prise en charge des affections de longue durée serait notamment à réexaminer.

La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir

Recommandations et orientations

À périmètres d'intervention inchangés de la sécurité sociale et des assurances complémentaires et dans une optique de court terme, la Cour recommande :

11. d'engager rapidement l'harmonisation des assiettes des tickets modérateurs entre tous les établissements de santé publics et privés ;

12. d'étendre les mesures visant à limiter le reste à charge des ménages résultant des secteurs à liberté tarifaire en renforçant les critères d'éligibilité des contrats « responsables » ;

13. d'adopter des mesures plus contraignantes de limitation des taux de dépassements d'honoraires ;

14. de réorienter une partie des soutiens publics à la souscription d'une couverture complémentaire vers les assurés aux risques les plus élevés.

À moyen terme, la Cour propose les orientations suivantes afin de clarifier les champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires :

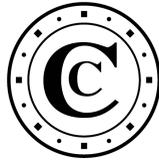
(i) étudier le scénario d'une généralisation obligatoire des couvertures complémentaires santé accompagnée d'une plus grande homogénéité des niveaux de garantie et de participation financière des assurés ;

(ii) envisager de resserrer le « panier de soins » remboursables par l'assurance maladie, afin d'améliorer les niveaux de prise en charge, notamment à l'hôpital ;

(iii) viser une séparation plus poussée des domaines d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des organismes complémentaires afin de renforcer la capacité d'action de chaque financeur dans la gestion des risques et la maîtrise du coût des soins et des produits de santé.

À plus long terme, la Cour propose l'orientation suivante afin de réformer les modalités mêmes de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie :

(iv) étudier la mise en place d'un plafonnement des restes à charge accompagné d'une reconsidération des modalités de prise en charge des affections de longue durée.



5 La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

Les assurés souffrant de certaines maladies lourdes sont exposés de ce fait à des dépenses de santé récurrentes et élevées.

Ils bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des tickets modérateurs afférents aux dépenses liées à ces pathologies dans le cadre d'un dispositif dérogatoire au droit commun, instauré en 1945 et progressivement étendu : celui des affections de longue durée (ALD), qui couvre aujourd'hui 29 pathologies, ainsi que des formes évolutives ou invalidantes de pathologies et des poly-pathologies.

Une progression accélérée des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre des ALD

Les dépenses liées aux ALD représentent une part prépondérante et fortement croissante des dépenses d'assurance maladie. Tous régimes confondus, elles s'élevaient en 2013 à 89,3 Md€, soit 60,8 % du total des dépenses, contre 68,1 Md€ en 2005, soit une hausse annuelle moyenne de +3,4 %.

En l'absence d'un suivi précis par la CNAMTS, le surcoût lié à la prise en charge par l'assurance maladie du

ticket modérateur est estimé à 15 Md€ par la Cour.

La progression rapide des dépenses d'assurance maladie liées aux ALD reflète la hausse du nombre de bénéficiaires de ce dispositif et celle du coût des prises en charge sanitaires.

Pour les trois principaux régimes (général, agricole et indépendants), le dispositif des ALD couvrait en 2013 11,3 millions de personnes, soit 17 % des assurés sociaux.

En raison de l'augmentation de la prévalence de certaines pathologies chroniques (comme le diabète, en lien avec celle de l'obésité et du surpoids) et de l'espérance de vie des patients en ALD, le nombre de ces derniers connaît une progression rapide : pour le régime général, il a doublé entre 1996 et 2014 pour atteindre 9,8 millions, soit une progression 10 fois plus rapide que celle du nombre total d'assurés.

L'augmentation rapide des dépenses d'assurance maladie liées aux ALD s'accompagne d'une érosion des niveaux individuels de prise en charge par l'assurance maladie. Entre 2002 et 2013, ils ont baissé de

La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

3 points pour les assurés non en ALD (à 75,4 %) et de 1,1 point pour ceux en ALD (à 93,2 % en moyenne).

Des mécanismes de régulation inopérants

Les facteurs explicatifs de l'évolution des effectifs et des dépenses liées aux ALD (vieillesse de la population, augmentation de la prévalence de certaines pathologies, évolutions des techniques médicales) demeurent insuffisamment connus et analysés. Dès lors, les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses sont très limités.

Il n'existe pas de suivi consolidé des données de patients en ALD couvrant l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Les données relatives aux dépenses totales des assurés et à leur ventilation par catégories restent peu exploitées.

Les demandes d'admission au dispositif des ALD faites par les médecins traitants ne sont pas réellement contrôlées, hors cas particuliers, par le service médical de l'assurance maladie au regard des critères médicaux d'admission, ce qui a pour corollaire de très faibles taux de refus.

Le réexamen régulier de la pertinence de l'inscription en ALD et le maintien transitoire de l'exonération du ticket modérateur pour les actes et examens nécessaires au suivi de la maladie n'ont que des effets marginaux sur les flux de sortie, de fait très limités, du dispositif. La rémunération forfaitaire annuelle de 40 € attribuée aux médecins

traitants pour chaque patient en ALD (347 M€ en 2014) n'incite pas au demeurant à limiter les entrées, ni à faciliter les sorties.

Depuis 1987, l'exonération du ticket modérateur ne s'applique plus en principe qu'aux seuls actes et prestations liés à la pathologie éligible à l'ALD. Cependant, les référentiels d'actes et de prestations nécessaires au traitement des ALD ne sont pas établis et actualisés par la Haute Autorité de santé à un rythme approprié à une prise en charge efficiente. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ne contrôlent pas le respect de ces référentiels lors du remboursement des factures qui leur sont adressées.

Le renforcement annoncé du contrôle de la consommation des soins en contrepartie de l'allègement des contrôles préalables à l'admission, à la suite de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, est une évolution pertinente dans son principe, mais à l'efficacité tributaire d'évolutions en profondeur des modalités de contrôle qui restent à mettre en œuvre (mise en place d'outils automatisés de détection d'atypies de consommation, évolution du métier des agents chargés des contrôles).

Une maîtrise médicalisée des dépenses à organiser

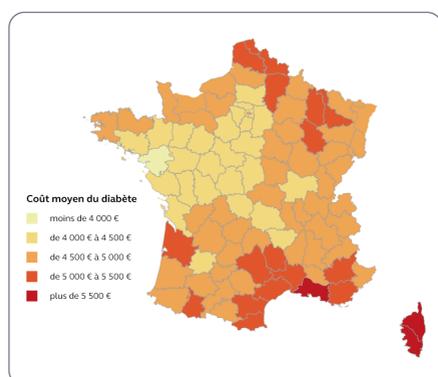
La maîtrise des dépenses liées aux ALD apparaît un enjeu prioritaire pour contenir les dépenses de l'assurance maladie.

La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

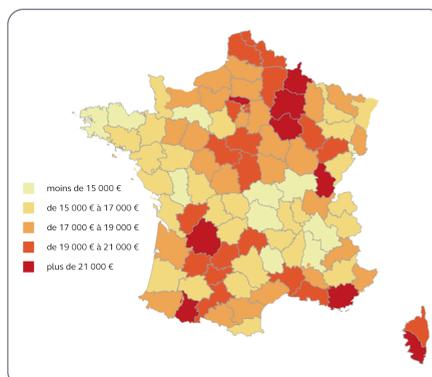
Des analyses conduites par la Cour mettent en lumière des disparités territoriales majeures dans les coûts individuels des traitements de certaines ALD (ainsi, plus de 5 800 € pour le diabète dans les Bouches-du-Rhône

contre moins de 4 000 € pour la Loire-Atlantique). Ces écarts ne font pas l'objet d'une analyse précise et régulière par les caisses. Les économies qui résulteraient de leur réduction sont pourtant conséquentes.

**Dépense moyenne 2014
pour le diabète (ALD 8)**



**Dépense moyenne 2014
pour l'insuffisance rénale chronique
(ALD 19)**



Source : Cour des comptes d'après les données de la CNAMTS

Les politiques de gestion médicalisée du risque gagneraient à s'appuyer davantage sur les travaux récents initiés par la CNAMTS de « cartographie des dépenses de soins et pathologies », qui permettent notamment d'isoler les dépenses liées aux pathologies couvertes par une ALD, afin d'optimiser les parcours de soins et d'améliorer les prises en charge sanitaires des malades tout en maîtrisant les dépenses.

Au-delà, une réflexion sur l'évolution des modes de tarification et de prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins de ville relatifs à des pathologies lourdes apparaît nécessaire. En effet, ces modalités ne sont plus adaptées à la chronicisation des pathologies et au développement d'une médecine de parcours dans laquelle interviennent fréquemment plusieurs professionnels de santé.

La prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre

Dans ce contexte, la rémunération à l'acte des soins et des prestations favorise l'inflation des dépenses. Pour leur part, les rémunérations complémentaires, forfaitaires ou incitatives, accordées aux professionnels de santé qui s'ajoutent au paiement à l'acte contribuent insuffisamment à leur régulation.

S'agissant des consultations médicales, il conviendrait de remplacer le paiement à l'acte par un forfait global de rémunération pour la prise en charge d'un patient atteint d'une

affection lourde et chronique, modulé en fonction de son âge, de l'état d'avancement de sa pathologie et de son autonomie.

Dans un second temps, pourrait être expérimentée la mise en place d'enveloppes forfaitaires couvrant l'ensemble des dépenses de ville afférentes au parcours de santé et modulables en fonction de la situation des patients (consultations médicales, interventions des auxiliaires médicaux, produits de santé), comme cela est pratiqué en Allemagne.

Recommandations

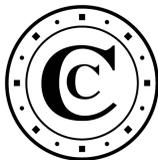
15. assurer un suivi exhaustif et précis des dépenses d'ALD, de leurs évolutions et de leurs déterminants afin de mieux anticiper et maîtriser les prises en charge ;

16. mettre en œuvre des actions de réduction des atypies de dépenses, notamment des disparités territoriales de coûts moyens de prise en charge, pathologie par pathologie ;

17. substituer au paiement à l'acte un système de rémunération forfaitaire pour les médecins prenant en charge

des malades chroniques en ALD, modulable suivant l'état de santé du patient et le stade d'avancement de la pathologie, assorti d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la prise en charge ;

18. expérimenter, pour certaines pathologies chroniques, un dispositif d'enveloppe globale et modulable de dépenses par patient atteint de maladie chronique, couvrant l'ensemble des prestations nécessaires et des rémunérations des professionnels de santé.



6 Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

Pour 2014, les dépenses de soins bucco-dentaires peuvent être estimées à 10,6 Md€, soit 5,6 % du montant total de la consommation de soins et de biens médicaux et 21 % de celle propre aux soins de ville.

Elles sont principalement constituées de dépassements d'honoraires et d'actes non remboursables par l'assurance maladie (57 % de la dépense totale). En l'absence d'obligation pour les chirurgiens-dentistes de transmettre les informations qui s'y rapportent, les dépenses correspondantes sont cependant imparfaitement connues.

Les soins prothétiques et orthodontiques pour lesquels les tarifs sont libres constituent le principal moteur de la croissance des dépenses (+2 % par an en moyenne depuis 2006).

En 2010, la Cour avait appelé l'attention sur la situation critique du secteur dentaire. Six ans plus tard, elle s'est aggravée.

Un désengagement de l'assurance maladie qui concourt à affecter l'accès aux soins et la santé bucco-dentaire

Compte tenu du niveau et de la dynamique des dépenses liées aux soins prothétiques et orthodontiques, l'assurance maladie a une place

minoritaire et déclinante dans le financement des dépenses de soins bucco-dentaires (33 % en 2014). Depuis 2008, le premier financeur est constitué par les assurances complémentaires (39 % en 2014).

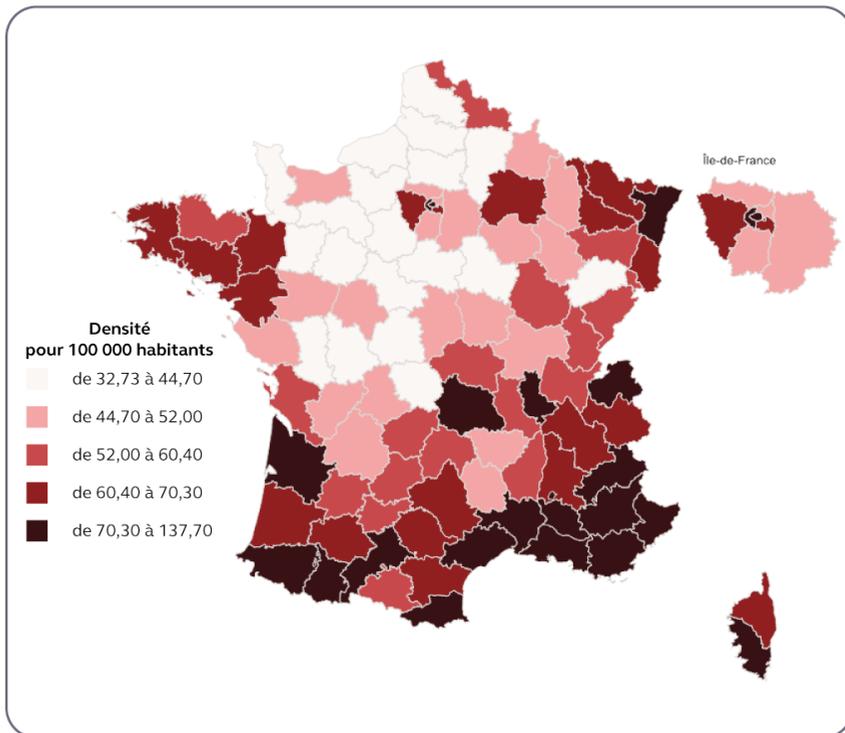
Les assurés sociaux assument directement une part élevée des dépenses (25 %), ce qui est de nature à affecter le recours aux soins bucco-dentaires.

De fait, de fortes inégalités d'accès aux soins en fonction des revenus peuvent être constatées. Malgré la diffusion des couvertures complémentaires, beaucoup d'assurés indiquent renoncer à des soins pour des motifs financiers : selon un sondage, 18 % en 2012 - soit deux fois plus que dans la moyenne européenne -, contre 9,8 % pour l'optique et 5,5 % pour les consultations médicales. À lui seul, le secteur dentaire concentrerait près de la moitié des renoncements à des soins en France.

Les inégalités d'accès aux soins sont également territoriales. En fonction des territoires, les densités de praticiens sont très hétérogènes et les pratiques tarifaires divergent. Les incitations financières à l'implantation des praticiens dans des zones sous-dotées mises en œuvre depuis 2012 n'ont pas d'effet notable.

Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

Densité des chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, en 2014, en France métropolitaine



Source : Cour des comptes d'après les données du RPPS

Au regard de ces inégalités, les centres de santé et les réseaux de soins aux tarifs plafonnés constituent souvent une alternative indispensable aux cabinets libéraux.

Les inégalités d'accès aux soins ont des conséquences sensibles sur la santé publique. Les éléments d'analyse disponibles, lacunaires, indiquent néanmoins un état sanitaire médiocre de la population française comparé à nos voisins européens.

Si des actions de prévention ciblées ont permis de réaliser des progrès pour les enfants, d'autres publics

fragiles (handicapés, personnes en maison de retraite, détenus) sont insuffisamment suivis. Pour la population générale, les actions de prévention sont inexistantes.

Une faiblesse persistante des pouvoirs publics et de l'assurance maladie face aux professionnels de santé

Dans le cadre des négociations conventionnelles, l'assurance maladie a accepté d'importantes revalorisations tarifaires. Par ailleurs, les plafonds tarifaires ont été supprimés pour certains actes prothétiques fréquents.

Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

Les contreparties attendues de la profession étaient nettement insuffisantes. Pour la plupart, elles n'ont pas été concrétisées : le volume des dépassements d'honoraires liés aux soins prothétiques et orthodontiques a crû fortement ; des stratégies thérapeutiques onéreuses sont privilégiées (comme la pose d'une prothèse au lieu de la reconstitution de la dent).

Alors que les comportements abusifs sinon parfois illicites (comme notamment les dépassements d'honoraires sur les actes de soins conservateurs, ainsi que le confirme une étude spécifique réalisée par la Cour) sont répandus, les contrôles effectués par l'assurance maladie, les agences régionales de santé et les conseils départementaux de l'Ordre, quel qu'en soit le domaine, sont peu fréquents et les sanctions très rares.

Un mode d'organisation et de financement à repenser

Les pouvoirs publics devraient adopter une stratégie de santé publique prenant appui sur des données épidémiologiques à établir et comportant la mise en œuvre d'actions de prévention en direction de l'ensemble de la population ainsi que l'instauration d'une procédure d'accréditation des cabinets dentaires afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Afin de déterminer un cadre de régulation efficace des coûts des soins et mettre fin aux situations abusives ou illicites, les négociations qui s'ouvrent à l'automne 2016 entre l'État, l'assurance maladie et les professionnels devraient fixer des objectifs ambitieux et contraignants pour la profession.

Au-delà, la dérive du coût des soins prothétiques appelle l'intervention du législateur pour fixer des plafonds aux tarifs des soins les plus fréquents. Elle nécessite aussi la prise des textes réglementaires nécessaires au plafonnement des prises en charge d'honoraires dans le cadre des contrats « responsables » d'assurance complémentaire, comme cela a été fait pour l'optique, en application de la loi de financement pour 2014 qui en ouvre également la possibilité pour les soins bucco-dentaires.

Par ailleurs, il convient d'agir sur l'organisation de la profession en levant les obstacles à l'activité des réseaux de soins et en mettant en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes.

Enfin, la capacité de contrôle et l'effectivité des contrôles de l'assurance maladie devraient être significativement renforcées.

Si les partenaires de la négociation conventionnelle ne parvenaient pas à enrayer les dérives constatées, il conviendrait alors d'envisager à moyen terme un nouveau mode de prise en charge des dépenses, dans lequel :

- l'assurance maladie prendrait exclusivement, mais intégralement, en charge les dépenses liées à un parcours obligatoire de prévention et de soins conservateurs ;
- les assurances complémentaires santé financeraient au 1^{er} euro les soins prothétiques et orthodontiques dans la limite d'un plafond tarifaire.

Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder

Cette redistribution des rôles, dont la neutralité financière devrait être assurée, présenterait deux avantages majeurs. Elle améliorerait le recours aux soins préventifs et, à terme, réduirait celui aux soins prothétiques.

Elle renforcerait le poids de chaque financeur vis-à-vis des professionnels de santé. De fait, celui des complémentaires santé est aujourd'hui très insuffisant au regard de leur part du financement des soins bucco-dentaires.

Recommandations et orientation

La Cour recommande :

19. de définir et mettre en œuvre une stratégie globale en faveur de la santé bucco-dentaire, appuyée sur des enquêtes épidémiologiques périodiques et déclinée en plans d'action ;

20. d'instaurer une procédure d'accréditation garantissant la qualité et la sécurité des soins délivrés dans les cabinets dentaires, en lien avec l'établissement d'indicateurs pertinents par la Haute Autorité de santé ;

21. d'instituer par une disposition législative une obligation de transmission à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires des informations relatives à l'ensemble des actes, y compris non remboursables, en conditionnant les prises en charge de cotisations sociales au respect de cette obligation ;

22. de mettre en place, à partir des bases de données de l'assurance maladie, des requêtes standardisées et automatisées permettant de détecter les actes et facturations atypiques et de sanctionner effectivement les praticiens fautifs ;

23. de plafonner par la voie législative les tarifs des actes prothétiques les plus fréquents ;

24. de mettre en place un conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes, comme le permet la loi de financement pour 2016 ;

25. de publier sans délai le décret fixant, dans les contrats responsables, des plafonds aux tarifs pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire en matière de soins bucco-dentaires ;

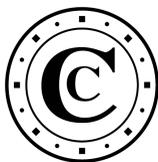
26. de lever les obstacles au développement et au fonctionnement des réseaux de soins bucco-dentaires, notamment en leur garantissant un accès intégral aux données de facturation.

En reconsidérant plus profondément l'organisation actuelle, la Cour propose l'orientation suivante :

(i) réorganiser à moyen terme les responsabilités et les financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, à la première revenant de financer à 100 % un suivi annuel obligatoire et les soins conservateurs associés, aux secondes de prendre en charge le financement des soins prothétiques au premier euro, en veillant à la neutralité financière pour l'assurance maladie obligatoire de ce nouveau modèle.

Troisième partie

Rendre l'hôpital plus efficient



7 La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical

Près de 67 000 médecins prescrivent des actes d'investigation ou de soins, des médicaments, des dispositifs médicaux et des transports dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif. En outre, 35 000 internes prescrivent par délégation d'un médecin hospitalier.

Des dépenses considérables, très dynamiques, mais mal suivies

Les dépenses d'assurance maladie liées aux prescriptions hospitalières ont un poids financier considérable (24,7 Md€ au total en 2014, dont 14,1 Md€ réalisées à l'hôpital et 10,6 Md€ exécutées en ville). Elles représentent à elles seules près de la moitié des dépenses liées aux prescriptions médicales (53,3 Md€) et 14 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Elles connaissent une dynamique très soutenue (+32 % en euros constants entre 2007 et 2014, soit cinq fois plus vite que les prescriptions émises par les médecins libéraux), qu'il s'agisse des prescriptions effectuées à l'hôpital comme de celles exécutées en ville, sous l'effet notamment des dépenses de médicaments (molécules onéreuses notamment), mais aussi de dispositifs médicaux, d'auxiliaires médicaux et de transports sanitaires.

Malgré leur importance, les dépenses liées aux prescriptions hospitalières

restent imparfaitement connues et analysées. Celles d'imagerie et de biologie, qui sont réputées stables ou presque en euros courants, sont vraisemblablement sous-évaluées.

Une incidence incertaine de la tarification à l'activité

La tarification à l'activité des établissements hospitaliers (T2A) mise en œuvre depuis 2004 a poussé les hôpitaux à dégager des gains de productivité en reconsidérant leur organisation interne et leurs capacités.

Mais elle a aussi pu les inciter à augmenter leur activité en volume tout en réduisant la durée moyenne de séjour afin de dégager une marge nette plus élevée. En outre, la rémunération d'un séjour est parfois conditionnée par la réalisation d'un nombre minimal d'actes. Par ailleurs, certains actes qui pourraient être pratiqués dans le cadre de soins ambulatoires le sont dans celui d'un séjour hospitalier.

Des dispositifs de régulation en cours de rénovation, mais en prise insuffisante sur les prescriptions

La politique de régulation des prescriptions hospitalières repose aujourd'hui sur pas moins de sept types différents de contrats passés par les établissements hospitaliers avec les agences régionales de santé (ARS) ou avec les ARS et les caisses d'assurance maladie.

La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical

Ces dispositifs n'ont pas d'effet visible sur les dépenses. Ils en laissent de côté une grande partie, tout particulièrement les prescriptions réalisées à l'hôpital, en se centrant essentiellement sur les prescriptions exécutées en ville. Certains contrats ne couvrent qu'un nombre très réduit d'établissements. Les sanctions qu'ils prévoient ne sont que rarement appliquées.

Un nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) doit intégrer la plupart des contrats existants à partir de 2016. Mais ce progrès est limité par une orientation qui vise surtout les prescriptions exécutées en ville et l'absence de définition des modalités d'association de la communauté médicale à son élaboration et à son application.

Un suivi défaillant et une implication des prescripteurs trop faible à ce jour

Les médecins sont aujourd'hui très insuffisamment responsabilisés au regard de leur rôle central dans la maîtrise des prescriptions.

L'obligation légale d'identification de chaque prescripteur qui remonte à 2005 n'est toujours que très minoritairement appliquée. Alors qu'aucun obstacle technique ne s'y oppose, le suivi de l'activité individuelle des prescripteurs est ainsi entravé.

Les contrôles effectués par les ARS sur la pertinence des prescriptions sont rares et ont systématiquement une dimension collective, qui porte la question des pratiques médicales au seul niveau global de l'établissement, et non à celui des médecins prescripteurs pris individuellement.

Une responsabilisation des praticiens hospitaliers à mettre en œuvre

Le poids croissant des dépenses liées aux prescriptions hospitalières doit conduire à mettre en œuvre des actions plus déterminées.

Il convient tout d'abord de favoriser, dans l'intérêt même des patients, la diffusion d'une culture de la juste prescription en généralisant les logiciels d'aide à la prescription (et, au préalable, l'informatisation des dossiers patients et de la prescription), en adaptant les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé au contexte hospitalier et en impliquant la communauté médicale dans le cadre de la commission médicale d'établissement.

Il importe aussi de mettre en place un suivi individualisé des prescripteurs, notamment dans le cadre du contrôle de gestion interne des établissements.

Il convient par ailleurs de favoriser une application plus effective et plus large du pouvoir de substitution d'actes plus pertinents confié aux radiologues et biologistes, aujourd'hui peu utilisé alors qu'il constitue un levier d'efficacité et de qualité accrues des soins.

Enfin, l'outil contractuel devrait être utilisé plus efficacement, en impliquant non seulement la direction administrative des établissements, mais aussi la communauté médicale représentée par la commission médicale d'établissement dans l'élaboration et la signature des nouveaux CAQES.

La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical

Pour être réellement efficaces, ces nouveaux contrats devraient par ailleurs voir leur champ élargi à l'ensemble des prescriptions réalisées à l'hôpital et être assortis de mécanismes plus contraignants. Ainsi, l'absence de respect de leurs engagements par les établissements devrait entraîner une minoration des tarifs qui leur sont appliqués.

Chaque fois que cela est pertinent, la contractualisation devrait être opérée au niveau des nouveaux groupements hospitaliers de territoire (GHT) instaurés par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Recommandations

27. améliorer le suivi annuel des dépenses d'imagerie et de biologie dans les établissements de santé par la mise en place d'une enquête spécifique pilotée par l'ATIH ;

28. conditionner à l'identification individuelle des prescripteurs l'exécution des prescriptions émises en établissement et effectuées en ville comme réalisées à l'hôpital ;

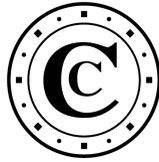
29. élaborer et diffuser des référentiels de bonne pratique adaptés à l'exercice hospitalier ;

30. inclure dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins l'ensemble des prescriptions médicales, exécutées en ville comme réalisées à l'hôpital, et en rendre cosignataire avec le directeur de l'établissement, le président de la commission médicale d'établissement ;

31. mettre en œuvre un dispositif de minoration tarifaire se déclenchant automatiquement en cas de non-respect des objectifs contractuels de maîtrise des prescriptions.

En outre, la Cour réitère deux recommandations tendant à :

- définir un objectif de réduction de 10 à 15 % du volume d'actes de biologie médicale ;
- mettre en œuvre des actions de gestion du risque sur l'ensemble des techniques d'imagerie médicale, sur la base de référentiels et d'études médico-économiques élaborés par la Haute autorité de santé.



8 La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer

Les systèmes d'information jouent un rôle central dans l'activité des établissements hospitaliers. Ils bénéficient de moyens importants : les établissements publics et privés à but non lucratif leur consacrent chaque année près de 1,2 Md€, soit 1,7 % de leurs charges de fonctionnement, financés par leurs recettes courantes et des concours spécifiques accordés dans le cadre de plans nationaux (462 M€ de 2008 à 2015).

L'état des lieux dressé par les juridictions financières (Cour et chambres régionales des comptes) sur la base d'un échantillon de 41 établissements fait apparaître que, malgré certains progrès, les systèmes d'information pourraient davantage contribuer à l'efficacité de l'hôpital et, au-delà, du système de santé dans son ensemble.

Des avancées inégales dans le déploiement des systèmes d'information hospitaliers

En raison de la diversité de leurs activités et de la complexité de leur organisation interne, les établissements ont structuré leurs systèmes d'information autour d'un très grand nombre d'applications (entre 80 et 300 dans la plupart des établissements de l'échantillon, jusqu'à un millier à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris).

Dans une précédente enquête de 2007, les juridictions financières avaient observé une informatique médicale encore embryonnaire et une informatique administrative plus développée, mais encore peu apte à devenir un véritable outil de gestion et de management des hôpitaux.

L'informatique administrative demeure inaboutie : des fonctions de base (plannings, temps de travail) demeurent gérées en dehors de logiciels informatiques, les outils de comptabilité analytique ne sont pas totalement déployés et ceux d'aide à la décision sont généralement insuffisants, voire parfois défaillants. De nouveaux progrès sont attendus de l'obligation de certification des comptes des principaux hôpitaux et de la mise en place d'une facturation directe de l'ensemble des activités hospitalières à l'assurance maladie.

L'informatique médicale a plus fortement progressé. Son caractère stratégique est désormais reconnu par la communauté hospitalière dans son ensemble, notamment sa composante médicale. Il se traduit par une priorité dans l'allocation des budgets informatiques et des concours au titre des plans nationaux. Bien que fortement engagée, l'informatisation des processus de soins reste cependant incomplète. Ainsi,

La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer

l'informatisation du dossier du patient a une portée variable dans les établissements qui l'ont achevée (55 %) ou engagée (37 %). Certaines spécialités demeurent peu informatisées. Peu d'établissements ont totalement supprimé le papier.

La conduite des projets en matière informatique-médicale et de gestion est souvent imparfaitement assurée en raison de faiblesses de la maîtrise d'ouvrage : manque de compétences internes, analyse incomplète des besoins, compréhension imparfaite des attentes des utilisateurs. Il en résulte des retards de déploiement, des surcoûts et des problèmes d'adaptation à la demande des utilisateurs ou de qualité.

Une politique nationale de soutien aux résultats encore limités

Le pilotage national des systèmes d'information hospitaliers, essentiel pour en assurer la cohérence, est assuré par deux administrations distinctes au sein du ministère de la santé (direction générale de l'organisation des soins et secrétariat général). Si elle fait intervenir moins d'acteurs que par le passé, la maîtrise d'ouvrage opérationnelle est répartie entre deux structures (agence des systèmes d'information partagés en santé - ASIP - et agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP). La cohérence de l'action nationale pâtit de l'absence d'instance de coordination commune à l'ensemble des projets intéressant les systèmes d'information.

Les volets informatiques des plans nationaux de soutien « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » ont avant tout consisté en des subventions à des projets appréciés au cas par cas, non ou peu structurants, sans stratégie d'ensemble.

Consacré aux systèmes d'information, le programme « Hôpital Numérique », engagé en 2011 et devant s'achever en 2017, présente en revanche une cohérence stratégique. Rompant avec la « logique de guichet » des plans précédents, il vise à remédier au niveau hétérogène de l'informatisation des hôpitaux, par la fixation de seuils de sécurité et de services rendus à atteindre par tous les établissements. Il s'accompagne d'une enveloppe totale de 400 M€ encore incomplètement utilisée.

Les résultats sont cependant encore éloignés de ceux attendus à fin 2017. En 2015, seuls 41 % des établissements présentaient un niveau de sécurité suffisant au regard des critères fixés. En moyenne, seuls 45 % des services attendus étaient satisfaits. Très peu d'établissements atteignaient le niveau requis en matière d'utilisation des applications de dossier médical, de partage des données concernant le patient (interopérabilité) ou de pilotage médico-économique.

De nouvelles étapes à engager

Trois priorités devraient être fixées au niveau national :

- l'interopérabilité des logiciels, qui conditionne la réalisation de gains d'efficacité, devrait être rendue

La modernisation des systèmes d'information hospitaliers : une contribution à l'efficacité du système de soins à renforcer

pleinement opposable, y compris pour les données médicales ;

- l'appui aux établissements devrait être renforcé au niveau régional, en prenant plus fortement appui sur les groupements de coordination sanitaire « e-santé » créés par les établissements afin de les faire bénéficier d'une assistance à maîtrise d'ouvrage en informatique de santé ;
- dans un marché concurrentiel, les règles de la commande publique pour les établissements publics qui adhèrent à des structures éditrices de logiciels devraient être rappelées.

Il convient aussi de faire plus fortement contribuer l'informatique hospitalière à l'emploi efficace des ressources publiques et à la qualité des soins.

Ainsi, l'attribution de concours spécifiques devrait être conditionnée à la contractualisation des gains chiffrés d'efficacité attendus - aujourd'hui non mesurés pour l'essentiel - dans les contrats d'objectifs et de moyens

passés par les établissements avec les ARS.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé les groupements hospitaliers de territoire (GHT) afin notamment de remédier à l'absence de taille critique de nombreux établissements pour gérer efficacement leur informatique. Les concours financiers d'« Hôpital Numérique » devraient être orientés vers le soutien à la convergence des applications informatiques au sein des GHT, requise par la loi d'ici à 2020.

Au-delà, il convient de favoriser l'émergence d'un système plus large d'« e-santé » couvrant la ville comme l'hôpital, en instaurant un cadre commun d'interopérabilité et de sécurité permettant d'agréger dans une même base de données, non seulement des données structurées comme aujourd'hui, mais aussi non structurées (comptes rendus d'examen médicaux ou d'imagerie, résultats d'analyses biologiques, etc.).

Recommandations

32. maintenir le cap de la stratégie « Hôpital numérique » et engager sans tarder les travaux préparatoires à son deuxième palier, en l'orientant vers la convergence des systèmes d'information au sein des groupements hospitaliers de territoire ;

33. subordonner le soutien financier aux investissements informatiques à la réalisation de gains d'efficacité, contractualisés dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ;

34. bâtir au niveau régional une expertise en matière de maîtrise d'ouvrage pour venir en appui aux projets informatiques hospitaliers en mobilisant, avec le soutien de l'ANAP, les GCS « e-santé » existants ;

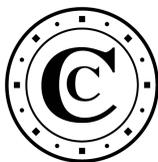
35. rendre opposables aux éditeurs de logiciels les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en vigueur et intensifier les travaux d'élaboration des référentiels « métiers » ;

36. rappeler les modalités d'application des règles de la commande publique pour les établissements adhérant à des structures de coopération qui éditent des logiciels ;

37. intégrer la stratégie d'ouverture et de convergence des systèmes d'information hospitaliers dans une approche plus large d'informatique de santé partagée avec les autres acteurs du système de soins.

Quatrième partie

Assurer la soutenabilité des retraites



9 Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

Les retraites des salariés non agricoles du secteur privé sont assurées dans le cadre de régimes obligatoires par répartition fondés sur un principe de solidarité entre générations :

- un régime de base par annuité (régime général, 110,6 Md€ de prestations en 2015) placé sous la tutelle de l'État ;
- des régimes complémentaires par points (AGIRC-ARRCO, 71,3 Md€ de prestations en 2015), qui relèvent de la responsabilité des partenaires sociaux qui les ont créés.

Une succession de réformes ayant des effets importants dans la durée

Les régimes de retraite de base et complémentaires sont confrontés à des défis communs liés aux évolutions économiques et démographiques : stabilisation du nombre des naissances, arrivée à la retraite des générations du baby-boom et allongement de l'espérance de vie à 60 ans (23 ans pour les hommes, 27 ans pour les femmes), qui est appelée à se poursuivre.

En dégradant le rapport entre les effectifs des 60 ans et plus et des 20 à

59 ans (de 3 en 1960 à 2,5 en 2006 et jusqu'à 1,6 en 2030 et 1,4 en 2060), les évolutions démographiques ont rendu nécessaire la mise en œuvre de réformes par l'État et par les partenaires sociaux afin d'assurer la pérennité des retraites par répartition.

Intervenues à partir de la fin des années 1980, ces réformes ont agi sur l'ensemble des paramètres : modalités d'indexation des salaires pris en compte pour le calcul des retraites et des retraites elles-mêmes, âge légal de départ à la retraite, durée d'assurance nécessaire à une retraite à taux plein, âge de départ à taux plein quand cette condition de durée n'est pas satisfaite (régime de base), valeurs d'achat et de service du point, part des cotisations ne procurant pas de points (régimes complémentaires), taux des cotisations employeurs et salariés (tous régimes).

Une part prépondérante des effets des réformes ne se concrétisera qu'au cours des décennies à venir.

Sauf exception (réforme de 2010), ce sont les générations les plus éloignées du départ à la retraite qui supporteront les ajustements les plus importants en termes de report d'âge de départ à la

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

retraite et de baisse du montant des pensions par rapport aux générations qui les ont précédées.

Les réformes engagées depuis 1993 ont pour effet un recul moyen à terme de près de 3 ans de l'âge moyen de départ en retraite : pour les assurés nés en 1980, l'âge moyen de départ à la retraite serait repoussé de 61 à 64 ans à l'issue des dernières réformes. Elles ont également une incidence sensible sur le niveau même des pensions : le rendement actualisé des prélèvements affectés au financement des retraites de base et complémentaires passerait de 2,5 % avant la réforme de 1993 à 1,75 % à l'issue de celle de 2014.

Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, le report de l'âge de départ à la retraite lié notamment à la réforme de 2010 laisse cependant aux retraités actuels et futurs une durée de vie à la retraite rapportée à la durée totale de leur vie au moins égale à celle dont ont bénéficié les assurés nés en 1935.

Des réformes au rythme variable et non coordonnées

Bien qu'interdépendants, les régimes de base et complémentaires ont été réformés selon des temporalités distinctes et de manière cloisonnée.

Les réformes ont commencé relativement précocement pour le régime général (fin des années 1980 et 1993, qui constitue la réforme inaugurale). Mais elles se sont ensuite interrompues jusqu'en 2003, qui a connu une réforme de portée limitée. Elles ont ensuite repris à un rythme rapide au cours de la décennie suivante (réformes de 2010 et de 2014).

Ces discontinuités ont conduit à des disparités dans la répartition des efforts entre générations dans le cadre des réformes récentes, les assurés nés entre 1945 et 1955 étant moins affectés que leurs successeurs. De même, les réformes récentes ont eu des effets différenciés en fonction du sexe, de la situation en matière d'emploi et du niveau des revenus.

Les réformes des régimes AGIRC-ARRCO ont été plus continues et progressives compte tenu d'un plus grand nombre et d'une moindre sensibilité des leviers pouvant être utilisés.

Les réformes des régimes complémentaires ont plus fortement mis à contribution l'ensemble des parties prenantes, notamment les retraités (à travers la désindexation de la valeur de service du point par rapport à l'inflation).

L'ensemble de ces réformes n'a pas été coordonné alors que modifier les règles d'un étage peut avoir des incidences sur l'autre et que les leviers utilisés pour réformer un étage réduisent les possibilités d'action sur l'autre.

Un effort de redressement financier très significatif, mais qui pourrait s'avérer encore insuffisant

Les réformes ont replacé le régime de base sur une trajectoire financière plus soutenable. Selon l'INSEE, sans leur intervention, les dépenses du régime de base auraient atteint jusqu'à 11,4 % du PIB en 2060. À la suite des réformes, cette part s'élèverait à 6,1 % en 2060 dans un scénario macroéconomique prudent (gains de productivité du travail de 1,3 %), contre 5,4 % en 2014.

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

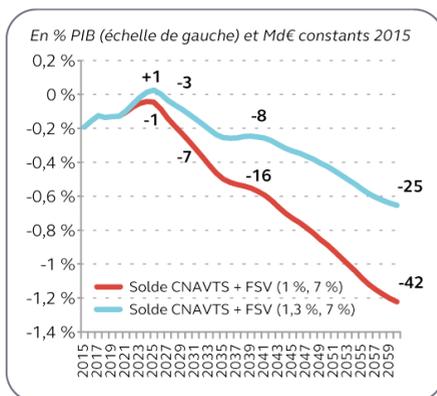
Cependant, le caractère tardif et de moindre ampleur que dans d'autres pays de la réforme des retraites de 2003, puis les effets de la crise de 2008 sur les recettes et le caractère très progressif du redressement financier ont alourdi la dette sociale imputable au régime de base et au fonds de solidarité vieillesse (FSV), où est située une part désormais prépondérante du déficit du régime de base. Fin 2015, elle s'élevait à 69,7 Md€, soit 44,6 % du total de la dette sociale.

Au-delà de l'incidence des réformes des régimes de base sur l'âge de départ à la retraite, ce sont les décisions propres aux régimes complémentaires, notamment l'accord de 2015, qui contribuent le plus fortement à leur redressement financier.

Pour autant, en fonction des scénarios économiques, le retour à l'équilibre des régimes n'est pas assuré ou pourrait n'être que transitoire :

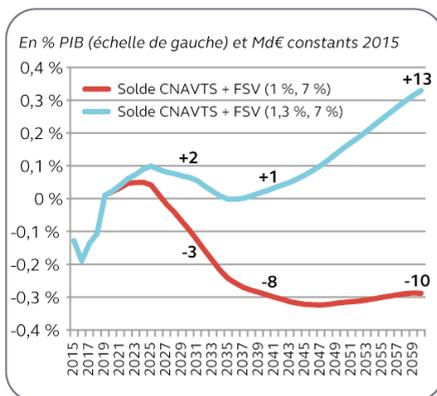
- dans un scénario prudent (croissance annuelle de la productivité du travail de 1,3 %), l'AGIRC-ARRCO serait durablement à l'équilibre à partir de 2020. En revanche, un déficit du régime de base et du FSV réapparaîtrait après 2025 et se creuserait jusqu'à 0,6 % du PIB à l'horizon 2060 ;
- dans un scénario dégradé (hausse de 1 % de la productivité du travail), l'ensemble régime de base - FSV ne reviendrait pas à l'équilibre et son déficit atteindrait 1,2 % du PIB en 2060. L'AGIRC-ARRCO serait continûment en déficit après 2025, à hauteur de 0,3 % du PIB à partir de 2040.

Solde projeté agrégé du régime de base (FSV compris), à l'horizon de 2025, de 2030, de 2040 et de 2060 dans deux scénarios



Source : Cour des comptes d'après les données du COR, sous les hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1 % ou de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %

Solde projeté de l'AGIRC-ARRCO, à l'horizon de 2030, de 2040 et de 2060



Source : Cour des comptes d'après les données du COR, sous les hypothèses de gains annuels de productivité du travail de 1 % ou de 1,3 % et d'un taux de chômage de 7 %

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

Le risque qui ne peut être écarté d'un retour à des déséquilibres importants appelle une amélioration de la cohérence du pilotage et de la réactivité du système de retraite dans la perspective de nouveaux ajustements.

Un cadre de cohérence global à mettre en place pour les évolutions futures des retraites

Les prévisions doivent être établies dans un cadre pertinent utile à la décision. Or, malgré leur évolution récente, les scénarios du conseil d'orientation des retraites (COR) conservent un éventail d'hypothèses qui peut apparaître trop large pour guider efficacement la décision. L'hypothèse, au centre de l'éventail de gains de productivité, de 1,5 %, tend à prendre une place prépondérante, sans véritable justification.

À partir de la définition d'hypothèses macroéconomiques plus resserrées par un organisme indépendant, l'adoption d'un scénario central, assorti d'une à deux variantes et privilégiant un horizon à 15/20 ans (2030/2040) plutôt qu'à 45 ans (2060), permettrait d'améliorer le pilotage des retraites. Par ailleurs, les impacts sur la situation des assurés devraient être plus finement et plus complètement analysés que lors des réformes récentes.

Plus généralement, il convient de tirer les conséquences de l'interdépendance des régimes de retraite de base et complémentaires en mettant en place une instance formalisée de coordination

entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes, qui permette d'examiner de manière globale les enjeux des retraites des salariés du secteur privé au regard notamment des objectifs fixés par la loi de 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

Cette instance pourrait définir de manière concertée et par anticipation³ les modalités d'ajustement cohérentes, équitables et progressives qui pourraient être appliquées en fonction des scénarios économiques et démographiques afin d'assurer l'équilibre financier des retraites. À titre d'illustration, la Cour a dressé la liste des pistes d'évolution qui pourraient être envisagées à cet égard, en documentant leur impact financier.

Un tel mécanisme autoriserait des ajustements plus réguliers en évitant des réactions tardives, un report excessif des efforts sur les générations les plus jeunes ou une remontée de la dette sociale. Les pouvoirs publics et les partenaires sociaux conserveraient l'entière responsabilité du choix et de l'application de ces solutions.

³ Pour sa part, l'Allemagne a défini *ex ante* des modalités d'ajustement des paramètres des retraites en fonction des évolutions démographiques, ensuite appliqués de manière pragmatique.

Les réformes des retraites des salariés du secteur privé : un redressement financier significatif, une méthode à redéfinir dans la perspective de nouveaux ajustements

Recommandations

38. fonder les prévisions financières des régimes de retraite sur l'élaboration par un organisme indépendant d'un scénario central assorti d'une ou deux variante(s) et privilégier à ce titre un horizon à 15/25 ans (2030/2040), tout en conservant la référence à un horizon plus lointain (2060) ;

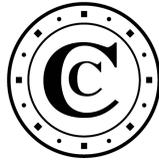
39. organiser une concertation systématique entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes sur l'évolution financière des régimes de salariés du secteur du privé, les perspectives d'ajustement en résultant, et plus généralement le respect des objectifs fixés par la loi du 20 janvier 2014 dans le cadre d'une instance commune à créer ;

40. dans le cadre de cette dernière, déterminer par anticipation les modalités d'ajustement des paramètres des retraites des salariés du secteur privé qui pourraient être mises en œuvre afin d'assurer l'équilibre financier des régimes par la voie de mesures cohérentes, progressives, équitables et évitant tout retard ;

41. dans cette perspective, confier au Conseil d'orientation des retraites la mission d'identifier les modalités d'ajustement à la disposition des pouvoirs publics et des partenaires sociaux, d'analyser leur incidence financière et de mesurer leurs effets sur la situation des assurés au cas particulier des retraites des salariés du secteur privé.

Cinquième partie

**Dégager des gains d'efficacité
et améliorer les performances
de la gestion**



10 La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

La certification des comptes consiste en une opinion écrite et motivée, formulée par un auditeur externe indépendant sur la conformité des états financiers aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

Depuis l'exercice 2006, les comptes des organismes nationaux, des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale sont obligatoirement certifiés par la Cour. Depuis l'exercice 2008, ceux des autres régimes de base sont également soumis à une obligation de certification, assurée par des commissaires aux comptes.

Contrairement aux dispositions légales, les comptes des régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations et ceux du régime de retraites de la Banque de France ne font cependant toujours pas l'objet d'une procédure de certification, mais d'un simple audit contractuel. Cette irrégularité va cesser en 2016 pour la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

Une amélioration de la qualité des comptes reflétée dans les opinions des certificateurs

L'évolution des opinions des certificateurs témoigne des progrès accomplis.

Les premiers exercices de certification avaient été marqués par de nombreux refus de certification ou impossibilités de certifier et de nombreuses réserves.

Depuis 2013, les comptes de l'ensemble des branches et de l'activité de recouvrement du régime général sont certifiés avec des réserves. Si leur nombre total n'a pas diminué depuis lors, plusieurs réserves ou éléments de réserves ont été levés. La portée d'autres réserves s'est allégée.

Les comptes des principaux autres régimes de sécurité sociale sont certifiés avec des réserves, depuis 2011 pour le régime agricole (MSA) et depuis 2014 pour le régime social des indépendants (RSI). Ceux des régimes de moindre importance sont certifiés avec ou sans réserve.

Les motifs de réserve sont en grande partie communs :

- les dispositifs de contrôle interne ont été généralisés et sont mieux structurés. Cependant, ils présentent encore des insuffisances. Les indicateurs de risque financier résiduel (après contrôle interne) des branches du régime général font ainsi apparaître des niveaux élevés d'erreurs au titre du versement des prestations légales. Contrairement aux textes, ils ne couvrent qu'une partie des activités des URSSAF. La MSA ne s'en est pas dotée ;

La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

- les systèmes d'information font apparaître des risques encore imparfaitement maîtrisés propres à la fonction informatique ainsi qu'une contribution encore insuffisante des contrôles automatisés au contrôle interne ;
- instauré dès 1996, le principe de comptabilisation des opérations en droits constatés est encore imparfaitement appliqué. Ainsi, l'ACOSS comptabilise en produit à recevoir de l'exercice des prélèvements sociaux précomptés sur des revenus de remplacement versés en janvier de l'année suivante.

Des apports majeurs pour la modernisation et la transparence financière de la sécurité sociale

Pour un coût modeste au regard des masses financières en jeu, la certification a permis d'améliorer substantiellement la qualité des comptes et d'engager un processus de modernisation en profondeur du fonctionnement et de l'organisation de la sécurité sociale.

En vue du débat parlementaire sur le projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale, la certification permet de disposer d'un ensemble cohérent de données comptables et financières, offrant un tableau précis de la situation de chaque régime, des relations entre régimes et de celles avec l'État.

Elle constitue aussi un gage de crédibilité vis-à-vis des conseils d'administration qui approuvent les comptes, des autorités de tutelle, des organismes partenaires et des prêteurs, y compris internationaux.

En revanche, les outils d'analyse mis en place pour la justification des données comptables sont encore peu utilisés à l'appui des prévisions financières.

Les organismes de sécurité sociale ont pris conscience que la maîtrise des risques financiers ne concernait pas seulement les agents comptables, en aval des opérations, mais aussi les services gestionnaires relevant des directeurs qui les effectuent en amont.

Les demandes des certificateurs ont favorisé la modernisation des processus de production, la mise en place d'outils de gestion qui faisaient défaut, des décloisonnements internes et entre organismes et une concentration accrue des réseaux d'organismes de base, qui concourt à ce que chaque organisme atteigne le niveau de maîtrise des risques financiers requis par la certification.

De nouvelles avancées nécessaires pour l'application des référentiels comptable et de contrôle interne

Les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État devraient mettre l'accent sur les engagements pris par les organismes dans le cadre du dialogue avec les certificateurs et sur les autres

La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

actions de nature à permettre la levée de réserves, en vue notamment d'améliorer le paiement à bon droit des prestations.

Comme celle de l'État, les annexes aux comptes des régimes de sécurité sociale devraient comporter une information chiffrée sur les engagements pluriannuels de prestations (retraites, pensions d'invalidité, rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles).

Un cadre juridique à réover

Les différents régimes de sécurité sociale sont de plus en plus interdépendants : échanges entre régimes de retraite pour certaines prestations depuis 2009, instauration en 2016 de la protection universelle maladie (PUMa) qui s'accompagne de l'intégration financière de tous les régimes d'assurance maladie au régime général, mise en place en 2017 d'une liquidation unique des retraites dans les régimes alignés (LURA).

Cette interdépendance croissante appelle une définition plus précise des responsabilités des différents organismes concernés en matière de qualité des données des répertoires communs.

Au-delà des régimes de sécurité sociale, le champ légal des échanges volontaires d'informations entre la Cour et les commissaires aux comptes devrait être étendu aux autres entités liées

par des flux financiers et informationnels au régime général, comme les établissements publics de santé et les mutuelles qui gèrent par délégation les prestations d'assurance maladie.

Faciliter une appréciation financière plus globale de l'ensemble des administrations publiques

En 2014, le calendrier de clôture des comptes des régimes de sécurité sociale a été avancé de deux semaines (soit au 15 mars pour les comptes définitifs) afin d'améliorer les conditions de notification à Eurostat du déficit des administrations publiques et le pilotage des comptes sociaux.

Le calendrier de clôture des comptes devrait être encore réduit. Cela permettrait à la Cour de publier son rapport de certification des comptes du régime général au même moment que celui des comptes de l'État (fin mai au lieu de mi-juin) et, ce faisant, au Parlement d'examiner les résultats de la sécurité sociale conjointement avec la loi de règlement du budget de l'État, sur la base de tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial relatifs au dernier exercice clos eux-mêmes établis plus tôt. Cet objectif implique de revoir les processus de clôture en anticipant notamment les estimations de données comptables.

Les réformes en cours de l'assurance maladie (PUMa) et de l'assurance

La certification des comptes des régimes de base de sécurité sociale : une première étape réussie, de nouveaux enjeux

vieillesse (LURA) permettent d'envisager la construction, à un terme rapproché, de comptes combinés par risque. Soumis à certification, ils fourniraient au Parlement une source d'information fiable et normalisée et un nouvel outil d'aide à la décision pour le pilotage des

finances publiques. À plus long terme, ils rendraient possible l'établissement d'un compte unique des régimes obligatoires de base (ayant pour corollaire la suppression des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial).

Recommandations

42. faire respecter l'obligation légale de certification fixée par le code de la sécurité sociale pour les régimes de sécurité sociale gérés par la Caisse des dépôts et consignations ainsi que pour le régime de retraite de la Banque de France ;

43. faire de la levée des réserves sur les comptes un axe prioritaire des prochaines conventions d'objectifs et de gestion ;

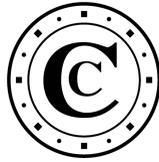
44. élargir par la voie d'une disposition législative le champ des échanges d'information entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes des entités liées par des flux financiers et informationnels aux organismes du régime général de sécurité sociale ;

45. engager, par étapes, la construction de comptes combinés par risque de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les soumettre à une procédure de certification ;

46. faire converger progressivement le calendrier de certification des comptes des organismes de sécurité sociale avec celui des comptes de l'État ;

47. inscrire dans les annexes aux comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions et de rentes et de leurs ayants-droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à la date de clôture des comptes (recommandation réitérée) ;

48. redéfinir le partage des responsabilités entre les organismes concernés en matière de contrôle des données des répertoires inter-branches mutualisés.



11 La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

En 2015, les dépenses de personnel des trois principaux régimes de sécurité sociale – régime général, régime agricole (MSA) et régime social des indépendants (RSI) – se sont élevées à 8,6 Md€ au titre de 170 000 effectifs équivalent temps plein moyen annuel (ETPMA).

Des efforts réels mais inégaux de maîtrise de la masse salariale

Ainsi, la masse salariale du régime général (5,4 Md€ en 2015, hors cotisations patronales) a augmenté modérément entre 2005 et 2015 (+233 M€, soit +4,5 % en euros courants). Depuis 2011, elle s'est stabilisée (+43 M€ au total).

Alors qu'ils avaient augmenté de 5,5 % entre 1999 et 2004 en lien avec la réduction du temps de travail, les effectifs ont baissé de 10,8 % entre 2005 et 2015 (-17 700 ETPMA). Cette baisse s'est accélérée depuis 2010 et les restitutions d'emplois ont dépassé les objectifs fixés par les conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État.

Les économies dégagées par la baisse des effectifs ont ainsi compensé en grande partie l'incidence d'une politique salariale dynamique.

Ainsi, sur la période 2005-2015, la rémunération moyenne des personnels en place (RMPP) a progressé de +2,8 % par an en moyenne, soit un rythme plus de deux fois supérieur à celui de l'inflation (+1,3 %).

Cet équilibrage global des augmentations salariales par des économies liées à la baisse des effectifs demeure fragile. De fait, la norme annuelle de progression de la RMPP notifiée annuellement par l'État depuis 2011 n'a pas été respectée entre 2011 et 2013.

Si le point d'indice a été gelé à partir de 2011, comme dans la fonction publique, la hausse du nombre de points associés aux coefficients de qualification a permis d'atténuer cette contrainte. Les mesures individuelles d'augmentation salariale sont quant à elles fortement affectées par les dispositions conventionnelles prévoyant l'attribution automatique de points d'indice au titre de l'ancienneté et de la technicité.

Une durée du travail réduite préjudiciable à la productivité

Ni les organismes nationaux, ni l'union nationale des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) ne disposent d'une connaissance précise

La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

du temps de travail effectif des agents employés dans les organismes de base.

Suivant l'estimation établie par la Cour à partir de données extraites des applications de paye, la durée effective moyenne du travail à temps plein dans les organismes du régime général (1 540 heures) est inférieure de 4 % à la durée légale annuelle (1 607 heures).

Des disparités prononcées autour de cette moyenne peuvent être constatées entre les différents organismes de base, en fonction notamment de l'existence ou non d'usages locaux. Pour certains organismes, la durée du travail est très faible (entre 1 500 et 1 510 heures).

En outre, le niveau réel d'absentéisme n'est pas mesuré de manière précise dans les régimes de sécurité sociale. À partir de données extraites des applications de paye, la Cour l'a estimé à 8,9 % pour le régime général, soit un niveau significativement supérieur à ceux du secteur privé et de la fonction publique de l'État. Comme pour la durée du travail, il connaît de fortes disparités d'un organisme à l'autre.

Des indicateurs de suivi de l'absentéisme figurent dans toutes les COG des branches du régime général. N'étant pas standardisés, ils ne sont cependant pas comparables entre eux. En outre, ils visent uniquement l'absentéisme de courte durée qui ne représente pourtant qu'une part réduite de l'absentéisme total. Enfin, ils ne sont pas systématiquement repris dans les contrats

passés par les organismes nationaux avec les organismes de base pour décliner les COG.

Au total, les écarts entre la durée effective et la durée légale du travail et entre le taux d'absentéisme global et les meilleures situations observées pour certains organismes (6 %) représentent un potentiel de travail non mobilisé équivalent à 10 000 emplois (ETPMA). Si l'ensemble de ces gains de productivité potentiels étaient convertis en des réductions d'emplois, une économie annuelle de 370 M€ pourrait être réalisée.

Anticiper les départs massifs à la retraite des prochaines années

L'accentuation du vieillissement des effectifs des organismes de sécurité sociale va entraîner à court terme une forte accélération des départs en retraite : environ 55 000 départs (37 % de l'effectif en poste en 2014) sont attendus dans les 10 à 12 prochaines années pour le régime général, dont 30 000 dans les 5 à 7 prochaines années.

Ces départs massifs offrent une occasion unique, mais limitée dans le temps, de réaliser les économies de gestion demandées par les pouvoirs publics en réduisant les effectifs, de renouveler les compétences par des recrutements adaptés aux besoins en qualifications, de mieux répartir les effectifs sur le territoire et de poursuivre le resserrement des réseaux des organismes de base, qui demeure inabouti⁴.

⁴ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. La Documentation française, septembre 2014, 673 p., disponible sur www.ccomptes.fr

La gestion du personnel des organismes de sécurité sociale : une stratégie de modernisation à définir sans tarder

Or, les régimes de sécurité sociale ne se sont pas préparés à ce choc démographique immédiat et de grande ampleur qui va impacter de manière différenciée les organismes. Ainsi, le régime général n'a pas défini de stratégie pour y répondre, ni, *a fortiori*, de plan d'actions. Il ne dispose pas même de données précises sur les flux de départ à la retraite attendus, par année, par métier et par organisme à 5 et à 10 ans.

Les régimes de sécurité sociale sont donc appelés à définir et à mettre en œuvre de façon urgente les méthodologies et les outils permettant de déterminer les trajectoires d'effectifs et de compétences à moyen et long terme cohérentes avec les exigences d'efficience accrue et de restructuration de leurs réseaux.

Améliorer la productivité

Exploiter l'opportunité offerte par la toute prochaine vague de départs à la retraite nécessite d'actionner trois leviers :

- augmenter le temps de travail en recensant exhaustivement les usages locaux qui conduisent à le réduire, en luttant plus efficacement contre l'absentéisme par des actions de prévention, mais aussi de contrôle, et en faisant de l'augmentation de la durée effective de travail un enjeu des négociations conventionnelles ;
- renforcer la mobilité inter-organismes des personnels pour faciliter l'ajustement des effectifs aux

besoins en fonction des disparités des départs en retraite dans les organismes, des objectifs de réorganisation des réseaux et des qualifications à renforcer ;

- promouvoir des systèmes plus motivants de rémunération - ce qui implique de les fonder davantage sur la performance individuelle - et d'intéressement collectif, en introduisant notamment des objectifs de réduction de l'absentéisme pour son calcul.

Renforcer les conditions d'exercice du pilotage national

Les agents sont salariés des organismes de base auxquels les lient leurs contrats de travail et non d'une branche ou d'un régime.

L'ampleur et l'urgence des chantiers stratégiques à mener dans un contexte exceptionnel conduisent à reposer la question du transfert du pouvoir d'employeur aux organismes nationaux, qui seraient ainsi directement dotés de l'ensemble des moyens juridiques pour agir.

L'UCANSS pourrait alors assumer le rôle d'une direction des ressources humaines des institutions de sécurité sociale, alors qu'elle reste avant tout une fédération des employeurs du régime général dont l'activité se limite au dialogue et à la négociation conventionnelle avec les organisations représentatives des salariés.

Recommandations

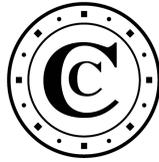
49. mettre en œuvre de façon prioritaire une analyse prévisionnelle à moyen (5 ans) et à long terme (10 ans) des emplois, des compétences et des organisations cibles ;

50. mobiliser activement les gains de productivité, en faisant progressivement converger la durée de travail avec la durée légale, en faisant de la lutte contre l'absentéisme une priorité, en levant les obstacles conventionnels aux mobilités géographiques et fonctionnelles et en tirant tout le parti des départs massifs à la

retraite des prochaines années pour procéder à des réorganisations porteuses d'efficacité, et ajuster les effectifs en conséquence ;

51. renforcer le caractère incitatif de l'intéressement, notamment au regard de la lutte contre l'absentéisme ;

52. engager une réflexion sur le transfert du pouvoir d'employeur des organismes locaux aux organismes nationaux de sécurité sociale et l'élargissement du rôle de l'UCANSS.



12 La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

La fonction informatique recouvre la conception (maîtrise d'ouvrage), le développement (maîtrise d'œuvre) et l'exploitation des systèmes d'information. En permettant de traiter une masse considérable d'opérations relatives aux prestations et aux prélèvements sociaux, elle revêt un caractère stratégique pour la sécurité sociale.

Une fonction aux moyens substantiels mais imparfaitement connus

En 2014, les agents participant aux activités de maîtrise d'œuvre et d'exploitation informatique du régime général, du régime agricole (MSA) et du régime social des indépendants (RSI) s'élevaient à près de 9 000 effectifs équivalent temps plein moyen annuel (ETPMA), soit 5,2 % du total des agents.

Affectés pour une part importante dans les caisses locales, les effectifs des agents concernés et ceux de la maîtrise d'ouvrage sont quant à eux souvent mal connus des caisses nationales.

Le suivi des dépenses informatiques présente des limites. Les budgets informatiques (646 M€ en 2015 pour le régime général, la MSA et le RSI) dont les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État fixent les enveloppes, couvrent uniquement les achats

opérés dans le cadre de marchés nationaux, à l'exclusion de la masse salariale des agents concourant à la fonction informatique et des achats locaux. Une synthèse établie par la direction de la sécurité sociale, à considérer avec précaution, fait état d'un montant total de charges de 1,3 Md€ en 2014.

Un éclatement institutionnel, géographique et fonctionnel des activités

Sauf exception (RSI), la fonction informatique est éclatée entre les organismes nationaux, des centres nationaux et les caisses locales, dont les initiatives sont historiquement à l'origine d'un grand nombre d'applications nationales.

Pour l'essentiel, le regroupement engagé des activités de développement et d'exploitation dans un nombre plus réduit de structures a consisté à intégrer aux organismes nationaux les centres informatiques dotés de la personnalité morale ou rattachés aux caisses locales. Il laisse à ce jour à l'écart les caisses locales elles-mêmes, qui continuent à jouer un rôle majeur. En effet, les organismes nationaux leur confient des missions importantes intéressant les applications nationales. En outre, elles développent des applications locales pour couvrir des besoins non pourvus par ces dernières.

La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

Selon des accords collectifs, la mobilité géographique et fonctionnelle des agents ne peut intervenir que sur la base du volontariat. Dès lors, les centres informatiques ont généralement été pérennisés moyennant des redistributions d'activité qui s'accompagnent parfois, de manière peu rationnelle, de nouveaux recrutements ou du recours à des prestataires de service.

Les activités de développement et d'exploitation demeurent ainsi dispersées sur un grand nombre de sites géographiques dotés d'effectifs plus ou moins nombreux : 23 pour la branche maladie, 19 pour la branche famille, 17 pour la branche vieillesse, 10 pour l'activité de recouvrement, 6 pour la MSA et 4 pour le RSI.

Des répercussions sur l'exercice des missions

Malgré les outils de travail à distance, cette fragmentation de la fonction informatique induit une dispersion des compétences, des difficultés à constituer des équipes homogènes et des déperditions d'informations.

Elle nécessite de mobiliser des moyens non négligeables à la seule fin d'en assurer l'animation et la cohésion d'ensemble et affecte l'exercice efficient de ses missions.

Afin d'atténuer les incidences fonctionnelles de l'éclatement juridique de la fonction informatique, les organismes nationaux exercent une autorité fonctionnelle sur les agents présents dans

les structures ayant la personnalité morale. Ces derniers restent cependant placés sous l'autorité hiérarchique de ces structures. Ce mode d'organisation présente d'importants inconvénients pour la gestion collective et individuelle des ressources humaines.

Le recours à des prestataires externes tend à prendre une place croissante, y compris dans des domaines stratégiques. La dispersion géographique et la mobilité réduite des agents se conjuguent avec l'ancienneté relative de beaucoup pour que leur profil ne soit pas en adéquation avec les compétences requises par les projets de grande ampleur.

À l'exception de l'activité de recouvrement, les taux de disponibilité des applications sont souvent médiocres (95 % à 98 % selon les mois), notamment pour les portails utilisés par les usagers. Les temps de réponse, voire l'indisponibilité des applications, affectent la productivité (se traduisant par une perte de potentiel de travail équivalent à 440 ETPMA pour les CAF et à 100 ETPMA pour les URSSAF).

Des évolutions structurelles à engager

Devant les chantiers majeurs à conduire (comme la rénovation du système de production des URSSAF) et au regard des économies de gestion demandées par les pouvoirs publics, les organismes de sécurité sociale doivent agir plus fermement dans trois directions.

La fonction informatique dans la sécurité sociale : un renforcement indispensable

Il importe de renforcer le pilotage de la fonction informatique en définissant plus précisément les priorités stratégiques dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion et des schémas directeurs des systèmes d'information qui les accompagnent, et en suivant plus étroitement leur réalisation.

Le renforcement de la fonction informatique appelle aussi un rôle fédérateur accru des organismes nationaux. À cette fin, l'ensemble des agents participant à la fonction informatique, quelle qu'en soit la localisation, devraient être placés sous la seule responsabilité, fonctionnelle et hiérarchique, de ces derniers. L'activité de recouvrement vient de s'engager dans cette voie.

Il convient en outre de consolider les capacités internes de maîtrise d'œuvre et de maîtrise d'ouvrage, en mettant en œuvre une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui fait aujourd'hui défaut alors que la pyramide des âges est très déséquilibrée, et en réinternalisant, le cas échéant par des recrutements ciblés, les tâches stratégiques externalisées.

Enfin, une approche interbranches et interrégimes, aujourd'hui limitée à certains grands projets, est à développer résolument en l'étendant aux achats qui visent souvent à satisfaire des besoins identiques, aux ressources humaines afin de faciliter les mobilités, ainsi qu'aux infrastructures et centres informatiques, souvent sous-utilisés.

Recommandations

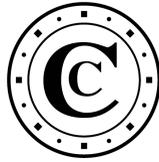
53. reconnaître aux organismes nationaux une autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble des agents et des moyens affectés à la maîtrise d'ouvrage, aux développements et à l'exploitation informatiques ;

54. regrouper la fonction informatique sur un nombre beaucoup plus réduit de sites, en prenant en considération les perspectives démographiques et les implantations des réseaux de l'ensemble des régimes et branches ;

55. consolider les compétences internes, en réorientant les agents vers des tâches à plus forte valeur ajoutée grâce à une gestion prévisionnelle

active des emplois et des compétences, en recrutant les profils de haut niveau nécessaires en petit nombre pour assurer en interne la complète maîtrise des projets structurants et en encadrant plus fortement le recours aux prestataires externes ;

56. développer les synergies entre les institutions de sécurité sociale en matière notamment d'achats informatiques, de mobilité des agents et d'utilisation des infrastructures.



13 La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

Un régime désormais fermé et à la gestion intégralement déléguée

Le régime minier de sécurité sociale verse, selon un principe d'affiliation professionnelle, des prestations de retraite, maladie et accidents du travail - maladies professionnelles.

Depuis les années 1960, il connaît un déclin démographique irréversible. En 2015, il ne restait plus que 129 000 bénéficiaires de prestations maladie, âgés en moyenne de 74 ans, et 275 000 retraités, dont une majorité de droit dérivé dès 2020. Les cotisants actifs sont moins de 2 200 et les $\frac{3}{4}$ d'entre eux sont salariés des organismes de la protection sociale minière, notamment de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

Dans le sens des recommandations anciennes de la Cour visant à tirer les conséquences de cette évolution, le régime minier a été fermé en 2010 à de nouveaux adhérents. Depuis lors, seuls lui demeurent affiliés les salariés qui l'étaient avant cette date et leurs ayants droit.

En outre, la gestion de l'ensemble des prestations a été transférée par étapes à d'autres opérateurs mieux à même d'assurer cette mission qu'un régime en extinction.

Un régime toujours déséquilibré sur un plan financier

Le transfert en 2015 aux caisses d'assurance maladie du régime général de la gestion des prestations maladie s'accompagne de celui des déficits annuels et de la dette liée à la branche maladie du régime minier à la CNAMTS.

Ce transfert intègre aussi les déficits récurrents et la dette propres à l'offre de soins que gère la CANSSM. La dette transférée à la CNAMTS (656 M€ à fin 2015) est aujourd'hui financée à court terme par l'ACOSS et son transfert pour amortissement à la CADES n'est pas organisé.

La question du déficit de la branche vieillesse reste en suspens. Malgré sa forte augmentation, la subvention annuelle versée par l'État sur la base de prévisions n'est pas ajustée à hauteur du déficit constaté. La dette liée aux déficits cumulés de la branche vieillesse (418 M€ à fin 2015) demeure financée à court terme par la CANSSM ou par l'ACOSS, sans perspective d'amortissement.

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

Une caisse devenue un simple opérateur de soins au déficit fortement sous-estimé

Compte tenu du transfert à d'autres opérateurs de la gestion de la totalité des prestations, la CANSSM et ses 5 090 agents à fin 2015 ont désormais pour seule mission celle d'une offre de soins héritée de la médecine de caisse.

En 2015, l'offre de soins de la CANSSM comprenait pas moins de 264 structures (centres de santé, pharmacies, établissements sanitaires et médico-sociaux). Elle tient une place importante dans les anciens bassins miniers. En outre, elle est partie prenante à des associations gérant des établissements appartenant autrefois aux houillères de bassin.

Malgré les actions engagées, le déficit affiché de l'offre de soins ne s'est que légèrement réduit depuis trois ans (déficit de -38 M€ en 2015 contre -40 M€ en 2012). Même après leur ouverture aux ressortissants des autres régimes depuis 2004, les centres de santé connaissent des déficits toujours significatifs. Il en va de même des établissements, notamment celui de Freyming-Merlebach, le plus important. Par ailleurs, les excédents des pharmacies minières ont disparu : les ressortissants du régime minier ont été autorisés à s'adresser aux officines de ville ; en revanche, ceux des autres régimes ne peuvent s'adresser aux pharmacies minières.

Le déséquilibre financier de l'offre de soins est de plus fortement sous-estimé. En effet, il incorpore uniquement les frais directs, à l'exclusion de ceux liés aux services support de la CANSSM. Or, ces derniers ont aujourd'hui pour finalité essentielle de concourir à l'offre de soins. En tenant compte des frais de siège, l'offre de soins est à l'origine de la quasi-totalité du déficit global du régime minier (-89 M€ en 2015).

Au regard de l'ampleur réelle de son déficit, un retour à l'équilibre de l'offre de soins apparaît hors d'atteinte en l'état :

- son pilotage repose sur des informations lacunaires et les mesures de réorganisation engagées depuis quelques années s'avèrent encore insuffisantes ;
- les coûts salariaux sont très élevés. Les conventions collectives à référence minière (près de 3 300 agents à fin 2015) comportent des écarts de coûts par rapport à celle des établissements hospitaliers à but non lucratif et la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, les modalités de rémunération des médecins des centres de santé sont particulièrement favorables ;
- les sureffectifs restent importants, en particulier pour les personnels techniques et administratifs des services support et des structures de soins (1 070 à fin 2015, soit un tiers des effectifs de la CANSSM).

La caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines : une survie artificielle, une suppression à organiser

Organiser la fermeture de la caisse des mines

Transformée en simple gestionnaire d'une offre de soins, la caisse des mines n'exerce plus aujourd'hui les missions qui fondent la qualité d'une institution de sécurité sociale.

Dès lors que les droits des assurés sont garantis par la loi, que les prestations sont assurées par d'autres entités et que le financement du régime repose pour l'essentiel sur l'État (risque vieillesse) et sur le régime général (risque maladie), il convient d'en préparer la suppression.

La fixation d'un objectif de fermeture rapide de la CANSSM apparaît nécessaire pour lever le principal obstacle à la mobilité de son personnel. Une période de transition de l'ordre de trois ans faisant suite à la convention d'objectifs et de gestion avec l'État qui doit s'achever en 2017 devrait permettre d'organiser le transfert des personnels vers d'autres acteurs de la sphère sociale, en tenant compte des perspectives démographiques de la caisse (plus de la moitié des agents a plus de 50 ans) et des considérations statutaires (un tiers des agents relèvent des conventions collectives nationales du régime général).

Il convient au cours de cette période de transition de restructurer plus activement l'offre de soins, en assurant la transparence des coûts complets des structures et en examinant la pertinence de chaque composante et implantation.

La pérennité des structures viables de l'offre de soins serait assurée par une externalisation de leur gestion. Plusieurs modalités seraient envisageables selon les activités et les territoires :

- un transfert de tout ou partie des établissements sanitaires et médico-sociaux aux unions d'établissements de la branche maladie du régime général (UGECAM) ;
- des transferts à des associations locales ;
- l'affectation de certaines composantes à une structure *ad hoc* inspirée du régime des fondations et ouverte le cas échéant à d'autres partenaires publics ou privés à but non lucratif.

Recommandations

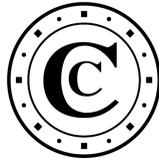
57. procéder à la fermeture de la caisse des mines à un horizon de cinq ans ;

58. amplifier par priorité la restructuration de l'offre de soins dans un objectif d'externalisation de la gestion de ses composantes ayant vocation à être pérennisées ;

59. gérer dans cette perspective en coûts complets les structures de soins en incluant la totalité des frais de structure qui s'y attachent ;

60. mettre en œuvre une gestion active des ressources humaines afin d'assurer le transfert des agents en surnombre vers d'autres employeurs publics et privés ;

61. transformer la subvention de l'État à la branche vieillesse en subvention d'équilibre et organiser l'amortissement par la CADES de la dette du régime.



Annexe : le suivi des recommandations formulées par la Cour

Un suivi permanent par la Cour des suites données à ses recommandations

Les recommandations intéressant la sécurité sociale que formule la Cour dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale et dans ses autres publications (rapport public annuel, rapports publics thématiques, communications au Parlement et référés aux ministres) dessinent autant de pistes possibles de réflexion et d'action pour le Parlement, le gouvernement et les organismes de sécurité sociale.

Dans ses rapports annuels sur la sécurité sociale, la Cour examine les suites qui leur ont été données :

- en réexaminant systématiquement trois sujets : la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;

- en revenant à un rythme régulier sur d'autres sujets déjà traités dans de précédents rapports. Dans le présent rapport, c'est le cas de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé des assurés atteints d'une affection de longue durée, des soins dentaires et des systèmes d'information hospitaliers ;

- en analysant les suites données aux recommandations contenues dans ses trois derniers rapports.

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

Sur les 211 recommandations formulées dans les rapports 2013, 2014 et 2015, sur la sécurité sociale, 57 % comportent à ce jour une mise en œuvre, proportion qui augmente avec leur ancienneté.

Parmi ces recommandations, la plupart a fait l'objet d'une mise en œuvre incomplète (27 %) ou leur mise en œuvre est en cours, parfois avec d'importants délais (26 %). La part réduite des recommandations intégralement suivies (4 %) résulte des difficultés d'acceptation que peuvent rencontrer les réformes et des préalables à leur application.

La proportion de recommandations comportant un degré de mise en œuvre varie selon les domaines : de 67 % pour le pilotage et la gouvernance du système de santé et les retraites à 44 % pour les finances et ressources de la sécurité sociale, en passant par 63 % pour les dépenses d'assurance maladie relatives à la ville, 56 % pour celles ayant trait à l'hôpital et 61 % pour l'organisation et la gestion de la sécurité sociale.

Annexe : le suivi des recommandations formulées par la Cour

Des évolutions sensibles sur certains points par rapport à 2015

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comportent plusieurs mesures se traduisant par la mise en œuvre au moins partielle de certaines recommandations.

Ainsi, les ministres compétents peuvent désormais fixer des lignes directrices aux négociations conventionnelles conduites par l'assurance maladie, les conventions peuvent ou doivent désormais comporter des adaptations régionales sur certains points et la possibilité de mettre en place un conventionnement sélectif des professionnels libéraux de santé au plan territorial est étendue à trois autres professions que les infirmiers : chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes. S'agissant des médecins, les pouvoirs publics ont souhaité s'en tenir à des incitations.

Les outils de la réorganisation de l'offre de soins sont renforcés. Chaque agence régionale de santé doit désormais établir un schéma régional de santé comportant des objectifs opérationnels couvrant l'ensemble des composantes de l'offre de soins et médico-sociale. Le Gouvernement a été habilité à réviser par la voie d'ordonnances les différents dispositifs d'autorisation des activités de soins et des équipements lourds (image-rie notamment). Tous les établissements publics de santé doivent désormais adhérer à un groupement hospitalier de territoire, dans le cadre duquel

certaines activités et fonctions support sont obligatoirement mutualisées et d'autres sont redéployées.

Par ailleurs, le comité économique des produits de santé a désormais la faculté de négocier des accords permettant de faire baisser les tarifs opposables et, le cas échéant, les prix des dispositifs médicaux.

Un nombre réduit de recommandations écartées par les pouvoirs publics, mais portant sur des enjeux importants

Les recommandations non retenues par les pouvoirs publics sont peu nombreuses (14 au total pour les trois derniers rapports), mais portent sur des enjeux intéressants notamment la gouvernance financière de la sécurité sociale : transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de financement de la protection sociale élargie aux régimes conventionnels de retraites complémentaires, soumettre à une discussion conjointe par le Parlement les volets « recettes » des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale, intégrer les allègements de cotisations sociales à leur barème, intégrer les indemnités journalières maternité à l'ONDAM, mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille, 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 financière entre lesdites professions pour les retraites complémentaires.

Annexe : le suivi des recommandations formulées par la Cour

Un exemple de mise en œuvre totale d'une recommandation : le resserrement du réseau du régime social des indépendants

Dans son rapport 2014, la Cour avait souligné que la plupart des caisses du RSI n'avaient pas une taille critique suffisante pour exercer leurs missions dans des conditions efficaces.

À compter de 2019, le RSI ne comptera plus que 13 caisses au lieu de 30 auparavant.

L'illustration d'une mise en œuvre en cours : la régulation des dépenses d'optique

Plusieurs recommandations formulées par la Cour dans son rapport de 2014 afin de faire baisser les prix de l'optique et responsabiliser davantage les assurances complémentaires dans la régulation des dépenses (elles en prennent en charge 68 %) sont en cours de mise en œuvre.

En 2014, des plafonds ont été fixés à la prise en charge des dépenses d'optique dans le cadre des contrats d'assurance « responsables » qui bénéficient d'aides fiscales et sociales. De plus, la prise en charge est désormais limitée à une paire de lunettes tous les deux ans, sauf exception.

En outre, les assurances complémentaires ont désormais la faculté de moduler le niveau de prise en charge des dépenses en fonction de l'appartenance ou non de l'opticien à un réseau de soins.

Par ailleurs, plusieurs mesures ont été adoptées afin de favoriser l'ouverture du marché à l'e-commerce et à la diffusion en grande surface.

Un cas de mise en œuvre incomplète : les délégations de gestion aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants

Dans son rapport 2014, la Cour avait souligné la qualité hétérogène du service rendu - déplorables pour certaines mutuelles d'étudiants -, l'importance des efforts restant à accomplir en matière de productivité et le niveau élevé des remises de gestion versées par l'assurance maladie aux mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants qui bénéficient de par la loi d'une délégation de gestion des prestations en nature d'assurance maladie.

Les recommandations de la Cour tendant à reconsidérer le principe de la gestion déléguée ou, à défaut, à donnant aux assurés concernés un droit d'option entre la mutuelle et la CPAM de leur domicile n'ont pas été retenues.

En revanche, le montant total des remises de gestion versées à des mutuelles doit baisser de 365 M€ en 2013 à 312 M€ en 2017, avant prise en compte du transfert à l'assurance maladie de l'essentiel des tâches de gestion de la LMDE (baisse des remises de 49 M€). Cette opération permet à l'assurance maladie de réaliser des économies, mais maintient en vie une structure désormais vidée pour l'essentiel de tout contenu propre de tâches de gestion. Au vu de l'ampleur des dérives constatées, le maintien du « régime étudiant » devrait être reconsidéré.

Annexe : le suivi des recommandations formulées par la Cour

Une situation de refus de mise en œuvre : la permanence des déficits du fonds de solidarité vieillesse

Fonds de financement d'une partie des avantages non contributifs de retraite, le FSV est lui-même sous-financé.

Contrairement aux recommandations de la Cour, son déficit massif depuis 2009 ne s'est pas réduit, en raison non tant de l'augmentation des prises en charge de cotisations des chômeurs que de réductions des ressources qui lui sont affectées. Après s'être replié de

-4,1 Md€ en 2012 à -2,9 Md€ en 2013, il a ainsi atteint -3,5 Md€ en 2014, puis -3,9 Md€ en 2015. Il se stabiliserait à ce même niveau en 2016.

Cette situation distingue le FSV de la branche vieillesse du régime général, dont le déficit s'est réduit de -4,8 Md€ en 2012 à -0,3 Md€ et pourrait laisser place à un léger excédent en 2016. Pour l'essentiel, le déficit de la branche vieillesse est ainsi désormais situé au FSV.