

Annexe 1

Récapitulatif des recommandations

PREMIÈRE PARTIE**UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT DES COMPTES
SOCIAUX À AFFERMIR**

RECOMMANDATIONS

Chapitre I – La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : une réduction plus ralentie qu’attendu des déficits, une trajectoire de redressement très fragile

1. renforcer les mesures structurelles d’économies, telles que celles recommandées en divers chapitres du présent rapport, afin de réduire durablement le rythme de progression des dépenses et conforter les prévisions de retour à l’équilibre des comptes sociaux d’ici 2017 ;

2. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale une évaluation a posteriori du rendement effectif des mesures nouvelles adoptées l’année précédente ;

3. mettre fin au sous-financement structurel du FSV (recommandation réitérée).

Chapitre II – Les tableaux d’équilibre et le tableau patrimonial relatifs à 2013 : avis sur la cohérence

4. améliorer l’information procurée sur les résultats effectifs de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général en intégrant une rubrique propre au fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans les tableaux d’équilibre de l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale d’une part et du régime général de sécurité sociale d’autre part (recommandation réitérée) ;

5. assurer une information appropriée du Parlement sur la formation des soldes retracés par les tableaux d’équilibre, en mettant fin aux contractions injustifiées de produits et de charges et en intégrant à l’annexe 4 au projet de loi de financement des informations d’un niveau de détail approprié sur la consistance, l’évolution et les écarts par rapport aux prévisions des produits et des charges (recommandation réitérée).

Chapitre III – L’objectif national de dépenses d’assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

6. déterminer la base de référence de l’ONDAM à partir du résultat de l’exécution de l’année n-2 après dénouement des provisions ;

7. insérer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM comportant toutes les informations nécessaires sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation ;

8. en fonction des tendances observées, différencier davantage les taux d'évolution des sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier ;

9. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie.

Chapitre IV – La lutte contre les fraudes aux cotisations sociales : des enjeux sous-estimés, une action à intensifier

10. procéder à intervalle régulier à une estimation de la fraude aux cotisations sociales, selon une méthodologie rigoureuse et harmonisée appliquée à un champ exhaustif ;

11. renforcer les moyens d'action des organismes sociaux contre la fraude aux cotisations, notamment en renforçant leurs pouvoirs d'investigation, en les dotant de nouveaux outils plus efficaces en matière de recouvrement des montants redressés et en augmentant fortement les pénalités ;

12. mettre en place sans délai le contrôle par les URSSAF des cotisations aux régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés ;

13. mobiliser fortement la MSA sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux cotisations par la fixation d'objectifs spécifiques, accompagnée de la révision de ses procédures et d'une réorganisation de ses moyens ;

14. faire de la lutte contre la fraude aux cotisations une priorité du RSI, en restaurant sans délai une politique d'ensemble fixant aux caisses locales des objectifs de taux de contrôle, de redressement et de recouvrement ;

15. constituer dans la branche recouvrement du régime général, en tant que de besoin, des équipes inter-régionales de lutte contre la fraude et créer une direction nationale d'enquête chargée de combattre la « grande fraude » celle qui concerne les grandes entreprises.

DEUXIÈME PARTIE**DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE À
MODERNISER POUR UN PILOTAGE PLUS EFFICACE DES
FINANCES SOCIALES**

RECOMMANDATIONS

Chapitre V – Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir

16. transformer la loi de financement de la sécurité sociale en une loi de la protection sociale obligatoire élargie aux régimes sociaux conventionnels pour couvrir l'ensemble du champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) ;

17. distinguer une « loi de résultat » de la sécurité sociale, présentée dans un calendrier convergeant avec celui de la loi de règlement et une loi de financement à l'automne portant sur l'exercice en cours et à venir ;

18. articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant un volet commun de discussion des volets recettes du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale (recommandation réitérée) ;

19. supprimer la possibilité de faire reprendre les déficits structurels de la sécurité sociale par un organisme comme la CADES, une fois les comptes sociaux revenus à l'équilibre ;

20. décliner l'ONDAM pluriannuel en sous-objectifs assortis des mesures nécessaires à leur respect ;

21. mettre en œuvre un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille ;

22. présenter dans la loi de financement de la sécurité sociale des projections pluriannuelles en termes de soldes et d'efforts structurels pour les régimes obligatoires de base.

Chapitre VI – Les prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale : une fiabilité à renforcer, un suivi à mieux assurer

23. publier, comme pour le budget de l'État et au moins trimestriellement, des données relatives à l'exécution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale et développer des indicateurs avancés

permettant de prendre en temps utile d'éventuelles mesures correctrices pour respecter les objectifs des lois de financement ;

24. systématiser et formaliser l'examen a posteriori des prévisions, y compris celles portant sur les mesures nouvelles, en les confrontant avec la réalité observée et en analysant les origines des écarts afin d'améliorer le processus de prévision et en en reprenant les résultats dans une annexe de la loi de financement de la sécurité sociale ;

25. procéder à l'audit des modèles de prévision et de simulation des organismes de sécurité sociale et introduire systématiquement dans les conventions d'objectifs et de gestion conclues avec eux des objectifs spécifiques d'amélioration à cet égard ;

26. préciser, dans un document de référence rendu public, le rôle et les obligations de chacun des intervenants dans le processus de prévision et de suivi et tenir à jour un répertoire des méthodes employées.

TROISIÈME PARTIE

DES DÉPENSES DE VILLE À RÉGULER BEAUCOUP PLUS VIGOUREUSEMENT

RECOMMANDATIONS

Chapitre VII – L'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster

27. prendre en considération les informations les plus récentes sur l'exécution en cours des soins de ville au moment de la fixation de la nouvelle base ;

28. éliminer les biais de construction pouvant conduire à une surévaluation du tendancier et vérifier la crédibilité de la prévision au regard des ruptures de tendance observables, notamment dans les domaines du médicament et des indemnités journalières, à cette fin, utiliser des données exogènes ;

29. réserver l'appellation de « mesures d'économies » aux mesures discrétionnaires décidées par les pouvoirs publics pour la maîtrise de la dépense et ne pas l'appliquer aux écarts constatés par rapport à une croissance tendancielle de la dépense au caractère largement conventionnel, en l'absence d'une évaluation précise de l'effet des mesures prises ;

30. documenter à destination des parlementaires les méthodes, les hypothèses et les conventions qui président à la fixation du tendancier, à l'évaluation de l'effet de report des mesures antérieures et à celle des

mesures d'économies nouvelles ; indiquer également la sensibilité des projections à ces hypothèses.

Chapitre VIII – Les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficacité de la dépense

31. mettre en place un pilotage national plus intégré, permettant à l'État de cadrer les orientations stratégiques des politiques conventionnelles, d'en suivre l'exécution et de mieux articuler les actions des différents acteurs ;

32. développer de façon prioritaire les approches interprofessionnelles pour une plus grande efficacité des soins de premier recours ;

33. recentrer les politiques conventionnelles sur les enjeux essentiels (rémunérations, accès aux soins, maîtrise médicalisée des dépenses) dans le cadre de négociations moins nombreuses et moins éclatées ;

34. étendre, dans les zones de surdensité, le conventionnement conditionnel à toutes les professions, y compris aux médecins, pour mieux équilibrer la répartition des professionnels sur le territoire ;

35. lier plus étroitement l'ensemble des modes de rémunération, hors rémunération à l'acte, (forfaits, rémunération à la performance, avantages sociaux) à une meilleure organisation des soins de ville en les modulant en fonction des résultats atteints ;

36. en particulier, moduler la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie en fonction de la densité des professionnels de santé sur un territoire donné (recommandation réitérée) ;

37. évaluer systématiquement les conditions de mise en œuvre des actions conventionnelles et les résultats obtenus au regard des objectifs ;

Chapitre IX – La diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés

38. responsabiliser les médecins en les informant sur le volume et le coût de leur prescription en fonction des caractéristiques de leur patientèle et sur les économies rendues possibles par une évolution de leurs comportements de prescription ;

39. élargir les objectifs de prescriptions en génériques liées à la rémunération sur objectifs de performance, les compléter par des objectifs de taux de prescription en dénomination commune internationale et moduler à la baisse le montant de cette rémunération en cas de non-atteinte de ces objectifs ;

40. *supprimer à terme le répertoire des médicaments génériques ;*

41. *redéfinir les modalités de rémunération des pharmaciens en révisant progressivement à la baisse les incitations en faveur des génériques et en allant vers une rémunération davantage forfaitaire et moins dépendante du volume des ventes; dans ce cadre, réformer notamment la rémunération sur objectifs de santé publique liée aux génériques;*

42. *conclure des accords prix-volume avec les producteurs de génériques dans le cadre d'un plan de développement de ces médicaments ;*

43. *mettre en œuvre des baisses des prix ciblées sur les classes thérapeutiques les plus coûteuses pour l'assurance maladie et un alignement automatique de prix pour les médicaments sans amélioration du service médical rendu ;*

44. *développer des campagnes régulières d'information des assurés sociaux sur les médicaments génériques.*

Chapitre X – Les dispositifs médicaux : une dépense non maîtrisée

45. *déterminer sur la période 2015-2017 un objectif de régulation de la dépense de dispositifs médicaux ;*

46. *renforcer la légitimité et les moyens du comité économique des produits de santé sur ce champ pour lui permettre d'assurer la mise en cohérence des acteurs publics et une régulation rigoureuse de la dépense ;*

47. *réduire significativement la liste en sus et rétablir la fixation d'un taux prévisionnel d'évolution de la dépense résultant de celle-ci ;*

48. *ouvrir certains marchés (dispositifs standardisés à fort volume) à une concurrence accrue en expérimentant des procédures nationales d'appel d'offres ;*

49. *mettre en œuvre une procédure allégée de révision des lignes génériques ;*

50. *procéder dans un délai rapproché à des baisses de prix significatives de certaines catégories de dispositifs médicaux ;*

51. *mettre sous entente préalable les dispositifs médicaux à forts enjeux et sous accord préalable les gros prescripteurs ;*

52. *expérimenter une démarche de définition de produits génériques sur quelques dispositifs simples et aisément substituables.*

QUATRIÈME PARTIE**DES GAINS D'EFFICIENCE À MOBILISER PLUS FERMEMENT
À L'HÔPITAL**

RECOMMANDATIONS

Chapitre XI – Les projets régionaux de santé : un cadre peu opérationnel

53. *simplifier les conditions d'élaboration des projets régionaux de santé autour d'un nombre limité de priorités ;*

54. *assortir obligatoirement ces dernières d'un chiffrage financier des actions inscrites au projet, compatible avec les contraintes de l'ONDAM ;*

55. *faire de l'observatoire régional de santé (ORS) l'opérateur de référence chargé de réaliser une observation globale et continue, ouverte à l'ensemble des acteurs en santé publique ;*

56. *supprimer les conférences de territoire ;*

57. *subordonner l'engagement d'actions de santé publique par les organismes locaux d'assurance maladie à l'accord des ARS ;*

58. *permettre un accès complet des ARS aux données du SNIIRAM.*

Chapitre XII – Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser

59. *généraliser les nouveaux modes d'organisation interne des urgences qui ont fait preuve de leur efficacité (notamment circuits courts, mise en place de gestionnaires de lits, admissions directes en gériatrie) ;*

60. *faire évoluer la tarification en vue d'améliorer l'efficacité des urgences, sur la base, notamment, de comparaisons des coûts de prise en charge à l'hôpital et en ville des patients nécessitant une simple consultation (recommandation réitérée) ;*

61. *mesurer et analyser les « passages évitables » aux urgences de patients dont la prise en charge aurait pu être assurée en ville ;*

62. *renforcer la permanence des soins ambulatoires par le développement des maisons médicales de garde ;*

63. *développer la prise en charge en ville des soins non programmés, dans le cadre notamment de maisons de santé pluri-professionnelles dotées d'un plateau technique léger.*

Chapitre XIII – L'assurance maternité : une place à clarifier

64. intégrer les indemnités journalières maternité dans l'ONDAM ;

65. redéfinir la place et le périmètre de l'assurance maternité, soit par intégration à garanties inchangées au sein du risque maladie, soit par constitution à côté de l'assurance maladie d'une assurance maternité plus cohérente, plus complète et plus fermement pilotée ;

66. dans les établissements de santé, accélérer la diminution de la durée moyenne de séjour pour la faire converger avec celle constatée à l'étranger et redéfinir en conséquence les modalités de tarification de l'accouchement et de la naissance pour faire bénéficier l'assurance maladie des économies en résultant ;

67. conditionner à cette fin le déploiement du programme PRADO à l'identification précise des économies qui pourront être dégagées ;

68. modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal (recommandation réitérée).

Chapitre XIV – Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire

69. se doter des outils nécessaires à un suivi précis et régulier de l'évolution de la masse salariale et de ses déterminants et en particulier des effectifs médicaux et non médicaux, appuyé sur une connaissance précise des données et projections démographiques ;

70. identifier en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale les conséquences sur l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie de toute décision impactant les dépenses de personnel des hôpitaux publics ;

71. élaborer un programme national d'efficience destiné à optimiser l'organisation et la gestion des effectifs et des temps de travail, incluant un objectif pluriannuel d'économies et s'appuyant sur un dispositif d'accompagnement des établissements ;

72. inciter les hôpitaux à la renégociation des accords locaux sur le temps de travail pour mettre en conformité la durée effective du temps de travail avec la durée légale ;

73. donner instruction aux agences régionales de santé d'exercer un rôle beaucoup plus actif en matière de suivi et de régulation des dépenses de personnel des hôpitaux de leur ressort, en utilisant à cette fin

l'ensemble des leviers juridiques et financiers dont elles disposent et en intensifiant les restructurations porteuses de réels gains de productivité ;

74. mettre en œuvre une modulation, neutre sur le plan budgétaire, des rémunérations des médecins en fonction de la performance.

Chapitre XV – Les dépenses de personnel des cliniques privées une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître

75. accompagner la création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie d'une information plus complète et plus détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les différentes composantes de la dépense de personnel des cliniques privées, y compris les honoraires (à tarifs opposables et dépassements) perçus par les professionnels libéraux pour leur activité en cliniques ;

76. adapter en conséquence les dispositifs de suivi et d'analyse de ces dépenses ;

77. développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse les comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif ;

78. publier le décret d'application de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique pour rendre effective l'obligation de transmission par les cliniques de leurs comptes aux agences régionales de santé.

CINQUIÈME PARTIE

LES RETRAITES DES INDÉPENDANTS : LA NÉCESSITÉ D'UN EFFORT CONTRIBUTIF ACCRU

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVI – Les retraites des artisans et des commerçants : une soutenabilité menacée, un poids croissant pour la collectivité nationale

79. renforcer l'effort contributif des cotisants, notamment par l'alignement progressif du taux de la cotisation déplaçonnée sur celui des salariés ;

80. éviter le risque d'un sous-financement chronique de la dotation d'équilibre de la CNAVTS aux régimes de retraite des commerçants et artisans dans le contexte de la suppression de la C3S en compensant cette

charge par des recettes à même de répondre à l'accroissement tendanciel de leur déficit ;

81. anticiper suffisamment les modalités de mise en œuvre de la liquidation unique pour éviter toute difficulté à l'échéance fixée du 1^{er} janvier 2017 et, en cas de risque, décaler cette dernière ;

82. procéder à cette occasion à la fusion des régimes de retraite de base des commerçants et des artisans ;

83. faire procéder, dans le cadre de la préparation de la prochaine convention d'objectifs et de gestion, à un audit externe des modalités de gestion des réserves financières du régime complémentaire.

SIXIÈME PARTIE

DES PROGRÈS INDISPENSABLES DANS LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RECOMMANDATIONS

Chapitre XVII – Le réseau du régime social des indépendants : une réorganisation à achever

84. développer les mutualisations entre caisses par la centralisation accrue de l'affiliation, le maintien de services contentieux partagés et la reconsidération du mode de rattachement des professions libérales ;

85. réorganiser significativement le réseau des caisses pour renforcer sensiblement la qualité du service aux assurés et diminuer les coûts de gestion ;

86. accompagner les regroupements à venir en facilitant la mobilité des personnels.

Chapitre XVIII – Le recouvrement des cotisations sociales en Corse : une crédibilité à établir

87. systématiser les coopérations entre les caisses insulaires et les organismes continentaux pour mieux professionnaliser les activités de recouvrement des cotisations ;

88. restaurer le droit commun des cotisations sociales en Corse en mettant en œuvre avec détermination l'ensemble des voies de recouvrement forcé et en évitant tout nouveau plan de « désendettement social ».

Chapitre XIX – La gestion des personnels de direction des organismes de sécurité sociale : une stratégie à construire

89. *moduler plus rigoureusement la rémunération des agents de direction en fonction de l'atteinte des objectifs qui leur sont fixés ;*

90. *déterminer au niveau national un taux-cible d'encadrement supérieur pour les différentes branches et régimes en fonction de leurs spécificités organisationnelles et dimensionner en conséquence les flux de recrutement d'ADD, en y intégrant, comme déjà recommandé par la Cour, les caisses de retraite des professions libérales ;*

91. *donner aux directeurs des caisses nationales la pleine responsabilité d'employeur des cadres dirigeants de leur réseau, en modifiant, par la loi, les modalités de leur nomination et de cessation de fonction et en instituant une relation contractuelle de salariat entre ces personnels et la caisse nationale ;*

92. *favoriser une gestion plus transversale des ADD :*

- *en créant un centre de ressources dirigeantes inter-régimes ;*
 - *en ouvrant les perspectives professionnelles des ADD par l'institution d'une mobilité obligatoire pour accéder à des postes de direction de classe 2 et par le développement de passerelles vers les trois fonctions publiques ;*
 - *en construisant une politique de formation continue, d'évaluation et de définition de parcours professionnels permettant de garantir l'adéquation des compétences et des qualifications aux besoins des régimes et d'envisager à terme rapproché la suppression de la liste d'aptitude.*
-