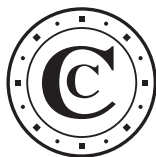


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Synthèse

Octobre 2021

 **AVERTISSEMENT**

Le présent document a pour objet de faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage cette dernière. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont intégrées au rapport de la Cour.

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

Sommaire

Présentation	5
1 Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale	7
1 - La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire	8
2 - Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer	12
3 - Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover	14
2 Sortir des modes de gestion de crise	19
1 - Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats	19
3 - La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins	24
4 - Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants	26
3 Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion	29
1 - Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services	29
2 - La e-prescription médicale : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir	31

Sommaire

3 - La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser	35
4 - Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, des performances de gestion contrastées	37

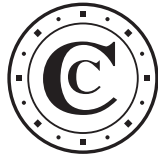
Présentation

Les conséquences de la crise sanitaire affecteront durablement la situation des finances publiques, et en particulier celle des finances sociales. Proches de l'équilibre en 2019, les régimes de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont subi en 2020 un déficit d'ampleur inédite (39,7 Md€). Selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, ils connaîtront en 2021 un déficit toujours très élevé (34,8 Md€ de déficit prévisionnel).

Au-delà de 2021, selon le programme de stabilité transmis au printemps à la Commission européenne, l'objectif du Gouvernement est de réduire, sans hausses d'impôts, les déficits publics issus de la crise et de stabiliser le ratio de dette publique, puis d'initier, sa décade d'ici 2027. La Cour constate cependant que les conditions du redressement des finances sociales restent à définir. Il lui semble nécessaire de l'organiser sur la base de réformes à engager notamment dans les domaines de la retraite et de la santé.

Le présent rapport, successivement :

- procède à l'analyse approfondie de la situation des comptes sociaux et formule des recommandations portant, d'une part, sur des voies d'amélioration possibles du contenu et des modalités d'élaboration des lois de financement de la sécurité sociale, et d'autre part, sur les conditions permettant une maîtrise plus efficace, dans la durée, de l'évolution des dépenses d'assurance maladie (partie I) ;
- tire les premiers bilans de la gestion de la sécurité sociale durant la crise sanitaire en soulignant que, globalement, si les réponses apportées à la crise ont été utiles, elles l'ont été le plus souvent dans des conditions dérogatoires et selon des règles d'exception dont il convient désormais de sortir pleinement (partie II) ;
- illustre, à travers quatre exemples, la nécessité de relancer les chantiers de réforme ou de modernisation de la gestion, qui ont dû être suspendus ou ralentis durant la crise sanitaire (partie III).



1 Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Rapporté au PIB, le déficit public de la France est, en 2020, le sixième plus élevé parmi les 19 pays de la zone euro, près de deux points de PIB plus haut que la moyenne mesurée pour ces pays, et cinq points de PIB plus haut que celui de l'Allemagne.

La crise sanitaire, qui a frappé tous les pays avec une intensité diverse, n'est pas la seule explication de cette situation. Avant le début de la crise, la France disposait, en raison des niveaux du déficit et de la dette publics, de moins de marges de manœuvre que la plupart de ses partenaires européens. En 2019, le taux des prélèvements obligatoires atteignait en France 45,5 % du PIB, soit le taux le plus élevé de l'Union européenne, plus de cinq points de PIB au-dessus de celui de la moyenne de la zone euro (40,4 %) et de l'Allemagne (40,3 %). Les dépenses publiques françaises étaient également les plus élevées de l'Union européenne, atteignant 55,5 points de PIB, soit 8,8 points de PIB au-dessus de la moyenne des pays de l'Union (46,6 points).

Sur vingt ans, entre 2000 et 2019, l'augmentation de la part des dépenses publiques dans le PIB (+ 4,5 points) s'explique par l'évolution des dépenses sociales : + 2,8 points pour les dépenses de retraite et + 1,7 points pour les dépenses publiques de santé. Dans le rapport remis au Premier ministre¹ relatif à la stratégie de finances publiques dans le contexte de la sortie de crise sanitaire, la Cour a souligné la nécessité de consolider les finances publiques, notamment par une modération de la progression des dépenses sociales. Les deux premiers domaines pour lesquels elle recommande d'agir sont ceux de l'assurance vieillesse, aspect qui n'est pas développé dans le présent rapport, et celui de l'assurance maladie, enjeu illustré par plusieurs chapitres.

Avec la baisse des recettes intervenue en 2020 et compensée partiellement depuis lors, la forte augmentation depuis 2020 des dépenses d'assurance maladie liées directement et indirectement à la crise sanitaire est à l'origine d'un déséquilibre profond et singulier des comptes sociaux, dont

¹ Cour des comptes, « Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise », juin 2021.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

l'analyse est l'objet du premier chapitre du rapport (chapitre I).

Pour contribuer à mieux maîtriser l'évolution des dépenses sociales, des améliorations de l'organisation et du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale pourraient être utiles (chapitre II). Apparaît également indispensable une articulation plus rigoureuse entre les objectifs de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et les actions visant à une meilleure satisfaction des besoins de santé de la population par des soins plus pertinents et de qualité (chapitre III).

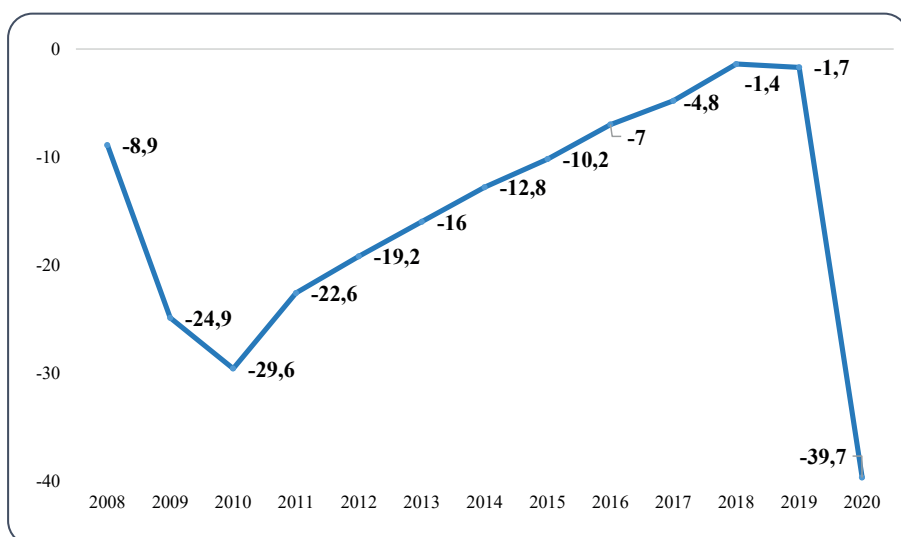
1 - La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire

La crise de la covid 19 est à l'origine d'une rupture durable dans la trajectoire financière de la sécurité sociale.

En 2020, une dégradation inédite des comptes sociaux

En 2020, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a atteint 39,7 Md€, soit 1,7 % du PIB, dont 38,7 Md€ pour le régime général et le FSV. Ce déficit dépasse celui enregistré en 2010 (1,5 % du PIB), à la suite de la récession économique provoquée par la crise financière de 2008-2009.

Évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV (2008-2020, en Md€)



Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Par rapport à la prévision de la LFSS 2020, le déficit du régime général et du FSV a augmenté de 33,2 Md€ (de 36,8 Md€ par rapport à 2019). Toutes les branches de sécurité sociale ont enregistré des déficits, même les branches famille et AT-MP, structurellement excédentaires. C'est la branche maladie qui a enregistré le déficit le plus lourd (30,4 Md€).

La hausse du déficit en 2020 résulte de la conjonction d'évolutions défavorables affectant à la fois les recettes et les dépenses.

Les recettes du régime général et du FSV ont chuté de 11,8 Md€ (soit - 2,9 %) par rapport à 2019 et de - 18,8 Md€ (- 4,6 %) par rapport à la prévision de la LFSS 2020, du fait :

- de la chute de l'activité économique (- 7,9 %) et de la baisse de l'emploi (- 1,2 %) ;
- du recours massif à l'activité partielle soumise à des prélèvements sociaux réduits (absence de cotisations patronales et taux de CSG de 6,2 % contre 9,2 % pour les revenus d'activité) et qui a concerné en moyenne mensuelle trois millions de salariés en 2020 ;
- de la décision gouvernementale de réduire de moitié la base des revenus professionnels sur lesquels ont été appelés en 2020 les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, afin d'alléger leur trésorerie ;
- de la hausse des provisions pour risques de non recouvrement des créances des Urssaf sur les entreprises et les travailleurs indépendants, passées de 1,6 Md€ en 2019 à 7,5 Md€ en 2020.

À l'inverse, les dépenses ont augmenté de 24,9 Md€ (+ 6,2 %) par rapport à 2019, dont 14,6 Md€ de dépassement de la prévision inscrite en LFSS 2020, pour l'essentiel au titre de la branche maladie. L'objectif de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été dépassé de près de 14 Md€ et a ainsi progressé de 9,5 % par rapport à 2019, contre une hausse prévue de 2,45 %.

En effet, la crise sanitaire a entraîné des dépenses supplémentaires : achats de masques et d'autres équipements de protection individuelle, tests de dépistage, compensation des surcoûts de fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux (dont les primes « covid ») et indemnités journalières spécifiques. En outre, les dépenses d'indemnités de droit commun ont dérapé. Par ailleurs, les mesures de revalorisation salariale dans les établissements de santé et médico-sociaux prévues par les accords du « Ségur de la santé » ont été à l'origine, en 2020, de 1,4 Md€ de dépenses supplémentaires.

En 2021, une réduction limitée du déficit

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit une faible diminution du déficit du régime général et du FSV : en 2021, il s'élèverait à 34,6 Md€, dont 30 Md€ pour la branche maladie.

Le fort rebond de l'activité économique, de l'emploi et de la consommation tire les recettes à la hausse (+ 7,9 %).

Toutefois, les dépenses augmenteraient presque aussi vite. En 2021, les mesures du « Ségur de la santé » montent en charge (+ 7,9 Md€ prévu). En outre,

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

les surcoûts bruts liés directement à la crise sanitaire (14,8 Md€) sont très largement supérieurs à la prévision initiale (4,3 Md€). Cela résulte notamment des dépenses liées à la vaccination (près de 5 Md€), mais aussi du coût des tests de dépistage (plus de 6 Md€).

Définir une trajectoire de retour à l'équilibre axée sur la maîtrise des dépenses

Fin 2021, la dette sociale portée par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) pourrait atteindre 166 Md€ (soit 6,8 % du PIB). En deux ans, elle aura progressé de 51 Md€ par rapport à la fin 2019 (115 Md€).

Au-delà de 2021, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit un déficit du régime général et du FSV voisin de 22 Md€ en 2022 et de 15 Md€ en 2023. À partir de 2024, le déficit ne se réduirait plus et stagnerait aux alentours de 13 Md€.

Compte de ces prévisions, le plafond de 92 Md€ d'autorisation de reprise de déficits par la Cades au titre des exercices 2020 à 2023, fixé par la loi du 7 août 2020, ne permettra pas de couvrir le déficit 2023.

Le risque est élevé que le déficit dépasse de manière permanente 10 Md€ à partir de 2024. La crise sanitaire et ses conséquences directes et indirectes ont bouleversé la situation financière de la sécurité sociale.

D'un côté, des pertes définitives de recettes sociales sont inévitables en raison de la baisse de l'activité économique en 2020 et malgré le fort rebond constaté depuis. De l'autre, les dépenses d'assurance maladie seront plus élevées de l'ordre de 30 Md€ par rapport à 2019, au-delà des dépenses directement liées à la crise sanitaire : le « Ségur de la santé » engendrera 12,5 Md€ de dépenses supplémentaires en 2022, soit l'équivalent de 0,5 % du PIB, dont près de 10 Md€ de revalorisations salariales pérennes. D'autres décisions récentes, concernant les hôpitaux, les produits de santé et la médecine de ville contribuent à tirer les dépenses d'assurance maladie à la hausse.

Faire revenir les comptes sociaux à l'équilibre est indispensable afin que les prestations sociales d'aujourd'hui cessent d'être en partie financées par l'emprunt, et donc par les générations futures.

Dans cet objectif, il convient d'affecter à la réduction des déficits – et non à de nouvelles dépenses – tout surcroît de recettes par rapport aux prévisions. Il importe aussi d'engager des actions résolues d'amélioration de l'efficacité des dépenses, notamment dans les domaines de l'assurance maladie et des retraites, afin de réduire significativement leur évolution par rapport à celle qui est aujourd'hui anticipée.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Annexe : avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau Avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2020.

En application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la Cour a vérifié la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de l'ensemble des régimes et organismes constituant la sécurité sociale, relatifs à l'exercice 2020, dernier exercice comptable clos, avant qu'ils ne soient soumis à l'adoption du Parlement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

La Cour s'est assurée de la conformité des informations qui figurent dans ce

compte de résultat et de bilan combinés (consolidés) de la sécurité sociale, avec les données comptables des organismes sociaux, de la correcte élimination des opérations réciproques entre ces derniers et de la qualité de l'information communiquée au Parlement.

La Cour estime que, sous réserve de certaines observations, relatives notamment aux conséquences des opinions qu'elle a émises dans le cadre de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale², les tableaux fournissent une représentation cohérente, d'une part des recettes, des dépenses et du solde (tableaux d'équilibre) et, d'autre part, des actifs et passifs (tableau patrimonial) des entités de sécurité sociale comprises dans leurs périmètres respectifs.

Recommandations

1. Revoir les modalités d'établissement, de validation et de transmission à la Cour des tableaux d'équilibre, du détail des retraitements opérés à partir des comptes des entités comprises dans leur champ, ainsi que des éléments du projet d'annexe 4 qui s'y rapportent, afin que la Cour soit, dans tous les cas, en mesure de communiquer au Parlement ses avis sur leur cohérence dans le délai résultant des dispositions organiques, en vigueur comme projetées, du code de la sécurité

sociale (ministère chargé de la sécurité sociale).

2. (recommandation réitérée) 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 (ministère chargé de la sécurité sociale).

² Compte tenu de leur portée particulière, les incertitudes qui affectent les comptes 2020 de l'activité de recouvrement n'ont pas permis à la Cour d'exprimer une opinion sur ces derniers. S'agissant des branches de prestations du régime général (hors activité de recouvrement), la Cour a formulé six réserves supplémentaires sur leurs comptes 2020 (22 réserves, contre 16 pour 2019). Pour une part, celles-ci sont liées aux constats portant sur les comptes de l'activité de recouvrement. De manière générale, les réserves préexistantes ont été renforcées Cf, [Cour des comptes, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du CPSTI](#), mai 2021.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

2 - Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer

Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ont été instaurées en 1996. Alors que le Parlement a adopté en première lecture une proposition de loi réformant le cadre organique des LFSS, la Cour a souhaité faire connaître ses analyses sur les évolutions qui pourraient être apportées aux LFSS afin d'améliorer le pilotage des dépenses sociales.

Les LFSS, clé de voûte de la gouvernance financière de la sécurité sociale

Chaque année, un projet de LFSS préparé par le Gouvernement soumet à l'automne à l'approbation du Parlement les dépenses, recettes et soldes constatés pour l'année écoulée, les objectifs de dépenses, les prévisions de recettes et les prévisions de solde pour l'année à venir et des objectifs et des prévisions actualisés relatifs à l'année en cours.

Néanmoins, les LFSS pourraient contribuer plus fortement à la transparence des choix relatifs aux politiques et aux finances sociales et au rétablissement de la situation financière de la sécurité sociale.

Des informations destinées au Parlement à enrichir

Les LFSS annuelles de l'automne remplissent une fonction de constatation des résultats de l'année écoulée qui est aujourd'hui négligée. Comme la Cour l'a recommandé, la révision en cours de la loi organique

relative aux LFSS prévoit la création d'une loi d'approbation des comptes de l'année écoulée au printemps, comme c'est le cas pour l'État, afin de mieux évaluer, année après année, l'évolution de l'équilibre et des performances du système de protection sociale.

Cependant, les progrès attendus de la création des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale dépendent pour partie de la communication au Parlement d'informations plus complètes.

Dans les lois d'approbation des comptes, comme dans les LFSS annuelles, les informations relatives aux produits et aux charges gagneraient à être fournies de manière plus fine, par nature ou par régime.

En outre, les annexes aux LFSS devraient mieux expliciter :

- les hypothèses retenues pour la trajectoire de dépenses, de recettes et de solde des quatre années à venir soumise à l'approbation du Parlement ;
- les éléments déterminant l'évolution des dépenses des différentes branches, en distinguant notamment les effets prix des effets volumes ;
- les pertes de recettes, avant éventuelles compensation, liées à des règles dérogatoires de prélèvement (« niches sociales ») ;
- les performances des organismes de sécurité sociale en matière de paiement à bon droit des prestations.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Un cadre de pilotage financier de la sécurité sociale à renforcer

D'autres évolutions des LFSS apparaissent souhaitables :

- la mise en place d'une obligation pour le Gouvernement de déposer, en cours d'année, un projet de loi rectificative en cas de remise en cause substantielle des prévisions votées à l'automne précédent, comme cela est fait régulièrement pour le budget de l'État ;

- l'extension des prévisions à l'ensemble des dépenses de protection sociale, notamment celles d'assurance retraite complémentaire et d'assurance chômage, afin de faire coïncider le champ des LFSS avec celui des administrations de sécurité sociale (ASSO) utilisé dans le cadre

du pilotage global des finances publiques ;

- le renforcement de la cohérence entre les LFSS et la programmation pluriannuelle des dépenses publiques adoptée par le Parlement (lois de programmation des finances publiques) ou transmise à la Commission européenne (programme de stabilité annuel) ;

- l'inclusion dans la loi de financement de prévisions d'efforts et de soldes structurels ;

- le conditionnement de toute nouvelle reprise de dette par la Cades portant sur des déficits prévisionnels à l'adoption d'une trajectoire de redressement des comptes de la sécurité sociale.

Recommandations

3. Afin de garantir la cohérence du pilotage global des dépenses publiques, étendre le champ des lois de financement de la sécurité sociale aux régimes complémentaires et d'assurance chômage et chaîner les objectifs annuels et pluriannuels de dépenses des lois de financement de la sécurité sociale à ceux des documents de cadrage des finances publiques (lois de programmation, rapport économique, financier et social et programme de stabilité) (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

4. Afin d'éclairer les voies du redressement financier de la sécurité

sociale, intégrer des prévisions d'effort et de solde structurels aux lois de financement de la sécurité sociale et des estimations de l'effort et du solde structurels relatifs au dernier exercice clos aux futures lois d'approbation des comptes (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

5. Contribuer au pilotage des objectifs de dépenses fixés par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale et la loi de programmation des finances publiques, en intégrant au projet de loi de financement et au futur projet de loi d'approbation des comptes soumis à l'approbation du Parlement un tableau de synthèse

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

des écarts affectant le solde et un rapport proposant des mesures destinées à les compenser en tout ou partie (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

6. Prévoir une obligation de dépôt d'un projet de loi de financement rectificative lorsque les conditions de l'équilibre financier adopté dans la loi de financement initiale se trouvent remises en cause (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

7. Intégrer les reprises de déficits par la Cades (reprises de dette), lorsque ces opérations portent sur des déficits présentant un caractère prévisionnel, à une trajectoire pluriannuelle de redressement des comptes sociaux, en étendant le domaine exclusif des lois de

financement de la sécurité sociale à ces reprises et en soumettant dans ce cadre au Parlement un rapport documentant des mesures de redressement (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

8. Améliorer les conditions de l'exercice par le Parlement de sa mission constitutionnelle de contrôle des finances sociales, notamment en détaillant à un niveau approprié les dépenses et les recettes par nature, en explicitant l'ensemble des hypothèses sous-jacentes à la trajectoire financière pluriannuelle et en exprimant l'ensemble des données en millions d'euros, dans les projets de loi de financement comme d'approbation des comptes (ministère chargé de la sécurité sociale, ministère chargé de l'économie et du budget).

3 - Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover

En 2020, la Cour a souligné dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale les apports de la mise en place de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et des mécanismes de régulation associés. Elle a souligné néanmoins l'importance de définir une programmation pluriannuelle à même de permettre l'amélioration de la qualité des soins tout en maîtrisant leur coût pour la collectivité.

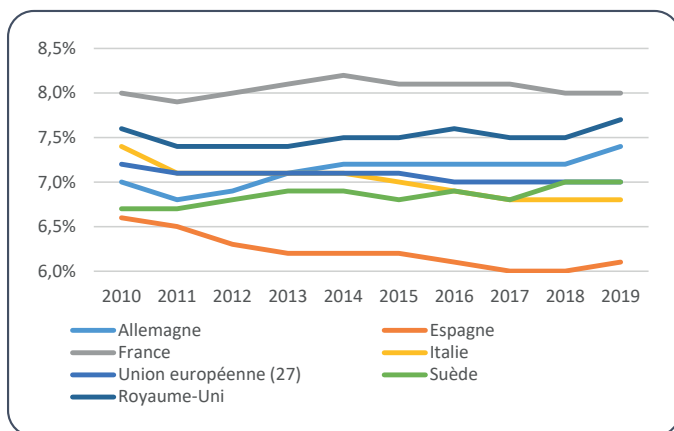
Cette année encore, au vu de l'enjeu et de la difficulté que représentent la mise en œuvre de ces orientations, la Cour a souhaité approfondir la problématique de la régulation des dépenses d'assurance maladie.

L'Ondam, un cadre indispensable à compléter

Pendant une dizaine d'années et jusqu'à la veille de la crise sanitaire, l'Ondam et les outils de régulation associés ont permis de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Elles restent néanmoins, en pourcentage de la dépense nationale, à un niveau très élevé.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Dépenses publiques de santé (en % du PIB)

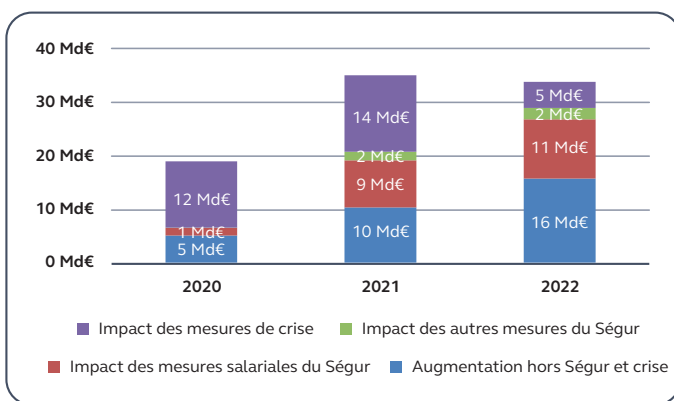


Source: eurostat, « General government expenditure by function (COFOG) ».

Par ailleurs, depuis 2020, l'Ondam ne joue plus son rôle d'encadrement des dépenses, compte tenu des mesures exceptionnelles prises pour faire face à la pandémie, mais surtout du plan de revalorisation des rémunérations des

personnels des filières hospitalières et médico-sociale ainsi que de l'effort exceptionnel d'investissement dans le système de santé annoncé par les pouvoirs publics (« Ségur de la santé »).

Part de la crise et du « Ségur » dans l'augmentation de l'Ondam 2020-2022



Source : Cour des comptes, d'après les réponses des administrations
 Note : dépenses à champ constant de l'année 2020. Sous l'hypothèse d'une progression des dépenses en 2022 de + 2,6 % à politique inchangée avant mesures du « Ségur » et compte tenu de la provision prévue en PLFSS pour les mesures de crise.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

En outre, la régulation financière ne s'est pas accompagnée d'un effort de réforme suffisant, notamment en

matière de pertinence des soins et de transformation du système de santé.

Une pertinence et une efficacité des soins insuffisantes en France - quelques exemples -

La part des génériques dans le marché pharmaceutique français (16 % en valeur et 30 % en volume en 2017) demeure faible par rapport à la moyenne OCDE (25 % en valeur et 52 % en volume) et à nos voisins européens (36 % en valeur et 85 % en volume au Royaume-Uni ; 35 % en valeur et 82 % en volume en Allemagne).

La France figure parmi les pays de l'OCDE dans lesquels le nombre d'imageries par résonance magnétique (IRM) par habitant est le plus élevé.

En matière de biologie médicale, la Cour a constaté l'efficacité de la régulation prix-volume introduite en 2014 pour contenir l'évolution de la dépense jusqu'en 2018. Reposant essentiellement sur des baisses de tarifs, ce dispositif n'a toutefois pas permis de maîtriser l'évolution des volumes.

À l'hôpital également, une part significative des séjours pourrait être évitée. Les difficultés rencontrées viennent notamment de l'absence de solution de prise en charge dans des structures aval ou à domicile pourtant souvent moins coûteuses pour la collectivité.

Un lien à établir avec les objectifs de la stratégie nationale de santé

Il apparaît plus que jamais nécessaire d'inscrire un Ondam, redéfini dans son

périmètre, dans un cadre de régulation mieux formalisé, afin de conjuguer, dans une perspective pluriannuelle, le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement.

Le plan Ondam 2015-2017, un précédent intéressant

Pour la période 2015-2017, un effort particulier avait été fait pour réconcilier objectifs financiers et stratégie nationale de santé à travers un plan d'économies pluriannuel, dit « plan Ondam ». Il ressort d'une analyse rétrospective de ce plan, qui n'avait pas été présenté dans les documents budgétaires, que les

efforts réalisés ont été significatifs, bien qu'ils soient restés en deçà des intentions initiales en matière de transformation du système de santé. Il est regrettable que les pouvoirs publics n'aient pas tiré d'enseignements de cet effort pour réconcilier les différents objectifs dans une perspective pluriannuelle.

Contenir les dépenses et l'endettement de la sécurité sociale

Par ailleurs, dans un système de santé fortement décentralisé et déterminé par l'offre, la maîtrise des dépenses implique une responsabilisation accrue des offreurs de soins, en ville comme à l'hôpital, notamment sur la pertinence des soins.

Compte tenu de la multiplicité des offreurs de soins et des enjeux de bonne allocation des ressources au sein du système de santé, il convient

de faire évoluer et mobiliser plus largement de manière cohérente l'ensemble des outils de régulation disponibles (tarifs, dotations de financement, autorisation d'activité, conventions et contrats avec les offreurs de soin) pour orienter du niveau le plus pertinent, national ou local selon les cas, les activités de soins pour garantir le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement.

Recommandations

9. Élargir le périmètre de l'Ondam à l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par les branches de la sécurité sociale, et lui annexer un nombre limité d'objectifs complémentaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).

10. Inscrire l'Ondam dans une trajectoire pluriannuelle étayée, finement documentée en lien avec la stratégie de santé, et justifier précisément les révisions éventuelles par rapport à cette trajectoire (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).

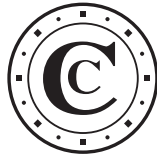
11. Lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins en ville et à l'hôpital à l'atteinte d'objectifs de pertinence, et formaliser une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la publication de synthèses (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS).

12. Conditionner les revalorisations au respect de l'Ondam, et mettre en réserve chaque année les montants correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).

13. Renforcer les outils et les prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam, en tenant compte des rééquilibrages nécessaires entre régions, à travers :

- le développement des dotations populationnelles aux différents secteurs d'activités de soins.

- des dotations régionales, créées par étape à partir du Fir et mobilisées de manière flexible par les ARS pour faciliter les transformations locales des différents secteurs d'activité nécessaire à des soins mieux gradués et coordonnés (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).



2 Sortir des modes de gestion de crise

À travers trois enquêtes, la Cour dresse des premiers bilans de la gestion de la sécurité sociale pendant la crise. Qu'il s'agisse du versement des prestations ou du recouvrement des prélèvements sociaux, du recours facilité aux outils de la télésanté ou de la suspension provisoire de la régulation des dépenses dans le champ de la biologie médicale, les dispositions mises en œuvre ont répondu à des situations d'urgence. Elles ne peuvent cependant perdurer en l'état :

- les organismes de sécurité sociale doivent revenir à des modes de gestion prenant suffisamment en compte les impératifs de recouvrement des prélèvements et de contrôle ;
- l'usage de la télésanté doit être recentré pour faciliter l'accès aux soins et la coordination entre professionnels de santé ;
- les dépenses de biologie médicale doivent être à nouveau régulées tout en assurant une meilleure prise en charge des actes innovants de biologie.

1 - Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats

La Cour a souhaité dresser un bilan, nécessairement provisoire, des impacts de la crise sanitaire sur l'organisation, le fonctionnement, les activités et les résultats opérationnels des organismes du régime général de sécurité sociale qui versent des prestations sociales et collectent des prélèvements sociaux.

La continuité du service des prestations préservée grâce à des mesures exceptionnelles

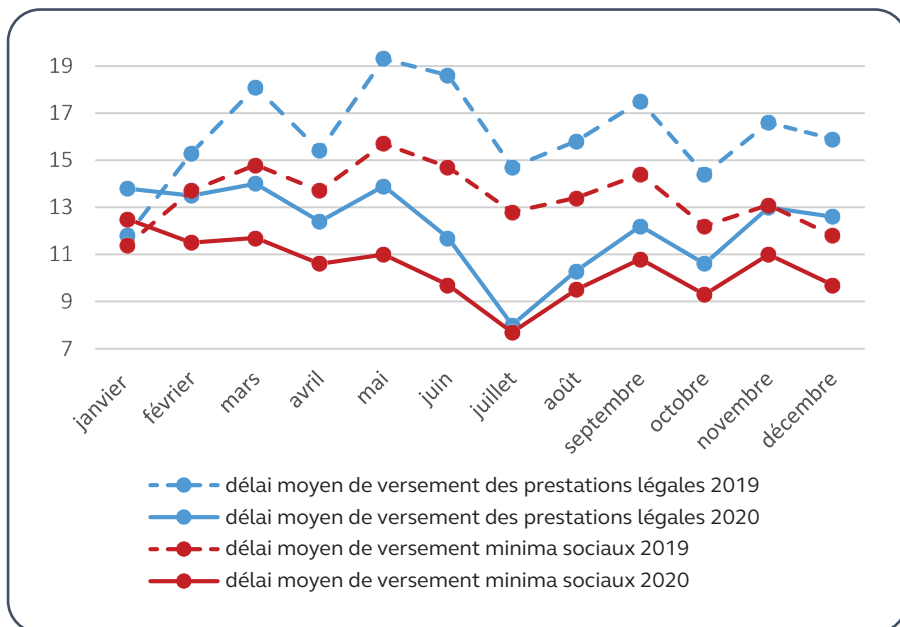
Les organismes de sécurité sociale étaient peu préparés à la soudaineté et à l'ampleur du premier confinement. Ils ont dû, dans l'urgence, se réorganiser. Le télétravail a constitué le mode prépondérant d'activité tout au long de l'année 2020. Sur l'ensemble de l'année, la capacité de production de la plupart des organismes n'a pas baissé, malgré les dispenses d'activité rémunérées accordées lors du premier confinement (absence temporaire d'ordinateur ou de possibilité de connexion au réseau informatique des organismes).

Sortir des modes de gestion de crise

Priorité a été donnée à la continuité des droits et du service des prestations, par des mesures de prolongation des droits de plusieurs millions d'assurés et d'allocataires, par des redéploiements d'effectifs des organismes et par l'allègement des contrôles.

En moyenne annuelle, malgré leur hausse pendant le premier confinement (indemnités journalières notamment), les organismes de sécurité sociale ont versé en 2020 les prestations dans des délais normaux, voire parfois améliorés, grâce aux maintiens de droits et à la levée de certains contrôles.

Délais moyens (en jours) de versement des prestations légales et des minima sociaux par les CAF en 2019 et 2020



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

La fermeture des accueils pendant le premier confinement, la difficulté à accéder aux accueils téléphoniques, beaucoup plus sollicités qu'en 2019, et l'orientation numérique privilégiée pendant la crise ont cependant affecté l'accès à la sécurité sociale des assurés et allocataires éloignés du numérique.

Les performances de l'accueil téléphonique se sont sensiblement détériorées pour les branches maladie et famille.

Pour 2020, près de 200 M€ de dépenses administratives supplémentaires liées à la crise peuvent être constatées. Une

Sortir des modes de gestion de crise

part importante est liée à la recherche de cas contact des personnes infectées par le virus (*contact tracing*). L'assurance maladie s'est fortement investie dans cette mission nouvelle de santé publique (près de 20 millions de personnes appelées à fin août 2021 en cumul).

Des actions à intensifier en faveur du recours des assurés à leurs droits

La crise sanitaire a renforcé le rôle d'amortisseur social des organismes de sécurité sociale, notamment des CAF qui versent le RSA et des aides exceptionnelles décidées par les pouvoirs publics.

La durée de la crise souligne cependant le besoin d'un accompagnement plus actif des personnes en difficulté ou malades. En consacrant cette mission dans le droit positif³, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 appelle à un changement d'échelle des actions visant à rechercher les personnes n'exerçant pas leurs droits à des prestations ou à des aides.

Des dispositifs de contrôle à réarmer

Dans le même temps, alors qu'ils sont insuffisants en temps normal au regard de l'ampleur des risques d'erreurs et de fraudes, les contrôles sur place, mais aussi sur pièces, de la situation des bénéficiaires de droits et de prestations, fortement réduits en 2020, doivent être relancés.

Le montant des préjudices financiers stoppés par l'assurance maladie à la suite d'actions de contrôle contentieux a baissé de plus de moitié en 2020 (127 M€, contre 287 M€ en 2019) ; ces résultats correspondent principalement à des contrôles engagés avant la crise sanitaire. Il convient que l'assurance maladie renforce les contrôles sur les facturations des professionnels de santé et relance ceux portant sur l'activité facturée par les établissements de santé publics et privés, qui n'est plus du tout contrôlée. Il importe aussi que l'assurance maladie, comme elle s'y est engagée, fiabilise les montants des indemnités de perte d'activité (Dipa) versées aux professionnels de santé conventionnés.

Les contrôles des CAF, allégés en 2020, appellent eux aussi un plus large déploiement au vu de la fréquence des erreurs, involontaires ou intentionnelles, commises par les allocataires dans leurs déclarations.

Les contrôles des Urssaf doivent eux aussi être réarmés : en 2020, leurs actions de contrôle, toutes actions confondues, ont été divisées par deux par rapport à 2019 et les montants de redressement en leur faveur ont baissé de plus d'un quart (1,1 Md€ contre 1,5 Md€). Les fraudes à l'activité partielle sont encore insuffisamment recherchées.

³ Nouvel article L. 261-1 du code de la sécurité sociale.

Sortir des modes de gestion de crise

Normaliser le recouvrement des prélèvements sociaux

Fin 2020, le recouvrement des prélèvements sociaux connaît une

situation très dégradée, en raison principalement de l'application de mesures très larges de report de paiement ou de tolérance à l'égard des retards de règlement.

Des dettes des cotisants atteignant des montants considérables

Fin 2020, les impayés des employeurs du secteur privé sur les prélèvements exigibles en 2020 ont atteint 11,4 Md€ (à comparer à 2,3 Md€ fin 2019), soit un taux de restes à recouvrer de 4,5 % contre 0,9 % fin 2019. Près de 41 % des 2 millions de comptes cotisants de ces employeurs ont des restes à recouvrer.

Sur 15,1 Md€ de prélèvements sociaux appelés en 2020 sur les artisans, commerçants et professions libérales, 6,2 Md€ n'étaient pas encaissés par les Urssaf fin 2020. Fin 2020, le taux de restes à recouvrer atteignait ainsi 41,1 % des montants exigibles, contre 10,1 % fin 2019. Les prélèvements ayant été appelés en 2020 sur une base réduite de

revenus professionnels, afin d'alléger la trésorerie des indépendants, leurs déclarations de revenus professionnels 2020 intervenues en mai-juin 2021 conduisent à constater des dettes encore plus élevées à l'égard des Urssaf au titre de l'année 2020.

À la mi-septembre 2021, les restes à recouvrer au titre de 2020 atteignaient encore 6,6 Md€ pour les employeurs du secteur privé et 4,1 Md€ pour les travailleurs indépendants. En 2021, d'autres restes à recouvrer se sont constitués : à début septembre, 4,9 Md€ pour les employeurs du secteur privé et 2,4 Md€ pour les travailleurs indépendants.

Le redressement des performances du recouvrement appelle une meilleure prise en compte de la situation économique des cotisants par les Urssaf. À cet effet, il y aurait lieu d'approfondir le développement de nouvelles synergies et de coopérations

entre l'administration fiscale et les Urssaf, afin que ces dernières puissent, notamment, exploiter en masse les données infra-annuelles relatives aux ventes déclarées par une grande partie des cotisants dans leurs déclarations de TVA.

Recommandations

14. Améliorer les plans de continuité d'activité des organismes de sécurité sociale, en formalisant des référentiels de solutions activables et en déterminant a priori les moyens à même de garantir une généralisation immédiate du télétravail dans des situations majeures d'indisponibilité des locaux ou d'absentéisme (organismes nationaux du régime général de sécurité sociale).

15. Engager sans attendre des actions nouvelles, fondées notamment sur l'exploitation de données mutualisées entre les organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec les administrations de l'État, nécessaires à l'exercice par l'ensemble des personnes éligibles de leurs droits sociaux, notamment pour le bénéfice de la complémentaire santé solidaire et des minima sociaux (organismes nationaux du régime général de sécurité sociale).

16. Reprendre à plus large échelle les contrôles des facturations des frais de santé faites par les professionnels et les établissements de santé à l'assurance maladie, ainsi que les contrôles des assiettes des prélèvements sociaux déclarées par les cotisants (Acos, Cnam).

17. Exploiter les données disponibles auprès de l'administration fiscale pour affiner les actions de recouvrement sur les cotisants (ministère chargé des comptes publics, Acoss).

18. Afin d'assurer le paiement à bon droit de l'indemnité pour perte d'activité des professionnels de santé conventionnés (Dipa), vérifier systématiquement la conformité des déclarations de ses bénéficiaires aux données des administrations ayant versé les concours financiers entrant dans le calcul de cette aide et mettre en recouvrement l'ensemble des indus constatés (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam).

Sortir des modes de gestion de crise

2 - La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins

Comparée à d'autres pays, la France a plutôt bien anticipé l'émergence de la télésanté, un cadre juridique pour son usage ayant été défini dès la fin des années 2000. Diverses expérimentations ont ensuite été engagées pour chercher à évaluer les améliorations qu'elle induit en matière d'accès aux soins dans des zones en manque de ressources médicales, ou de coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. La conduite laborieuse de ces expérimentations et l'inscription

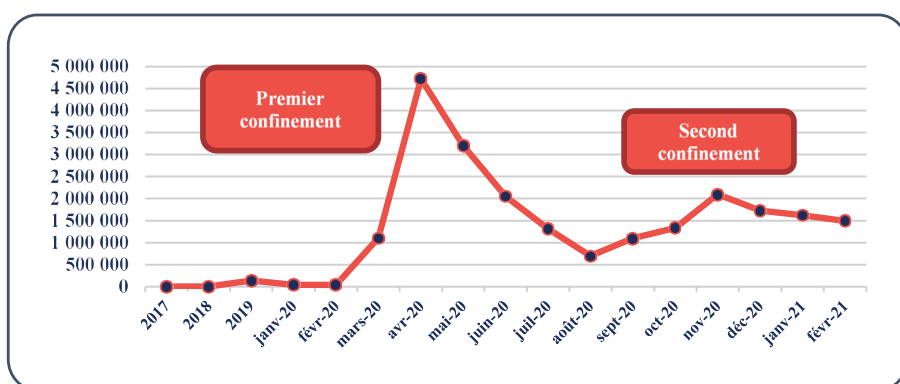
tardive, en 2018, des téléconsultations au remboursement par l'assurance maladie ont freiné son développement durant la dernière décennie.

Les téléconsultations, un palliatif utile pendant la crise sanitaire

En 2020, en raison de l'épidémie de covid 19, les périodes de confinement et les réticences de la population à se rendre dans les cabinets des médecins de ville ont provoqué un recours massif aux téléconsultations : le nombre d'actes est ainsi passé de moins de 140 000 en 2019 à 18,4 millions en 2020. La télésanté a notamment été mise à profit pour suivre les patients atteints de la covid 19.

Évolution du nombre de téléconsultations (2017 -février 2021)

(en millions)



Source : Cour des comptes, d'après données du SNDS

Sortir des modes de gestion de crise

Durant la crise sanitaire, diverses mesures réglementaires ont été prises par les pouvoirs publics pour faciliter le développement des téléconsultations. Ainsi, un décret a autorisé en avril 2020 le remboursement des téléconsultations par téléphone pour certains patients n'ayant pas accès aux équipements nécessaires à une vidéotransmission. Ces dérogations ont ainsi été prolongées jusqu'au 1^{er} juin 2021.

L'ensemble des actes de téléconsultation ont, par ailleurs, été remboursés à 100 % par l'assurance maladie (au lieu de 70 % selon les conditions de droit commun). Justifiée, durant la crise sanitaire, par le délai nécessaire aux professionnels pour acquérir des solutions techniques permettant le paiement à distance du ticket modérateur par le patient, cette dérogation ne doit cependant pas perdurer, rien ne justifiant que les actes de télésanté soient remboursés à un niveau supérieur à ceux, identiques, faits au cabinet des professionnels ou au domicile des patients.

La télésanté à mettre d'abord au service de la coordination et de l'accès aux soins

Dans la perspective d'une sortie progressive de la crise sanitaire, la Cour a souhaité mettre en perspective l'avenir de la télésanté.

Il ne paraît pas souhaitable de l'installer comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes, mais bien au contraire, il convient d'en encourager un usage sélectif, dans le cadre des politiques de transformation de l'offre de soins, pour contribuer à la coordination des soins ou à un meilleur accès aux soins. Les personnes habitant dans les zones à faible densité médicale, les patients détenus, les résidents des établissements médico-sociaux ou les patients atteints de maladies chroniques, doivent être les principaux bénéficiaires de la télésanté.

Cela nécessite, notamment, des modalités de financements adaptées, en particulier pour contribuer au développement de la télésurveillance, des dispositifs d'accompagnement, notamment des professionnels libéraux, et une définition du rôle des organisations locales en matière de télésanté, qu'il s'agisse des groupements hospitaliers de territoires, des hôpitaux de proximité ou encore des structures d'exercice coordonné, comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Enfin, les pouvoirs publics doivent continuer à faciliter l'accélération des travaux techniques permettant la mise en relation des professionnels de santé entre eux et avec leurs patients, et l'échange des données nécessaires aux soins dispensés à ces derniers.

Recommandations

19. Accompagner le développement de la télésanté dans une logique de coordination des soins en mobilisant prioritairement les GHT, les hôpitaux de proximité et les structures d'exercice coordonné et en prévoyant, dans les chantiers de réforme tarifaire, des modes de financement autres que le paiement à l'acte (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

20. Cibler les politiques d'aide à l'équipement des ARS et de la Cnam sur les zones et les publics prioritaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

21. Renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information de télésanté

en rendant contraignant le respect des référentiels nationaux et en incluant dans ces derniers l'interopérabilité avec les dispositifs médicaux connectés (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

22. Évaluer les effets des assouplissements apportés par l'avenant 9 à la convention médicale en matière de parcours de soins coordonnés et de connaissance préalable du médecin (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

23. Mettre fin à la prise en charge à 100 % (Cnam, ministère des solidarités et de la santé) et élaborer un plan de contrôles a posteriori de la facturation des actes de téléconsultation (Cnam).

3 - Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants

Le secteur de la biologie médicale a connu une importante réforme au début de la dernière décennie (ordonnance du 13 janvier 2010 et loi n° 2013-442 du 30 mai 2013). Cette réforme a renforcé la médicalisation, en plaçant sous la responsabilité d'un biologiste (médecin ou pharmacien) toutes les phases de réalisation de l'examen, du prélèvement au rendu d'un résultat interprété. Elle a aussi soumis l'ensemble des laboratoires à une procédure d'accréditation pour garantir la fiabilité des résultats. Dans le même temps, les pouvoirs publics ont encouragé le regroupement des laboratoires de biologie médicale

(LBM), afin de réaliser des gains de productivité.

Après une première enquête en 2013, la Cour a procédé à une nouvelle instruction fin 2020-début 2021, qui conduit aux constats suivants.

Une régulation des dépenses qui ne s'appuie pas sur la recherche d'une meilleure pertinence des prescriptions

Jusqu'en 2019, les dépenses ont été contenues par un dispositif de régulation de nature essentiellement financière, fixant la norme d'évolution des dépenses à 0,25 % par an, sous la forme de protocoles triennaux conclus entre l'assurance maladie et les syndicats de biologistes médicaux.

Sortir des modes de gestion de crise

Mais ce sont des baisses de cotation des actes qui ont permis le respect des enveloppes de dépenses en 2016 et 2018. Entre 2014 et 2018, ces mesures ont représenté plus de 440 M€ d'économies.

Alors que l'action directe sur les comportements de prescription des médecins serait cruciale, l'assurance maladie a cessé en 2019 toutes actions visant à diminuer la redondance des examens et les tests non pertinents. Une relance des actions de gestion du risque est indispensable, en s'appuyant sur des référentiels que la HAS devra définir pour les actes courants, porteurs des enjeux financiers les plus significatifs.

Par ailleurs, la possibilité offerte aux biologistes de modifier la teneur des examens dans un souci de pertinence des actes réalisés est restée peu utilisée depuis son entrée en vigueur en 2013.

Une régulation, suspendue pendant la crise sanitaire, à relancer

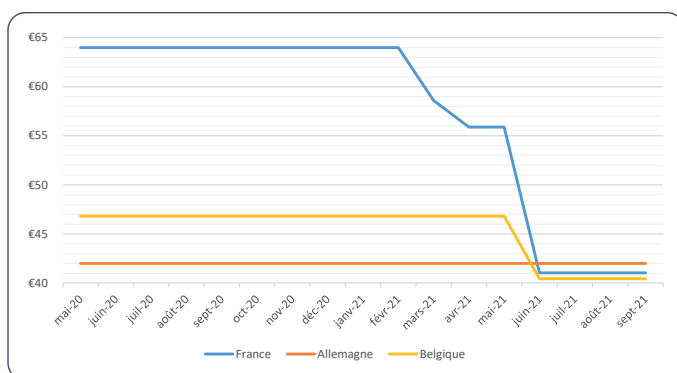
À la fin du mois de décembre 2020, les dépenses de biologie médicale en

ville cumulées sur l'année (4,96 Md€) étaient supérieures de 51 % à ce qu'elles avaient été en 2019. Cette dynamique s'explique largement par le recours massif aux tests de dépistage du virus SARS-CoV-2.

Face à cette situation exceptionnelle, les dépenses non liées à la crise épidémique ayant connu une diminution en 2020, l'application du protocole triennal conclu en 2019 a été suspendue en 2020. Aucun ajustement tarifaire n'a ainsi été pratiqué ni en 2019, ni en 2020. Ce n'est qu'en 2021 que le dispositif de régulation du protocole triennal a été réactivé, la Cnam ayant procédé à des baisses de tarifs dont le principe avait été décidé en 2020 avant le début de la crise, pour un montant global de 85 M€.

Par ailleurs, le niveau élevé des tarifs des tests RT-PCR, comparés à ceux pratiqués ailleurs en Europe, aurait justifié de décider plus précocement des baisses. Un surcoût d'au moins 800 M€ est imputable au caractère tardif et partiel des mesures de baisse.

Tarif du test RT-PCR en France, en Allemagne et en Belgique



Source : Cour des comptes

Sortir des modes de gestion de crise

Des défaillances en matière de régulation territoriale, de qualité, et de prise en compte des innovations dans la NABM

Depuis 2016, ni l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM), ni les Agences régionales de santé (ARS) n'ont reçu de signalements des organismes chargés du contrôle qualité des laboratoires. L'ANSM ignore quels laboratoires ne se sont pas contrôlés. Elle a divisé par six depuis 2016 le nombre de ses effectifs affectés à cette mission.

Les ARS ne se sont pas mises en situation de veiller, au regard de l'évolution de la densité territoriale, à la continuité de l'accès aux capacités de diagnostics biologiques. Entre 2013 et 2020, en dépit de la concentration du secteur, la relative stabilité des

implantations locales des sites de prélèvement conduit au maintien des inégalités d'accès à l'offre de biologie libérale : les zones les plus dotées en laboratoires sont toujours l'Île-de-France, le Grand-Est, la Nouvelle-Aquitaine et la région PACA, et les zones sous-denses restent les mêmes.

Enfin, alors que la dernière décennie a été marquée par un flux d'innovations continu dans le domaine de la biologie, les processus d'inscription au remboursement et de détermination des tarifs apparaissent insuffisamment réactifs. Près de 700 actes innovants se sont accumulés depuis plus d'une décennie, dans l'attente des évaluations permettant leur éventuelle prise en charge par l'assurance maladie et la fixation de leurs tarifs de remboursement.

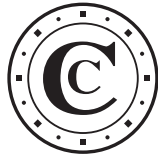
Recommandations

24. Dans le cadre du déploiement de la prescription électronique, veiller au respect de l'obligation de transmission aux biologistes par les médecins prescripteurs des éléments cliniques pertinents (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

25. Pour favoriser la maîtrise des volumes, dans une optique de pertinence, produire les référentiels concernant les examens courants porteurs des enjeux financiers les plus significatifs (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS).

26. Résorber le retard d'évaluation d'ici au 31 décembre 2024, en radiant les actes qui sont devenus obsolètes ou inutiles et en intégrant les autres à la NABM (ministère chargé des affaires sociales et de la santé, Cnam, HAS).

27. Tenir à jour et de façon coordonnée les données afférentes à l'implantation territoriale des laboratoires, à leur situation économique, et aux mouvements de restructuration et de concentration en vue de préserver une biologie de proximité (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget, Cnam).



3 Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

La crise sanitaire a ralenti l'avancée de nombreux chantiers de réforme ou de modernisation de la gestion. Leur relance est indispensable. Reste particulièrement nécessaire la transformation du système de santé pour une meilleure prise en charge sanitaire des patients, privilégiant la continuité des parcours de soins, la délivrance de soins adaptés à la situation médicale de chacun et la prise en compte de l'innovation médicale. L'est également le développement maîtrisé des outils numériques au service de l'amélioration de la relation de service, du recours effectif aux droits sociaux et de la fiabilité de la gestion des prestations sociales.

La Cour illustre ces enjeux à travers les synthèses de quatre enquêtes, portant sur l'adaptation des méthodes de financements des établissements de santé ou des établissements et services médico-sociaux, la dématérialisation des prescriptions médicales, et l'amélioration de la gestion de certains dispositifs de sécurité sociale ou de solidarité, comme la reconnaissance et la réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles, l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou l'allocation de rentrée scolaire.

1 - Soins de suite et de réadaptation, soins psychiatriques, accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées : dix ans de réformes inabouties du financement des établissements et services

À partir de 2003, la réforme de la tarification à l'activité (« la T2A ») a été mise en œuvre dans les hôpitaux et cliniques, chaque séjour de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) y étant désormais tarifé sur la base d'une même nomenclature médico-économique. Les principes de ces nouvelles règles de financement ont inspiré quatre grands chantiers engagés au début de la dernière décennie pour les autres activités des établissements de santé (les soins de suite et de réadaptation, et les soins psychiatriques), ainsi que pour celles des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour l'accueil des personnes âgées (Ehpad) ou handicapées.

Des réformes inabouties

Des constats convergents se dégagent :

- globalement, mis à part le secteur des personnes âgées (90 % du financement indirectement à l'activité), la part de l'activité dans le

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

financement reste minoritaire : 31 % SSR, 8 % psychiatrie, 0 % personnes handicapées ;

- à l'exception de ceux utilisés pour l'évaluation de la charge médicale de l'accueil des personnes âgées dépendantes et qui restent d'ailleurs perfectibles, les outils de tarification ne sont pas encore suffisamment médicalisés ;
- les principes de la plupart des chantiers ont évolué pour introduire des dispositifs d'allocation différenciée des financements par région et territoires mais ceux-ci restent à étayer plus solidement ;
- le portage et l'organisation des différents chantiers est fragile ;
- l'anticipation de la problématique de la gestion des effets financiers des réformes est insuffisante, la réforme des forfaits dépendance des Ehpad a ainsi dû être adaptée

en 2018 pour prendre en compte les difficultés des établissements dont les ressources étaient réduites du fait de l'application des nouvelles règles ;

- enfin, les réformes du financement sont conduites sans liens suffisants avec les autres outils de transformation du système de soins (régime des autorisations, contrat d'objectif et de moyens...) et elles sont trop souvent sollicitées pour porter des objectifs en lieu et place d'autres leviers qui paraîtraient plus adaptés.

Une transversalité accrue de la conduite des différents chantiers est nécessaire pour une meilleure réponse aux besoins des patients. Ces derniers pouvant successivement relever des différents secteurs de prise en charge, la cohérence globale des réformes doit favoriser des soins adaptés, dans une logique de parcours et de gradation, par la promotion de l'ambulatoire notamment ou du maintien à domicile.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Recommandations

28. D'ici fin 2024, développer pour chacun des champs, les outils de mesure de la lourdeur des prises en charge dans l'objectif d'enrichir les modèles tarifaires correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, CNSA).

29. Étendre au secteur des SSR et aux ESMS le principe législatif visant à corriger progressivement les inégalités territoriales à travers la répartition entre régions de dotations, fixées selon des critères transparents (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

30. Mettre en place une structure transversale permanente de « maîtrise d'ouvrage déléguée », au sein du secrétariat général des ministères sociaux, en charge de la

supervision et de la coordination des réformes tarifaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

31. Dans une optique d'un recours plus sélectif aux incitations tarifaires, établir en amont des réformes la cartographie projetée de l'utilisation des trois principaux leviers de transformation de l'offre : autorisations, CPOM et tarifs (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

32. Adopter un cadre méthodologique rigoureux pour les simulations financières et les concertations relatives aux projets de réforme et les insérer dans un calendrier préfixé d'une durée raisonnable (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

2 - La e-prescription médicale : un facteur d'efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir

La dématérialisation des prescriptions médicales pourrait permettre des

progrès majeurs, notamment en matière de qualité et de sécurité des soins, de pertinence et d'efficacité des dépenses de santé, de réduction des coûts de gestion et de prévention des erreurs et fraudes.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Quelques exemples des progrès attendus des e-prescriptions

Les e-prescriptions permettront de mettre fin à des difficultés imputables au format papier des ordonnances médicales : perte, détérioration et difficultés de lecture, qui peuvent entraîner des erreurs de médication.

Elles pourraient favoriser le développement des prescriptions de médicaments en dénomination commune (DC), en principe obligatoires, et de médicaments génériques, alors que la France est en retard (une boîte délivrée sur trois contre quatre sur cinq au Royaume-Uni). En effet, pour e-prescrire, les médecins devront utiliser des logiciels d'aide à la prescription (LAP).

Elles supprimeront certains risques de fraudes et d'erreurs : l'absence de prescription effective, la surcharge ou la réutilisation plusieurs fois d'une ordonnance dans plusieurs pharmacies différentes, l'antidatage des prescriptions, ainsi que les divergences entre les facturations des acteurs du système de santé par rapport aux prescriptions.

Elles permettront à l'assurance maladie et aux professionnels de santé de réaliser des gains de productivité sur des tâches administratives.

Un retard important à combler

À l'heure actuelle, l'assurance maladie propose des téléservices de e-prescription uniquement pour les arrêts de travail et les transports de patients. Ils sont encore peu utilisés.

L'essentiel des prescriptions de médicaments est dématérialisé en Belgique, Espagne, Italie et au Royaume Uni, parfois depuis plusieurs années, alors qu'en France, elles sont encore uniquement papier.

La France a pour objectif de combler son retard en matière de e-prescription. En application de la loi de juillet 2019 sur l'organisation et la transformation du système de santé, les médecins devront obligatoirement e-prescrire les arrêts de travail pour la fin 2021 et l'ensemble des autres

prescriptions avant la fin 2024. Seule une partie des textes d'application ont cependant été arrêtés à ce jour.

Le risque de e-prescriptions sur un champ et un mode dégradés

Ces calendriers semblent toutefois très ambitieux. Au premier semestre 2021, les médecins de ville dématérialisaient seulement 54 % des avis d'arrêt de travail pour maladie ou maternité. À la suite d'expérimentations, l'assurance maladie doit mettre en place à partir de 2022 de nouveaux téléservices de e-prescription et les médecins de ville et hospitaliers s'adapter afin de les utiliser.

La prescription des médicaments pourrait être dématérialisée assez rapidement, mais sur un mode dégradé qui ne permettrait pas de concrétiser

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

une grande partie des progrès attendus (voir encadré) : défaut de codification de la posologie et de la durée de la prescription ou d'utilisation de la dénomination commune internationale, les dénominations commerciales restant utilisées ; manque d'interopérabilité des logiciels utilisés par les divers professionnels de santé limitant les services offerts aux patients.

Alors que les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) représentent une part importante des dépenses de soins de ville (22 % en 2019), les prescriptions d'arrêt de

travail à la fin d'un séjour à l'hôpital ne sont pas soumises à l'obligation de e-prescription. Des freins pourraient faire obstacle à la e-prescription obligatoire des autres PHEV : l'absence d'authentification des prescripteurs effectifs et l'absence de raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux téléservices de e-prescription de l'assurance maladie.

Selon les textes en vigueur, les taxis et les prestataires de services et distributeurs de dispositifs médicaux ne seront pas tenus d'adresser à l'assurance maladie les e-prescriptions faites par les médecins.

Recommandations

33. Étendre le champ de l'obligation de dématérialisation des prescriptions, à tous les actes, biens et produits de santé prescrits et effectués ou dispensés par l'ensemble des acteurs du système de santé en ville et à l'hôpital, en remédiant à plusieurs omissions (arrêts de travail prescrits en établissement de santé, transports effectués en taxi conventionné et dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service) (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé).

34. Adopter des références non commerciales pour la e-prescription des médicaments et des dispositifs

médicaux et définir des modalités de codification des prescriptions dématérialisées d'actes de biologie, d'auxiliaires médicaux et d'autres médecins (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Agence du numérique de santé, Cnam).

35. Dans le cadre du programme qui succèdera à Hop'en en 2023, garantir le raccordement des systèmes d'information hospitaliers aux services de e-prescription mis en place par l'assurance maladie et une authentification individuelle effective des professionnels prescripteurs à l'hôpital (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

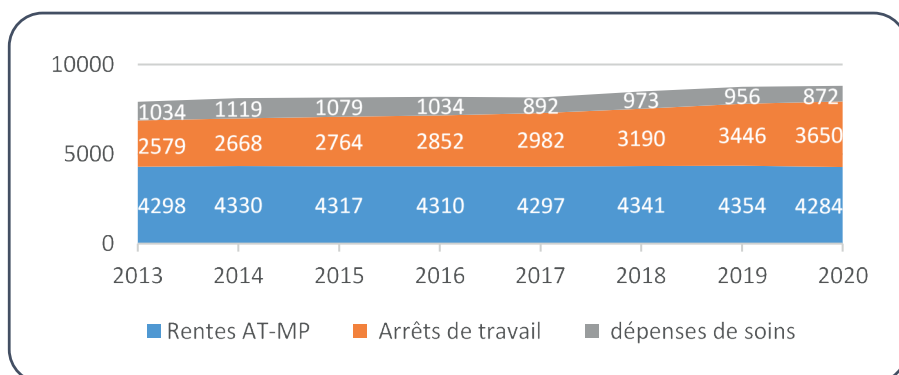
3 - La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser

Pour les 18,8 millions de salariés affiliés au régime général de la sécurité sociale, la branche accidents du travail-maladies professionnelles (dite « branche AT-MP ») couvre, selon des règles complexes, les conséquences des sinistres reconnus d'origine professionnelle. La reconnaissance du lien avec le travail s'effectue généralement sur la base d'une simple présomption de responsabilité sans faute de l'employeur, qui dispense

le salarié d'établir une faute de l'employeur et un lien de causalité avec le dommage subi. En contrepartie, la loi a prévu une réparation forfaitaire et partielle du dommage subi par le travailleur, financée exclusivement par des cotisations versées par les employeurs.

En 2020, la branche AT-MP enregistrait 13,4 Md€ de dépenses, principalement relatives à l'incapacité temporaire et à l'incapacité permanente de travail. Les frais de santé, qui sont pris en charge à 100 % par la branche AT-MP, sont imparfaitement identifiés, certains s'avérant indûment supportés par la branche maladie.

Prestations servies par la branche AT-MP (en M€)



Source : Cour des comptes, d'après les comptes annuels.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Deux principaux constats ont été dressés par la Cour des comptes.

Une priorité insuffisante donnée aux actions permettant aux salariés en incapacité temporaire de reprendre le travail

À la différence de la plupart des pays européens (exemples nombreux : Suisse, Allemagne, Suède, Danemark, Autriche, ...), la réparation est essentiellement financière. Elle s'intéresse peu à l'accompagnement à la reprise du travail des victimes d'accidents de travail ou de maladie professionnelle. Ce constat ancien reste d'actualité du fait d'un manque de coordination entre acteurs publics et médicaux (ministère du travail, médecine du travail, ministère de la santé, assurance maladie, médecins traitants) impliquant faiblement les entreprises. Or, il y a un double enjeu : l'intérêt des personnes à travers

la restauration de leur capacité de travail à préserver durablement leur employabilité, mais aussi la maîtrise de la dépense d'indemnisation des arrêts de travail, qui est particulièrement dynamique.

Une gestion marquée par un certain conservatisme qui entretient une grande complexité

Le cadre de gestion de la reconnaissance des maladies professionnelles manque particulièrement de souplesse avec une comitologie abondante qui ne favorise pas les évolutions nécessaires des « tableaux des maladies professionnelles ». Le cas des troubles musculo-squelettiques (TMS) illustre cette situation. Ils constituent, en France, 85 % des maladies professionnelles reconnues, niveau très atypique par rapport aux autres pays européens.

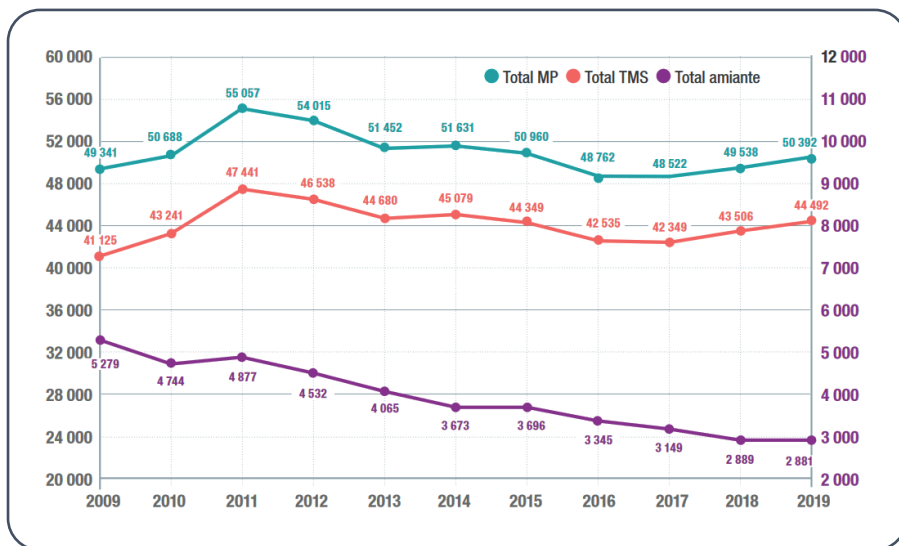
L'application atypique du principe de présomption aux TMS

Globalement, pour 100 000 assurés, 258 maladies professionnelles sont reconnues en France, contre 81 en Allemagne. Cet écart s'explique essentiellement par la mise en œuvre, en France, du principe de présomption à travers les tableaux pour des maladies dont les causes

sont pourtant multifactorielles, en particulier pour les TMS (comme par exemple les lombalgies ou des syndromes du canal carpien), 227 cas sont reconnus en France pour 100 000 assurés contre seulement 4 en Allemagne.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

La reconnaissance des maladies professionnelles
(en nombre de maladies)



Source : L'assurance maladie – Risques professionnels, rapport annuel 2019

La détermination des taux d'incapacité permanente, qui servent au calcul des rentes versées aux personnes qui conservent des séquelles significatives, doit être refondée, à la fois par une actualisation du barème réglementaire mais aussi par des consignes de gestion données aux médecins conseil de l'assurance maladie (pour certaines affections, par exemple les affections respiratoires chroniques, il a été constaté un éventail extrêmement large des taux d'incapacité attribués allant de 10 à 100 %).

La modernisation de la gestion administrative mérite enfin d'être accélérée sur de multiples aspects :

l'attribution des rentes doit être optimisée afin d'éviter des ruptures de ressources pour les assurés concernés ; l'utilisation des procédures dématérialisées doit devenir la règle (certificats médicaux, déclarations d'accident de travail, avis d'arrêt de travail) ; les données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) doivent pouvoir être utilisées pour déterminer l'assiette de la rente ; des équipes du service médical doivent être regroupées dans des pôles spécialisés avec celles des caisses primaires pour améliorer la gestion de la reconnaissance des maladies professionnelles et la gestion des rentes.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Recommandations

36. Contrôler et améliorer les modalités d'imputation des frais de santé à la branche AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

37. Accélérer les adaptations nécessaires des tableaux existants des maladies professionnelles en prévoyant notamment leur mise en œuvre par une décision du directeur général de la Cnam après avis de la commission des AT-MP (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam).

38. Homogénéiser, notamment par une évolution du barème, la détermination des taux d'incapacité et l'énumération des situations susceptibles de justifier l'application d'un coefficient professionnel (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam).

39. Rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, secrétariat d'État chargé des retraites et de la santé au travail, Cnam).

4 - Le minimum vieillesse et l'allocation de rentrée scolaire : une contribution forte à la réduction de la pauvreté, des performances de gestion contrastées

Le minimum vieillesse, attribué depuis 2007 sous la forme de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et l'allocation de rentrée scolaire (ARS), créée en 1974, sont

deux dispositifs de solidarité, non contributifs, importants tant par le nombre de bénéficiaires concernés (750 000 de foyers âgés et trois millions de familles) que par le poids croissant des montants servis, supportés par le système de sécurité sociale (respectivement 3,9 Md€ et 2,6 Md€ en 2020). La Cour a considéré intéressant de procéder à une analyse comparée descriptive de ces deux dispositifs.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Deux allocations destinées à procurer un surcroît de ressources à des foyers et familles aux revenus très faibles ou modestes.

Les principales règles d'attribution de l'Aspa

L'allocataire doit avoir liquidé ses droits à la retraite, avoir 65 ans ou plus (62 ans en cas d'incapacité au travail ou d'incapacité permanente d'au moins 50 %) et résider régulièrement en France au moins six mois par an.

L'allocation prend en compte l'ensemble des ressources du foyer (à l'exception des allocations logement). Elle est dite différentielle, étant égale à la différence entre les revenus du

foyer et le plafond de l'allocation (906,81 euros ou 1407,82 euros pour un couple au 1^{er} janvier 2021). Les allocations du minimum vieillesse donnent lieu à une récupération sur succession auprès des héritiers ou des ayant-droits de l'allocataire pour la partie de l'actif successoral supérieure à 39 000 € (100 000 € en outre-mer). Le montant de la récupération est plafonné à 7 354,12 € par an pour une personne seule et 9 838,68 € pour un couple.

Le montant de l'ARS varie selon l'âge des enfants (370,31 euros pour le primaire, 390,74 euros pour le collège et 404,28 euros pour le lycée). L'allocation est attribuée sous conditions de ressources.

Les plafonds sont fixés selon le nombre d'enfants, mais sans lien avec le nombre d'actifs dans la famille. Ils sont supérieurs, pour les couples, aux planchers correspondant aux classes de revenus dits pauvres et populaires, et moyens pour les familles monoparentales.

Deux dispositifs régulièrement revalorisés contribuant à réduire la pauvreté

Le minimum vieillesse et l'ARS sont indexés sur l'inflation. Mais le premier a bénéficié de revalorisations exceptionnelles (augmentation de 50% entre 2005 et 2020) et la seconde

d'une majoration exceptionnelle de 100 euros en 2020.

Le taux de pauvreté des retraités de 65 ans et plus, défini comme la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, était parmi les retraités de 65 ans et plus de 8,7 % en 2018, taux sensiblement inférieur à celui de l'ensemble de la population (14,8 %). Parmi les huit pays européens étudiés, le taux de pauvreté des personnes de 65 ans ou plus est le plus bas en France (inférieur de plus de dix points au taux de pauvreté des moins de 18 ans).

L'ARS contribue également à réduire la précarité des familles modestes. Selon la caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), elle diminue pour ses bénéficiaires de 2,5 points en 2019 la part de ceux vivant sous le seuil de pauvreté, qui baisse ainsi de 41,2 % à 38,7 %. Elle est l'un des dispositifs

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

d'aide à la rentrée scolaire les plus généreux parmi ceux mis en place par les pays de l'OCDE : rapporté au salaire minimum, le montant de l'aide est l'un des plus élevés en France, représentant un quart du montant du salaire brut minimum, contre 10 % en Allemagne.

Des évolutions des dispositifs cependant souhaitables

Les règles d'attribution du minimum vieillesse, très complexes, mériteraient d'être simplifiées, ce qui permettrait de réduire les causes d'erreurs et de fraudes.

L'Aspa, un taux d'erreur important

La fréquence des erreurs a continué d'augmenter en 2020, atteignant 23,8 % pour l'Aspa. Ainsi, près d'une liquidation sur quatre a comporté au moins une erreur ayant une incidence financière, au détriment de l'allocataire dans 75 % des cas. Près des trois quarts des fraudes

détectées dans la branche vieillesse concernent le minimum vieillesse, principalement pour non-respect des conditions de résidence ou de ressources dont les organismes gestionnaires soulignent la complexité et la difficulté de contrôle.

Cette simplification permettrait également de faciliter l'information du public, l'allocation étant caractérisée par une proportion importante de personnes qui ne font pas valoir leurs droits. Selon une étude de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), le taux de non-recours se situait entre 34 et 49 % selon les hypothèses retenues. L'interrogation directe de 350 de ces assurés a montré que trois quarts d'entre eux pouvaient prétendre à l'Aspa et que la moitié ne connaissaient pas ou pas bien ce dispositif.

L'ARS, un dispositif dont la gestion doit rester simple

Cependant, les montants de l'ARS sont faiblement modulés selon l'âge des enfants. Or, l'ensemble des études disponibles montrent que la dépense augmente de façon significative avec le niveau de scolarisation, variant du simple au double entre un écolier et un lycéen. Le bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire pourrait en conséquence être recentré sur les familles aux revenus les plus bas, et le barème de l'allocation de rentrée scolaire gagnerait également à être ajusté, à coût constant, pour mieux couvrir les dépenses liées à la scolarité des enfants les plus âgés.

Relancer et accélérer les chantiers de réforme et d'amélioration de la gestion

Recommandations

Pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées :

40. Mieux intégrer les spécificités de l'Aspa dans la définition et la mise en œuvre des dispositifs de contrôle interne et en mesurer l'efficacité au travers d'un indicateur spécifique de risque résiduel, dont l'analyse permettra une amélioration de la qualité de la liquidation (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, caisses de retraite).

41. S'appuyer sur l'analyse de données pour identifier les bénéficiaires potentiels de l'Aspa et renforcer les actions d'information en leur direction, dans le but de réduire le taux de non-recours (ministère chargé de la sécurité sociale, caisses de retraite).

42. Engager un chantier de simplification des règles encadrant

l'Aspa et intensifier les travaux de dématérialisation et d'automatisation de ses processus de gestion (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, FSV, caisses de retraite).

Pour l'allocation de rentrée scolaire :

43. Utiliser dès que possible le dispositif ressources mensuelles (DRM) pour permettre la prise en compte des ressources plus récentes que celles de l'année N-2 (Cnaf).

44. Mettre à l'étude, dans un souci de cohérence et de simplification, la suppression de la réduction d'impôt pour frais de scolarité dans l'enseignement secondaire et le redéploiement de la dépense, à coût budgétaire constant, pour ajuster les montants de l'ARS attribuée aux collégiens et lycéens des familles modestes (ministère de la sécurité sociale, ministère chargé du budget).