

Synthèse

Sécurité sociale 2006

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

■ Avertissement

La présente synthèse est destinée à faciliter la lecture et le commentaire du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport de la Cour.

Sommaire

Présentation

I	Les comptes 2005	7
	A - Des résultats particulièrement préoccupants	10
	B - La régulation des dépenses	11
II	La réforme du financement des établissements de santé	17
	A - Les principes du financement avant et après la réforme	17
	B - La mise en œuvre de la tarification à l'activité	18
III	La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire	23
	A - Les mécanismes mis en place pour atténuer les effets du plafond de ressources connaissent peu de succès	23
	B - Un accès facilité au système de soins que contrarient toutefois des comportements de refus de soins de certains professionnels de santé	24
	C - La gestion, le financement et le contrôle du dispositif	25
IV	La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance	29
	A - Une organisation complexe dont le coût pour les régimes obligatoires n'est pas toujours justifiée.	29
	B - Le bien-fondé de la gestion déléguée n'est plus démontré	31
	C - Les réformes souhaitables	32

Sommaire

V	L'action sociale dans le régime général	35
	A - L'action sociale de la branche famille : une croissance non maîtrisée des dépenses	35
	B - L'action sanitaire et sociale de la branche maladie : une clarification s'impose sur la nature des prestations et sur le choix des publics	38
	C - L'action sociale de la branche retraite : une articulation à trouver avec les collectivités territoriales	38
VI	Les régimes spéciaux de retraite (IEG, RATP, SNCF)	41
	A - Des régimes structurellement déficitaires	41
	B - Les réformes intervenues n'ont pas cherché à maîtriser la croissance des dépenses	41
VII	Les travaux préparatoires à la certification des comptes	45

Présentation

Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. "Ce rapport présente une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes" (article LO. 132-3 du code des juridictions financières).

La première partie du présent rapport examine successivement les dépenses, les ressources, les résultats et le financement des déficits du régime général au regard des objectifs et prévisions de la loi de financement. Deux chapitres rendent ensuite compte des contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes, notamment ceux provenant des comités régionaux d'examen des comptes (COREC) et des suites données à certaines recommandations de précédents rapports de la Cour.

La seconde partie du rapport traite de sujets choisis par la Cour en fonction de ses priorités de contrôle. Cette année, cinq chapitres sont consacrés respectivement au pilotage de la politique hospitalière, à la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), à la gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance, à l'action sociale dans le régime général, enfin aux régimes spéciaux de retraite des industries électriques et gazières, de la RATP et de la SNCF.

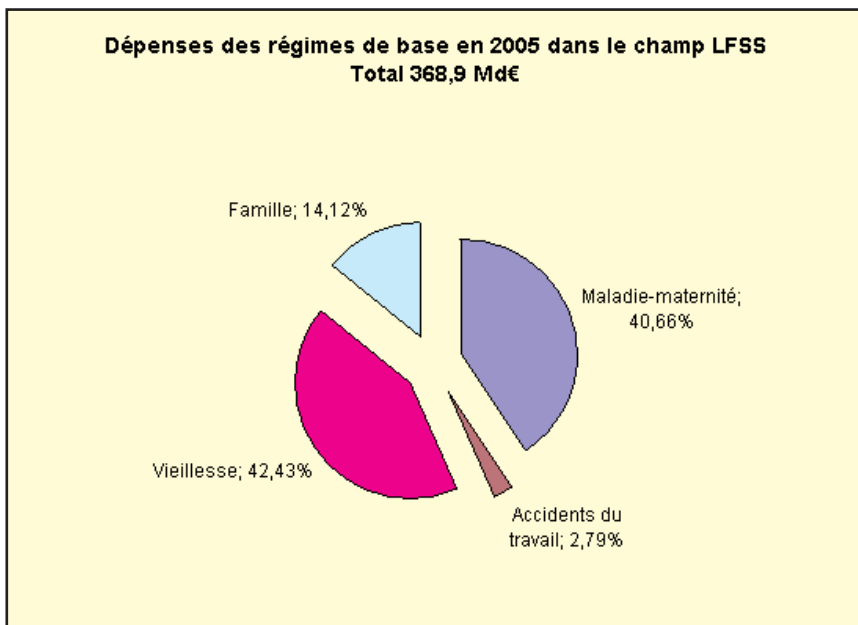
Enfin, un rapport distinct porte sur des travaux préparatoires aux missions de la Cour confiées par la loi organique du 2 août 2005, en particulier la certification des comptes combinés des branches du régime général. Ce rapport séparé préfigure celui que la Cour, en application de la loi organique, publiera pour la première fois en 2007 sur les comptes 2006. ■

Cour des comptes

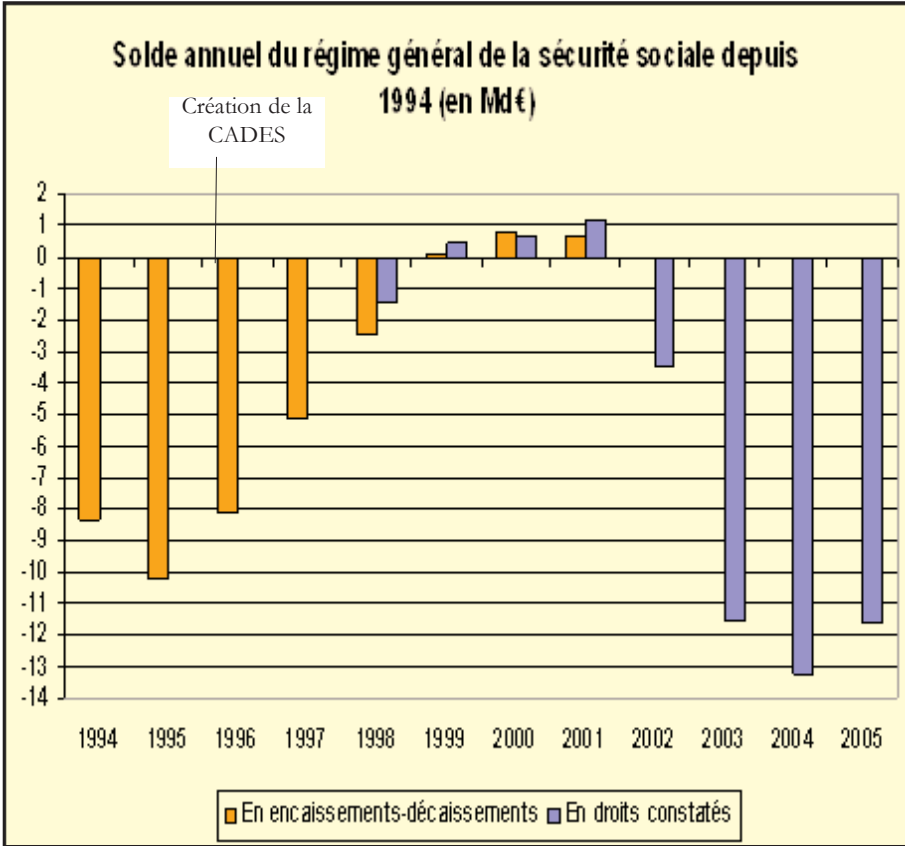
I Les comptes 2005

Les chiffres clés :

	<i>(en Md€)</i>		
	2003	2004	2005
PIB en valeur	1 594,8	1 659	1 710
ONDAM voté	123,5	129,7	134,9
ONDAM réalisé	124,6	130,4	134,9
Dépenses vieillesse réalisées	140,5	147	156,5
Dépenses famille réalisées	43,4	45,3	52,1
Solde du régime général (résultat courant)	-11,5	-13,2	- 11,6
Dont :			
- assurance maladie	-11,8	-12,3	
- vieillesse	0,6	-0,1	- 1,9
- famille	0,2	-0,6	- 1,3
Ensemble des régimes de base	- 11,7	- 12,8	- 11
FSV	- 0,9	-0,6	- 2
BAPSA (2004), FFIPSA (2005)		- 0,7	- 1,4
Besoin global de financement	- 12,6	- 14,1	- 14,4



Source : Direction de la sécurité sociale.



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

A - Des résultats particulièrement préoccupants

Toutes les branches du régime général sont déficitaires

En 2005, pour la deuxième année consécutive, l'ensemble des branches maladie, vieillesse et famille sont déficitaires. Toutefois, le déficit de la branche maladie s'est réduit en 2005 (passant de 12,2 Md€ en 2004 à 8 Md€) ce qui a entraîné une diminution du déficit global du régime général de 13,2Md€ à 11,6Md€. A l'inverse, les autres branches voient leurs comptes se dégrader : le déficit de la branche famille passe de 0,5 Md€ à 1,3 Md€, celui de la branche accidents du travail/maladies professionnelles de 0,3 Md€ à 0,43 Md€ et la branche vieillesse qui était presque en équilibre 2004 (-0,07 Md€) enregistre un déficit de près de 2 Md€.

Le financement de ces déficits engendre de très importants frais financiers. Pour la branche maladie du régime général, la CNAMTS a supporté 1,5 Md€ de frais financiers pour les années 2001 à 2005, soit l'équivalent de la baisse du déficit du régime général entre 2004 et 2005.

Les fonds de financements connaissent des déficits cumulés importants

Fait tout aussi inquiétant, les deux organismes concourant au financement des régimes de sécurité sociale connaissent des déficits croissants sans que des mesures suffisantes aient été prises pour rééquilibrer leurs comptes.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaît un déficit de 2 Md€ en 2005, ce qui porte son déficit cumulé à 3,7 Md€, soit près du tiers de ses ressources annuelles. Le déficit du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) s'est élevé à 1,4 Md€ en 2005, portant son déficit cumulé à 2 Md€. Au total, ces deux fonds présentent un déficit cumulé de près de 6 Md€. Aucune amélioration n'est attendue en 2006.

Au total, le déficit global de l'ensemble des régimes et de leurs fonds de financement est passé de 14,2 Md€ en 2004 à 14,4 Md€ en 2005.

L'Etat, auquel il incombe de prendre les mesures nécessaires au rétablissement des comptes de ces fonds érigés en établissements publics nationaux, n'a pas décidé de régler cette question. Dans ces conditions, l'existence de ces fonds contribue à masquer la situation financière réelle de la sécurité sociale. Leur suppression s'impose afin que les comptes des régimes concernés fassent apparaître leurs vrais déficits.

De futurs déficits à financer

Depuis 2006, la loi de financement de la sécurité sociale mentionne en annexe les résultats prévisionnels des exercices à venir. Compte tenu des déficits constatés en 2004 et 2005, ces résultats aboutissent, sur la période 2004-2009, à un besoin de financement de l'ordre de 37 Md€ pour le régime général, le FSV et le FFIPSA. Le déficit cumulé prévisionnel du FSV et du FFIPSA s'établit à plus de 17 Md€ en 2009 (8,25 Md€ pour le FSV et 9,1 Md€ pour le FFIPSA).

La résorption de ces déficits impliquera tout à la fois des efforts accrus en matière de maîtrise des dépenses et une hausse des prélèvements quelle que soit la solution retenue, (transfert à la CADES ou apport de ressources aux régimes et fonds concernés)⁽¹⁾.

B - La régulation des dépenses

La maîtrise des comptes passe, notamment, par une meilleure régulation des principaux postes de dépenses des branches. Chaque année,

la Cour examine certains de ces postes. En 2005, les investigations ont porté sur les dépenses d'action sociale de la branche famille (voir le point IV de cette synthèse), l'activité des infirmiers en secteur libéral et la rétrocession des médicaments achetés à l'hôpital.

L'activité des infirmiers en secteur libéral (IDEL)

Les 50 000 infirmiers libéraux (IDEL) représentent en 2004 10 % du total des infirmiers diplômés d'Etat et leur activité 3,2 Md€ de dépenses. Après une décennie marquée par l'explosion des dépenses de soins infirmiers, liée principalement à la très forte croissance des installations d'IDEL en ville (+4,8 % en moyenne annuelle), le ministère de la santé et la CNAMTS ont décidé à partir de 1992 de mieux réguler cette activité en freinant les nouvelles installations, en limitant le volume des actes et en favorisant les actes les plus qualifiés (piqûres, transfusions, pansements...). Aucune de ces démarches n'a été couronnée de succès.

1) Les dispositions de la loi organique du 2 août 2005 prévoient que "tout transfert à la CADES est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale".

2) Infirmier diplômé d'Etat en secteur libéral.

L'action sur la démographie des IDEL n'a pas produit d'effets

Entre 1980 et 2004, l'offre de soins infirmiers est passée de 42 à 82 IDEL pour 100 000 habitants. Cette croissance a été largement déconnectée de celle du nombre de médecins et de patients. Aucune profession de santé ne connaît des densités aussi inégales entre régions : de 1 à 5 en moyenne avec 36,5 IDEL pour 100 000 personnes en Ile-de-France contre 177 en Languedoc-Roussillon.

Si la croissance des IDEL s'est ralentie depuis quelques années, leur répartition géographique est toujours aussi déséquilibrée.

Les instruments de maîtrise du nombre des actes n'ont pas fonctionné

La très forte augmentation des actes s'est traduite par une augmentation de la durée de travail de 47 à 50 heures par semaine entre 1993 et 2000. Pour y répondre, deux instruments ont été mis en place dans les années 90 : l'objectif quantifié national (OQN) et les seuils d'efficacité. L'OQN était une enveloppe limitative par profession dont le dépassement devait être sanctionné par des versements ou des baisses de tarifs. Celui des IDEL n'a jamais été réellement appliqué. Les seuils d'efficacité, quant à eux, ont été fixés à des niveaux trop élevés (le seuil à ne pas dépasser correspondant à une activité de 8 heures par jour sur 365 jours),

incompatibles avec un exercice normal de la profession. En outre, le dépassement de ces seuils devait donner lieu à des versements d'honoraires individuels qui n'ont jamais été effectués.

La tentative de redéfinition de l'activité a échoué

Tant dans un souci de revalorisation du statut des IDEL que d'économies, l'assurance maladie a également tenté de concentrer leur activité sur les actes techniques et de faire prendre en charge les soins de toilette (actes dits de "nursing") par l'entourage des personnes dépendantes ou les aides ménagères. Cette mode de régulation initiée depuis plus d'une décennie n'a finalement abouti qu'en 2002 avec la création de la démarche de soins infirmiers (DSI). Prescrite par le médecin, celle-ci confère aux IDEL un rôle de diagnostic et de prescription, puisqu'il leur appartient de décider si la prise en charge de la personne dépendante doit être réalisée par des infirmiers ou par des aides à domicile et l'entourage. Cette alternative tient à ce qu'aucun recours aux aides-soignants salariés n'est possible dans le secteur libéral.

La DSI s'est très peu répandue : son échec s'explique à la fois par le refus de la profession d'abandonner les activités de "nursing" et par les réticences des médecins qui doivent approuver le

diagnostic et la prescription effectués préalablement par l'IDEL.

Les missions et les compétences des infirmiers libéraux dans le système de soins doivent donc être revus en profondeur, faute de quoi toute tentative de régulation de leur démographie et de leurs activités s'opérera à l'aveugle.

La rétrocession des médicaments achetés à l'hôpital

Une pratique croissante qui s'exerçait jusqu'à une date récente en dehors de toute régulation

Les médicaments rétrocedés sont ceux vendus par les pharmacies hospitalières à des patients qui ne sont pas hospitalisés. Achetés par les hôpitaux, ces médicaments sont remboursés à 100 % aux assurés au titre des soins de ville par l'assurance maladie. Ce dispositif est avantageux pour les hôpitaux qui bénéficient d'une marge de 15 % sur le prix d'achat. Ceux-ci ne sont donc pas incités à négocier fermement avec les fournisseurs de médicaments alors que les prix de vente sont librement négociés par chaque hôpital. Cette pratique a connu ainsi une forte progression au début des années 2000, le coût des médicaments rétrocedés passant de 660 M€ en 2000 à 1,4 Md€ en 2004 pour le seul régime général.

La rétrocession a fonctionné longtemps en l'absence de tout encadrement juridique. Une loi ancienne de 1992 l'interdisait tout en prévoyant la possibilité de déroger à cette interdiction par un décret en Conseil d'Etat qui n'est intervenu qu'en juin 2004.

Les pratiques critiquées perdurent en dépit des textes pris pour y mettre fin

Ce décret a été suivi, six mois plus tard, par un arrêté établissant une première liste de médicaments "rétrocédables". Toutefois les critères justifiant l'inscription des médicaments sur cette liste (contraintes de distribution, sécurité de l'approvisionnement et nécessité d'effectuer un suivi) ne sont guère explicites et leur application ne s'appuie sur aucune évaluation collective. D'autre part, les médicaments rétrocedés avant le décret de 2004 peuvent continuer à l'être sans être inscrits sur la liste. Quant aux médicaments qui n'étaient pas rétrocedés avant 2004 et qui ne sont pas inscrits sur cette liste, ils peuvent aussi être rétrocedés dès lors qu'une demande d'inscription a été déposée. Le principe même de la liste limitative est donc vidé de son sens.

De plus, faute de décision sur le niveau de la marge forfaitaire des établissements, la marge proportionnelle continue de s'appliquer.

Le dispositif de régulation des prix ne permet pas d'aligner les prix des médicaments rétrocédés par les hôpitaux sur les prix pratiqués en ville

En 2004, la loi et un accord cadre passé entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique ont mis en place un dispositif de déclaration de prix pour les laboratoires ainsi que les critères susceptibles de fonder une opposition du comité économique des produits de santé (CEPS) au prix déclaré. Dans la moitié des cas, le CEPS s'est opposé au prix déclaré car il était nettement plus élevé qu'à l'étranger ou que ceux obtenus par les hôpitaux pour leur propre consommation.

Selon le CEPS, ce dispositif a eu pour effet de maîtriser les prix, voire dans de nombreux cas de les diminuer. Les rétrocessions ont légèrement diminué en 2005 (de 209 M€). Néanmoins, les prix acceptés ou fixés demeurent plus élevés que ceux appliqués dans le cadre des soins de ville. La LFSS pour 2006 a prévu que le CEPS pourra décider de baisser le prix si la dépense excède un seuil qu'il fixera lui-même.

Finalement, il apparaît que la manière la plus simple de mettre rapidement les médicaments à la disposition des patients non hospitalisés serait de les distribuer en même temps en ville et à l'hôpital, à l'instar de ce qui se fait déjà depuis 2005 pour certains médicaments et en suivant l'exemple des pays voisins, dès lors qu'ils ont reçu leur autorisation de mise sur le marché. Il convient donc de mettre fin à cette exception française.

Sur le secteur des IDEL

1. Mettre fin au dispositif intitulé démarche de soins infirmiers et redéfinir les missions et les activités des infirmiers libéraux notamment par rapport à celles des médecins et des aides-soignants

Sur l'ONDAM hospitalier

2. Concernant la fiabilité des informations :

➔ accélérer les investigations sur l'origine des écarts importants qui apparaissent entre les données comptables des caisses et les délégations de dotations

➔ apporter sans délai des améliorations au système d'information de la CNAMTS concernant les établissements du secteur privé (SNIR-AM).

3. Concernant la régulation des dépenses :

➔ clarifier le contenu, la présentation et le suivi comptable des "dépenses autres" dans la ligne "établissements de santé" ;

➔ si la situation l'exige, prendre des mesures infra annuelles d'ajuste-

ment selon des modalités plus efficaces que celles qui ont été appliquées en 2005.

Sur l'ONDAM personnes handicapées

4. Préciser, en annexe au PLFSS, les catégories d'établissements et de services entrant dans le champ de l'ONDAM-PH.

5. Définir dans un texte réglementaire les catégories de dépenses incombant à l'assurance maladie pour chaque catégorie d'établissements pour personnes handicapées.

6. Mettre en place un système d'information statistique et comptable sur les établissements relevant de l'ONDAM-PH pour en suivre les dépenses.

Sur les ressources des organismes de sécurité sociale et les fonds de financement

7. Prévoir les crédits budgétaires ou les ressources fiscales nécessaires au financement des prestations et aux remboursements des exonérations de cotisations sociales à la charge de l'Etat.

(3) Les recommandations énumérées dans la synthèse concernent l'intégralité des recommandations des chapitres de la première partie du rapport. Certains points de cette première partie ne sont toutefois pas abordés dans la présente synthèse.

8. Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA.

9. Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du FSV. A défaut, supprimer ce fonds.

Sur les résultats financiers et le financement des déficits

10. Limiter le plafond des avances à la couverture des seuls besoins de trésorerie.

Sur les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes

11. Améliorer le fonctionnement du dispositif actuel notamment en modulant les remises de gestion.

12. Etablir un plan national de contrôle interne et de prévention des risques applicable à l'ensemble des centres informatiques.

13. Interdire le développement d'applications locales concurrentes des outils nationaux.

14. Rattacher les informaticiens développeurs à la direction nationale informatique de chaque branche.

15. Aligner l'assiette des cotisations maladie et famille des employeurs publics sur le droit commun du régime général.

16. Transmettre, dans une forme équivalente au secteur privé, les pièces justificatives des paiements des cotisations sociales afin que les URSSAF soient en mesure de vérifier mensuellement les cotisations versées par l'Etat.

17. Verser les cotisations sociales pour les rémunérations payées sur frais de justice.

Sur la rétrocession hospitalière

18. Supprimer la catégorie des médicaments rétrocédés.

19. Dans l'attente de cette réforme, appliquer pleinement le décret du 15 juin 2004.

II La réforme du financement des établissements de santé

La tarification à l'activité (T2A), qui a introduit à partir de 2005 un nouveau mode de rémunération des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés, poursuit essentiellement deux buts : financer de la même manière tous les établissements de santé, publics et privés et les rémunérer en fonction de leurs activités de soins. Elle ne concerne pour l'instant que les activités de court séjour (médecine, obstétrique et chirurgie).

A - Les principes du financement avant et après la réforme

Des modes de financement différents selon les secteurs

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la T2A, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par une dotation globale annuelle, alors que les établissements privés à but lucratif étaient rémunérés sur facture par un prix de journée et des forfaits techniques. Les deux systèmes présentaient des défauts majeurs : la dotation globale

(fixée en référence à une base de dépenses datant de 1983) figeait les ressources et la rémunération à la prestation des cliniques privées était par nature inflationniste

Des mécanismes de péréquation peu efficaces

Afin de réduire les fortes disparités de ressources entre les régions et les établissements, une procédure de péréquation entre régions a été mise en place à partir de 1997 pour les établissements publics et étendue au secteur privé en 2000. Bien qu'elle ait permis une réduction (modeste) de l'écart maximal entre dotations régionales, la politique de péréquation a perdu toute crédibilité lorsque la période de convergence est passée en 1999 de 17 à 30 ans. L'inefficacité de ce dispositif a accéléré le passage à la T2A.

Le principe de la T2A

Le principe de la T2A est de forfaitiser les dépenses afférentes à un séjour. Le tarif ne rémunère pas les coûts réellement engagés pour chaque patient mais est fixé ex ante pour chaque groupe homogène de malades appelé GHM. Ainsi conçu, ce dispositif

présente plusieurs mérites : il rémunère les établissements sur la base de leur activité de soins, il réduit les risques inflationnistes en forfaitisant les séjours, enfin il permet aux établissements de santé de connaître par avance les tarifs et donc d'optimiser leurs recettes et leurs activités.

B - La mise en œuvre de la tarification à l'activité

Bien que récemment mise en œuvre, la T2A est déjà devenue un élément structurant de la gestion hospitalière. Sa mise en œuvre souffre néanmoins de nombreuses incertitudes.

Les règles de définition et de calcul des tarifs ne sont pas suffisamment explicitées

La fixation des tarifs est une opération complexe...

Fixer un tarif unique pour chaque groupe homogène de malades est une opération complexe. En effet, les activités des établissements de santé sont multiples, les profils des malades sont hétérogènes et les coûts ne sont pas identiques sur l'ensemble du territoire. Aussi la tarification a-t-elle tendance à se sophistication avec le temps selon deux

modes principaux constatés dans les pays qui la pratiquent : d'une part en augmentant le nombre de GHM et/ou en introduisant plusieurs tarifs pour un même GHM, d'autre part en sortant du forfait des dépenses considérées comme porteuses d'une variabilité trop forte à l'intérieur d'un même GHM.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité devrait donc s'efforcer d'éviter ces deux écueils.

qui peut conduire à contourner les contraintes de la tarification à l'activité

S'il est normal que certaines activités ou prestations soient en dehors des forfaits de séjour (les missions d'intérêt général, par exemple d'enseignement universitaire, les soins de réanimation ou encore certains dispositifs médicaux et médicaments onéreux), il convient de les définir très strictement. A défaut, on risque de vider la réforme de sa substance en multipliant les financements hors tarif. Certaines activités actuellement financées comme des missions d'intérêt général (par exemple les SAMU et les SMUR des services d'urgences) devraient être couvertes par des tarifs.

De même, la prise en compte de facteurs géographiques qui renchérisse dans certaines régions (Ile-de-France, Corse, DOM) le coût des soins doit être fondée sur des critères clairs et des études bien documentées, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Enfin, la détermination des tarifs doit reposer sur les coûts d'un échantillon représentatif d'établissements, ce qui n'est pas encore le cas. Dans le secteur privé, les tarifs ont été fixés à partir des factures que les cliniques adressaient aux caisses d'assurance maladie avant l'introduction de la T2A. Dans le secteur public, il n'y a pas de lien avéré entre les coûts constatés et les tarifs fixés, en raison, notamment, du caractère non représentatif de l'échantillon retenu et des modalités de reconstitution des coûts complets des GHM.

En définitive, qu'il s'agisse de la classification des GHM, de la fixation des tarifs des diverses composantes du financement, des critères pris en compte pour arrêter les coefficients géographiques, la réforme manque encore de transparence et de lisibilité pour les établissements de santé.

L'impossibilité actuelle d'aboutir à une convergence des tarifs entre les secteurs public et privé

L'objectif de la T2A est de rémunérer un même séjour au même tarif quel que soit l'établissement dans lequel il a été effectué. Deux dispositifs concomitants y concourent : la convergence intrasectorielle (déjà entrée en vigueur) et la convergence intersectorielle qui vise, à terme, à

appliquer une seule grille tarifaire aux établissements publics et privés.

La convergence intra sectorielle doit s'appliquer progressivement d'ici 2012 afin de lisser ses effets redistributifs. Dans le secteur public, il y a proportionnellement plus d'établissements "gagnants" que dans le secteur privé, mais les écarts y sont plus importants (près de 60 % des établissements se situent à plus ou moins 10 % de la moyenne servant de référence, contre près de 90 % dans le secteur privé). Compte tenu du poids des dépenses de personnel dans le secteur public et de l'évolution modérée de l'ONDAM à l'avenir, cette convergence exige des gains de productivité très importants et difficiles.

Quant à la convergence intersectorielle, le législateur lui a fixé un calendrier serré : elle doit être réalisée à 50 % dès 2008 et à 100 % en 2012. Or, sa réalisation exige, selon la Cour, la mise en œuvre préalable de trois conditions nécessitant des décisions politiques majeures :

- la convergence doit se faire à partir de l'alignement sur les tarifs des établissements les plus performants ;
- elle doit s'appliquer à des tarifs complets (qui doivent donc inclure les honoraires des professionnels de santé exerçant dans les cliniques privées) ;
- les tarifs doivent rémunérer des prestations homogènes, ce qui implique que soient préalablement éliminés les facteurs de disparité tenant à la nature

des prestations délivrées par chacun des secteurs.

Tant que ces conditions ne seront pas réalisées, une réelle convergence intersectorielle demeure impraticable.

Les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées

Les schémas régionaux de l'organisation de l'offre de soins (dits SROS de troisième génération) ont été publiés en mars 2006. Ils comportent désormais des objectifs quantifiés de l'offre de soins, par activité et par équipement, qui doivent guider la planification des activités de soins sur un territoire de santé défini. Ces objectifs quantifiés seront déclinés par établissement au moyen de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre eux et les agences régionales de l'hospitalisation.

L'articulation de cette réforme avec la T2A n'est pas aujourd'hui évidente, puisque ces deux réformes ont des effets potentiellement contradictoires. Reconfigurer l'offre hospitalière sur la base d'une répartition géographique des activités de soins paraît en effet antinomique avec le fait d'inciter les établissements à adapter leur activité pour améliorer leur performance économique. La T2A étant désormais la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, le rôle dévolu à

la planification des activités doit être explicite, ce qui n'est pas le cas actuellement. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doivent être pensés comme des instruments permettant non pas d'enfermer les activités des établissements dans des objectifs quantifiés, mais de corriger les effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A.

La répartition des interventions des différents acteurs n'est pas satisfaisante

Un pilotage hésitant

Le pilotage de la réforme n'a pas initialement été confié à l'administration centrale (direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins -DHOS-) mais à une mission créée spécifiquement à cette fin en 2002 et rattachée directement au ministre : la "mission tarification à l'activité" (MT2A). La clarification des responsabilités de cette mission ainsi que le partage des rôles avec les autres acteurs de la réforme (dont au premier chef la DHOS) sont en cours.

La place de l'assurance maladie dans le contrôle est insuffisante

L'assurance maladie doit être responsable du contrôle des factures des établissements de santé. Or la

programmation de ces contrôles et le pouvoir d'infliger des sanctions financières en cas d'erreur ont été attribuées à la commission exécutive des ARH et non aux caisses primaires d'assurance maladie. Cette décision regrettable a eu pour effet de perturber en 2005 la mise en place du contrôle externe de la facturation des établissements.

Les dispositifs d'évaluation sont embryonnaires

Un comité d'évaluation a été mis en place en 2005 sous l'autorité du directeur de la haute autorité de santé. Ses travaux progressent lentement. Or ceux-ci sont d'autant plus indispensables qu'il a été constaté dans les pays qui ont fait le choix de la T2A que celle-ci pouvait avoir des effets indésirables tels que des codages de soins illicites, la multiplication du nombre de séjours rémunérés par forfait, la sélection des malades, l'externalisation des soins jugés les moins rentables, etc.

La réforme de la T2A, entrée en vigueur en 2005, est désormais une donnée majeure de la gestion des établissements de santé. Elle est susceptible de produire des effets positifs sur le fonctionnement des établissements de santé (gains de productivité, meilleure organisation des soins, accompagnement des restructurations). Mais elle comporte également des risques importants quant au niveau des dépenses et à la qualité des soins. La maîtrise de ces risques implique de mettre rapidement en place les instruments d'un contrôle et d'une évaluation efficaces. La levée des incertitudes pesant sur les principes mêmes de la réforme (définition des tarifs, objectifs de convergence tarifaire, articulation avec la planification des activités, rôle des acteurs) nécessite par ailleurs une clarification urgente du scénario cible et une remise en cause du calendrier initialement arrêté.

20. Confier à la DHOS la responsabilité du pilotage des réformes du plan hôpital 2007.

21. Substituer le financement de l'Etat à celui de l'assurance maladie pour les missions du plan hôpital 2007.

22. Intégrer dans la part tarifée à l'activité les composantes des MIGAC qui peuvent y entrer.

23. Expliciter les règles tarifaires et leurs méthodes de calcul de manière à rendre plus lisible pour les acteurs les choix qui sont faits.

24. Réunir les conditions nécessaires pour la réussite de la convergence intersectorielle et modifier, en conséquence, le calendrier actuellement inscrit dans la loi.

25. Mieux articuler les outils de la planification hospitalière avec la T2A de manière à les rendre complémentaires.

26. Développer les études et les analyses permettant de comparer l'activité des deux secteurs d'hospitalisation et de porter un jugement sur l'efficacité des organisations.

III La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire

La loi du 27 juillet 1999 a créé une couverture maladie universelle (CMU) de base pour toute personne résidant sur le territoire français. Elle concerne 1,7 million de bénéficiaires.

Elle a également créé une couverture complémentaire (CMUC) qui complète cette garantie de base. Elle assure le remboursement du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier. Elle est gratuite pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil.

Les bénéficiaires actifs de la CMUC sont au nombre de 4,8 millions en 2005.

Les caractéristiques de la population des bénéficiaires n'ont pas évolué depuis la mise en place de la CMUC : plus de 70 % d'entre eux ont moins de 40 ans et un quart des ménages bénéficiaires sont des familles monoparentales.

A - Les mécanismes mis en place pour atténuer les effets du plafond de ressources connaissent peu de succès

Le plafond de ressources

Le montant du plafond de ressources pour une personne seule est fixé à 598,23 € mensuels depuis le 1er juillet 2005, soit en deçà du seuil de pauvreté qui était de 645 € par mois par unité de consommation en 2003. De plus, ce plafond est réduit par la prise en compte d'un forfait représentatif des aides au logement, en plus des ressources. La loi de finances pour 2006

La gestion de la couverture maladie universelle complémentaire

a modifié les règles de calcul de ce forfait pour les nouveaux demandeurs pour les aligner sur celles retenues pour le RMI. Cette modification augmente le forfait et diminue ainsi le montant du plafond de ressources. Cela a eu pour conséquence de réduire le nombre de personnes éligibles à la CMUC d'environ 20 000. Ces règles supplémentaires, qui s'ajoutent à celles déjà existantes, compliquent la détermination du plafond de ressources et ont un impact négatif essentiellement sur les familles avec enfants.

L'impact faible des dispositifs destinés à pallier l'effet de seuil

La fixation d'un plafond de ressources prive de couverture complémentaire des personnes aux revenus très proches de ceux des bénéficiaires de la CMUC. Cet effet de seuil n'a jamais fait l'objet d'une évaluation par le ministère de la santé. Les dispositifs créés pour l'atténuer (contrat de sortie et crédit d'impôt) n'ont de plus pas fait la preuve de leur efficacité.

En effet, les contrats de sortie proposés pour une année par les organismes complémentaires aux anciens bénéficiaires de la CMUC, n'ont guère eu de succès puisque ce dispositif n'est utilisé que par 8 % des bénéficiaires potentiels.

Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie avaient mis en place et financé sur leurs fonds d'action sanitaire et

sociale des dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les personnes situées juste au dessus du plafond de ressources. Ces dispositifs ont été repris en 2004 dans une mesure dite de crédit d'impôt. Destinée aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de ressources CMUC et ce plafond augmenté de 15 %, cette aide correspond à un bon de réduction que le bénéficiaire présente à l'assureur ou à la mutuelle de son choix pour financer une partie de sa couverture complémentaire maladie. L'assureur déduit le montant du bon du prix que paie l'assuré pour sa couverture complémentaire et se fait rembourser par le fonds CMU. Sur une population potentielle de deux millions de personnes, 200 000 seulement avaient utilisé cette aide fin 2005.

B - Un accès facilité au système de soins que contrarient toutefois des comportements de refus de soins de certains professionnels de santé

Un accès facilité aux soins

La couverture du ticket modérateur et du forfait journalier, la limitation de prix applicables à certaines prestations

dispensées dans le cadre de la CMUC pour lesquelles il n'existe pas de tarif limitatif, la dispense d'avance de frais ont incontestablement facilité l'accès aux soins. Le niveau de prise en charge par la CMUC s'avère plus élevé que dans la moitié des contrats d'assurance complémentaire.

Selon la DREES, la CMUC n'a pas d'influence sur le niveau des dépenses hospitalières mais induit des dépenses ambulatoires supérieures de 38 % à celles des personnes sans assurance complémentaire et de 18 % à celles des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire traditionnelle. Cela est dû globalement à un état de santé plus dégradé chez les personnes qui n'avaient pas de couverture complémentaire avant la CMUC.

Le bénéfice de la CMUC permet ainsi de diviser par trois le risque de renoncement aux soins des patients les plus défavorisés. Une enquête menée par la DREES en mars 2003 indiquait ainsi que 71 % des ménages nouvellement bénéficiaires qui avaient dû renoncer à des soins pour des raisons financières avaient pu les engager après avoir bénéficié de la CMUC.

Des phénomènes préoccupants de refus de soins par certains médecins

Une étude récente du fonds CMU atteste de la réalité des cas de refus de soins, principalement par des

spécialistes (chez ces derniers, un taux de refus global de 41 % a été constaté) et des dentistes. Ces refus peuvent découler de l'interdiction de pratiquer à l'égard des bénéficiaires de la CMUC les tarifs du secteur II ou des dépassements d'honoraires. La CNAMTS a sensibilisé en 2005 les caisses primaires sur ce phénomène en précisant les procédures à diligenter à l'encontre des professionnels de santé qui refuseraient de recevoir des patients relevant de la CMUC. L'implication des caisses reste toutefois inégale.

C - La gestion, le financement et le contrôle du dispositif

La gestion du dispositif est excessivement éclatée

La CMUC présente la particularité d'être une prestation gérée tout à la fois par les caisses primaires d'assurance maladie et par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance qui le souhaitent.

Depuis la mise en œuvre de la CMUC, le nombre des organismes complémentaires ayant accepté de la gérer a cependant été divisé par trois : de 830 en 2001, ils sont passés à 260 en 2006. La proportion des bénéficiaires de la CMUC gérés par des organismes complémentaires a toujours été

inférieure à 15 % et régresse malgré les dispositions qui étaient destinées à encourager les bénéficiaires de la CMUC à recourir aux organismes complémentaires.

Il conviendrait en conséquence de s'interroger sur l'intérêt de conserver une architecture très complexe pour un résultat aussi limité et d'étudier le rattachement automatique de la gestion de la CMUC à l'organisme gérant le régime de base.

Prestation de solidarité, la CMUC est de moins en moins financée par l'Etat

Le financement de la CMUC reposait initialement sur une contribution des organismes complémentaires, assise sur le montant des primes et sur une subvention d'équilibre de l'Etat versée au fonds CMU gestionnaire du dispositif.

Depuis 2005, les organismes complémentaires ont vu leurs contributions s'accroître et le fonds CMU a bénéficié de certaines recettes fiscales affectées auparavant à l'assurance maladie. De plus, depuis 2004, les dépenses de CMUC des CPAM ne sont plus remboursées intégralement mais sur la base d'un forfait.

De ce fait, la participation de l'Etat, au travers de la subvention d'équilibre au fonds CMU, a été ramenée de 800 M€ en 2000 à 354 M€ en 2006.

Des contrôles à renforcer

Les contrôles exercés par le fonds CMU sur les effectifs de bénéficiaires déclarés par les caisses ont montré en 2004 des incohérences qui se sont traduites par une diminution de 200 000 bénéficiaires par rapport aux effectifs initialement déclarés par la CNAMTS.

S'agissant des assurés, les contrôles portent sur les conditions de ressources et sur les dépenses. Il conviendrait de permettre aux caisses primaires d'avoir accès aux fichiers des services fiscaux ou des URSSAF et de ne pas attendre le renouvellement des demandes pour vérifier les déclarations de ressources effectuées sur l'honneur.

27. Simplifier le mécanisme du forfait logement dans le calcul des ressources du demandeur de la CMUC.

28. Réformer les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les rendre plus simples et plus lisibles pour l'usager.

29. Renforcer le contrôle du dénombrement des bénéficiaires déclarés par les régimes obligatoires.

30. Mieux contrôler les déclarations de ressources en développant les croisements de fichiers avec les services fiscaux.

31. Exercer en matière de refus de soins une plus grande vigilance et diligenter les sanctions prévues à cet effet.

32. Etudier la simplification du dispositif en confiant à l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie obligatoire la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire.

IV La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

La gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire de plus de 11 millions de personnes est déléguée à des mutuelles et des sociétés d'assurance.

Pour les fonctionnaires de l'Etat, cette situation résulte d'une loi de 1947 dite loi Morice, qui a maintenu l'intervention des mutuelles de santé dans la gestion de l'assurance maladie des fonctionnaires.

L'intervention des mutuelles et des sociétés d'assurance existe également pour le régime agricole depuis 1961 et pour le régime des travailleurs indépendants depuis 1966.

Pour la gestion déléguée du régime obligatoire, ces organismes emploient près de 10 000 salariés et versent 10,5 Md€ de prestations pour le compte de l'assurance maladie. Ils ont reçu en contrepartie de leur gestion une rémunération de 550 M€ en 2004.

A - Une organisation complexe dont le coût pour les régimes obligatoires n'est pas toujours justifiée

Cinq types d'organisation

Le seul régime général connaît trois catégories de délégation pour les fonctionnaires, pour les étudiants et pour les autres assurés relevant normalement des CPAM.

les fonctionnaires

Cinq millions de fonctionnaires et d'ayants droits sont gérés par des mutuelles de fonctionnaires qu'ils soient ou non adhérents à la couverture complémentaire de cette mutuelle. En outre, 375 000 agents non titulaires et leurs ayants droits sont également gérés,

La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

nonobstant les termes de la loi du 11 janvier 1984, par une mutuelle de la fonction publique sur le fondement, juridiquement insuffisant, d'une circulaire de 1947 confirmée par des lettres ministérielles.

les étudiants

Les mutuelles étudiantes gèrent le régime d'assurance obligatoire de 1,6 millions d'étudiants. Ces étudiants ont le choix entre deux mutuelles au moins, parfois davantage selon l'offre locale et ils l'exercent chaque année lors de leur réinscription dans un établissement leur ouvrant droit au bénéfice de l'assurance maladie.

les autres assurés

L'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale permet aux caisses primaires d'assurance maladie de confier le service des prestations du régime obligatoire à des mutuelles remplissant certaines conditions. C'est dans ce cadre que des mutuelles gèrent notamment les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

les travailleurs indépendants

L'assurance maladie des professions indépendantes relève d'une autre organisation. Le régime (caisse nationale et caisses mutuelles régionales) assure les fonctions de pilotage et les trois millions de bénéficiaires ont le choix pour le paiement de leurs prestations entre des mutuelles et des sociétés d'assurance.

les exploitants agricoles

Enfin, les exploitants agricoles peuvent choisir entre une caisse de mutualité sociale agricole (MSA), des assureurs ou des mutuelles. Sur un total de 2,1 millions de personnes protégées, 90 % ont choisi la MSA, 10 % des sociétés d'assurance.

Des modes de rémunération peu homogènes

Les mutuelles et les sociétés d'assurance qui gèrent les régimes obligatoires sont rémunérées selon des modalités diverses. Certains modes de rémunération tiennent compte des performances en matière de gestion du risque ou de qualité de service, en particulier pour les mutuelles de fonctionnaires. Ce n'est le cas ni pour les mutuelles d'étudiants, ni pour les assureurs gérant les exploitants agricoles.

En 2004, les mutuelles de fonctionnaires ont été rémunérées en moyenne 53,6 € par personne prise en charge soit 18 % de plus que les organismes délégués de l'assurance maladie des professions indépendantes (45,3 € par personne prise en charge). A l'intérieur du champ des mutuelles habilitées par les CPAM, les écarts de rémunération sont parfois très importants sans justification avérée (entre 20,3 € et 62,4 €).

Reportée aux prestations servies, la rémunération perçue par les mutuelles et les sociétés d'assurance varie de 3 %

La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

pour les organismes délégués de l'assurance maladie des exploitants agricoles à 21 % pour les mutuelles d'étudiants. Cet écart considérable s'explique en partie par le fait que les étudiants ont beaucoup moins recours aux soins. En outre, des tâches supplémentaires résultent notamment pour les mutuelles de la réinscription annuelle de tous les étudiants.

B - Le bien-fondé de la gestion déléguée n'est plus démontré

Une dispersion des moyens qui peut s'avérer contre-productive

Pour le régime général, l'importance des moyens humains mobilisés d'une part par les mutuelles (plus de 7000 agents sur les 10 000 précités) et d'autre part par l'assurance maladie (36 600) conduit à s'interroger sur l'intérêt de disperser la gestion entre de multiples structures et de se priver ainsi de gains de productivité importants au sein de l'assurance maladie.

Une restriction à la liberté de choix de son assureur complémentaire

Les transferts informatisés de données entre caisses primaires et assureurs se sont développés et permettent à l'assuré de bénéficier d'un remboursement automatique de la part

complémentaire quel que soit l'assureur gérant son contrat d'assurance maladie complémentaire. Toutefois, les assurés gérés par délégation rencontrent des difficultés à obtenir un tel service de la part de leurs mutuelles dès lors qu'ils ont fait le choix d'une couverture complémentaire auprès d'un organisme tiers, concurrent de leur mutuelle.

Une adaptation problématique aux évolutions des métiers de l'assurance maladie

Les délégations de gestion s'adaptent difficilement aux évolutions des métiers de l'assurance maladie obligatoire. Les obligations qui pèsent sur les mutuelles en matière d'actions de prévention sont peu contraignantes. Les conditions d'un développement souhaitable de la liquidation médico-administrative dans les mutuelles se heurtent aux difficultés de prise en compte des informations médicales car celles-ci sont détenues par le service du contrôle médical dans les CPAM. A titre d'exemple, les mutuelles ne sont pas en mesure de vérifier le respect pour les fonctionnaires des règles de gestion des affections de longue durée.

Des difficultés pour les contrôles exercés par les régimes obligatoires

Bien que les mutuelles et assurances paient les prestations pour le compte des régimes d'assurance maladie, ceux-ci

La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

éprouvent des difficultés à contrôler des organismes dont la délégation de gestion résulte de la loi. Cette situation a été mise en lumière dans tous les régimes à l'occasion des travaux préparatoires à la certification des comptes. Ainsi, en l'absence d'habilitation par les tutelles, les contrôles que peut exercer la MSA sur les sociétés d'assurance sont très limités.

C - Les réformes souhaitables

Les constats effectués montrent l'intérêt limité de la gestion déléguée pour les assurés et pour les régimes, ainsi que l'inadaptation d'une organisation remontant à l'après-guerre au développement de politiques nouvelles. Ils doivent entraîner une réflexion sur l'avenir de ce mode de gestion. La question ne se pose pas cependant dans les mêmes termes pour les trois régimes.

Les exploitants agricoles

La faible part des exploitants agricoles ayant choisi une société d'assurance pour le paiement des prestations obligatoires conduit à s'interroger sur le maintien de la délégation. Compte tenu de son caractère marginal, sa suppression pourrait être envisagée avec reprise de cette mission par la MSA.

Les travailleurs indépendants

Pour les travailleurs indépendants, l'importance de la gestion déléguée et la logique de son architecture plaident plutôt pour le statu quo.

Le régime général

La reprise par l'assurance maladie de la gestion déléguée pourrait entraîner, selon la CNAMTS, une économie de l'ordre de 250 M€ sur les 450 M€ qu'elle verse actuellement aux mutuelles pour la gestion des prestations obligatoires d'assurance maladie. Ce chiffre doit toutefois être considéré avec prudence car il ne tient pas compte des conséquences financières liées aux obligations légales de reprise des personnels des mutuelles.

Le transfert en cours à la CPAM des Hauts de Seine de la liquidation des prestations d'assurance maladie versées par les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale du personnel électricien et gazier (CMCAS) mérite ainsi d'être suivi avec attention. Si cet exemple était concluant, la question de son extension ne manquerait pas de se poser.

La gestion de l'assurance maladie par des mutuelles et des sociétés d'assurance

33. Limiter aux seuls agents titulaires de l'Etat l'intervention des mutuelles de fonctionnaires au titre de l'article L. 712-6.

34. Imposer à tout organisme gérant le régime obligatoire le principe du transfert des données administratives de la liquidation à l'assureur complémentaire.

35. Etudier la pertinence du maintien de la gestion déléguée de l'assurance maladie des fonctionnaires, des étudiants et des exploitants agricoles à des organismes

complémentaires. Dans l'immédiat, rendre cette gestion déléguée plus efficace et moins coûteuse, notamment en réformant le dispositif de rémunération des organismes délégués.

V L'action sociale dans le régime général

L'action sociale des caisses de sécurité sociale intervient en principe de manière facultative et subsidiaire par rapport au versement des prestations légales (allocations familiales, remboursement des dépenses de soins ou encore pensions de retraite...). Elle vise à prendre davantage en compte les cas individuels et à corriger les inéquités pouvant résulter de l'application de règles générales.

Dès lors, les aides attribuées par les caisses au titre de l'action sociale sont majoritairement des aides individuelles soumises à condition de ressources ou modulées en fonction de la situation des demandeurs.

Toutefois, dans la branche famille, les aides individuelles ne constituent plus pour les caisses d'allocations familiales qu'un mode d'intervention mineur (11,6 % des dépenses), par rapport au soutien accordé à l'offre de services collectifs.

Les dépenses d'action sociale de la branche famille atteignent un niveau sensiblement supérieur à celui des dépenses d'action sociale des autres branches : 3,42 Md€ en 2005, contre 661 M€ pour la branche maladie et 344 M€ pour la branche vieillesse.

A - L'action sociale de la branche famille : une croissance non maîtrisée des dépenses

La branche famille finance principalement des structures que gèrent les communes (directement ou par l'intermédiaire d'associations) dans le domaine de la petite enfance et des loisirs des enfants et adolescents : crèches, haltes-garderies, centres de loisirs.

Des crédits évaluatifs

Le financement de ces structures repose sur un dispositif à double étage :

- des aides au fonctionnement, appelées prestations de service ordinaires, sont versées à toutes les structures et prennent en charge une part plafonnée du coût de revient, en fonction de la fréquentation ;

- des aides au développement sont attribuées aux communes qui s'engagent, dans le cadre d'un contrat signé avec la CAF, à créer de nouvelles places d'accueil et/ou à améliorer la

qualité du service rendu. Ces aides sont qualifiées de prestations de service contractuelles.

Ces prestations de service, ordinaires ou contractuelles, destinées à financer des coûts de fonctionnement, étaient imputées sur des crédits évaluatifs du fonds national d'action sociale, ce qui donnait aux caisses un "droit de tirage" sur le fonds national et ne les incitait pas à maîtriser les aides attribuées.

Tirées par le dynamisme des prestations de service, les dépenses d'action sociale de la branche ont enregistré une croissance très vive ces dernières années, qui s'est accélérée en fin de période : 11,3 % par an en moyenne de 2001 à 2003, 15,9 % en 2004 et 15,2 en 2005.

Une croissance des dépenses non maîtrisée par la caisse nationale

La caisse nationale d'allocations familiales, qui a défini et impulsé cette politique, s'est révélée incapable de freiner la croissance de ces dépenses dès 2005, comme le prescrivait le budget pluriannuel 2005-2008 négocié avec l'Etat dans le cadre de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion. L'exécution 2005 du budget du fonds national d'action sociale s'est traduite par un taux de croissance de 15,2 % et un dépassement de 241 M€, soit 7,5 % du montant total prévu.

Pour les prestations de service ordinaires, les conditions de passage à une prestation unique pour les structures d'accueil permanent (crèches) et temporaires (haltes-garderies) se sont traduites par un transfert de charge des parents et gestionnaires de crèches vers les CAF. En conséquence, le coût moyen de la prestation de service versée par place agréée a augmenté de 40 % entre 2001 et 2004.

S'agissant des prestations contractuelles, la CNAF n'a pas anticipé l'accélération du rythme de croissance des dépenses, ni pris toutes les mesures nécessaires pour contenir leur progression. Ces dépenses sont ainsi passées de 440 M€ en 2001 à 1 056 M€ en 2005, soit une augmentation de 140 %. Cette montée en charge accélérée est le résultat d'une politique volontariste de la CNAF, qui a encouragé les CAF à développer les contrats, sans leur assigner d'enveloppes financières limitatives ni leur donner des directives de sélectivité dans le choix et le contenu des contrats.

Des défauts importants de conception

Les prestations de service contractuelles sont affectées d'une confusion originelle entre l'aide au développement et l'aide au fonctionnement : la bonification accordée dans le cadre contractuel n'est pas seulement une incitation ponctuelle

au développement, mais surtout une aide pérenne au fonctionnement.

De surcroît, les modalités de gestion retenues par la CNAF et les CAF ont aggravé ce défaut structurel et contribué au dynamisme des dépenses contractuelles. Ainsi, les règles relatives au taux de cofinancement des contrats ont conduit à accroître sans cesse le taux d'effort de la CAF au fur et à mesure que l'offre se développait. De surcroît, la méthode de calcul appliquée par la majorité des CAF aboutit à faire assumer par les caisses l'augmentation du coût de revient des places préexistantes et pas seulement la création de nouvelles places.

En outre, les moyens n'ont pas été répartis de manière équitable et rationnelle. Les prestations de service s'inscrivent en effet dans une logique universaliste qui s'attache à ne pas différencier le niveau des financements en fonction de la situation financière des communes ou des caractéristiques de leurs populations, ce qui les rend peu équitables. Ainsi, les prestations de service ordinaires et les contrats n'ont pas été utilisés par la CNAF pour aider en priorité les collectivités confrontées à de plus grandes difficultés pour développer leur offre d'accueil, en raison de besoins particulièrement importants ou de ressources insuffisantes. Cette logique a conduit à de grandes inégalités entre CAF, non corrélées avec la population des départements considérés. Pour les contrats enfance, les

écarts constatés en terme de dépenses par enfant, par an et par CAF varie de 30 € et moins à 330 € et plus. Pour la CAF de Seine-saint-Denis, la dépense est de 62 € alors que ce montant est supérieur à 300 € dans le Finistère. De même, en 2004, 14 % des contrats enfance faisaient état d'une dépense par enfant supérieure à 500 € notamment à Paris, Bordeaux et Lyon, mais aussi à Saint-Tropez et à Val d'Isère.

En définitive, du fait qu'elles s'inscrivent dans une logique de guichet ouvert et non dans une logique sélective, qu'elles prennent en charge des coûts de fonctionnement pérennes plutôt que des besoins ponctuels et qu'elles bénéficient d'un financement sur crédits évaluatifs et non limitatifs, les prestations de service versées par la branche famille se sont écartées fortement de la logique facultative et subsidiaire qui caractérise les dépenses d'action sociale des autres branches.

Ces dérives ont été rendues possibles par la faiblesse de la réflexion stratégique et du contrôle de gestion de la CNAF dans ce domaine, ainsi que par l'insuffisante vigilance du ministère chargé de la famille.

La CNAF a pris conscience de ces dérives et a engagé depuis 2006 un effort indéniable de redressement visant à maîtriser le dynamisme des dépenses des prestations contractuelles.

B - L'action sanitaire et sociale de la branche maladie : une clarification s'impose sur la nature des prestations et sur le choix des publics

L'action sociale de la branche maladie (661 M€ en 2005) consiste essentiellement dans l'attribution d'aides individuelles favorisant l'accès aux soins des assurés sociaux en situation de précarité. Une partie importante de ces aides (238 M€ en 2005) vise en réalité à prendre en charge des dépenses de soins pour des pathologies lourdes qui ne rentrent pas dans la liste des affections de longue durée définie par la loi. Ces dépenses ne répondent donc pas à la définition de l'action sociale.

Dans les années récentes, la branche maladie a mobilisé ses crédits d'action sociale pour mettre en place des aides destinées à pallier les effets de seuil de la CMUC. La loi a consacré cette pratique en mettant en place en 2004 un nouveau dispositif dit de crédit d'impôt (voir plus haut la gestion de la couverture maladie universelle complémentaire). Par voie de conséquence, les caisses doivent réorienter leurs aides individuelles vers d'autres publics sans que des orientations aient été définies par la caisse nationale. La CNAMTS n'a pas tranché sur le point de savoir si l'action

sociale des caisses devait conserver une logique de subsidiarité et donc viser des publics qui ne sont pas concernés par le crédit d'impôt ou si les aides devaient concerner les bénéficiaires du crédit d'impôt pour les dépenses importantes qui restent à leur charge.

C - L'action sociale de la branche retraite : une articulation à trouver avec les collectivités territoriales

La branche retraite a été contrainte d'adapter son action sociale (344 M€ en 2005), principalement constituée d'aides individuelles favorisant le maintien à domicile des personnes âgées, à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les difficultés rencontrées par la CNAVTS dans la réorientation de ces aides vers les personnes les moins dépendantes rendent nécessaire un meilleur partenariat avec les départements qui jouent un rôle pivot en matière d'aides aux personnes âgées. A défaut, c'est la légitimité même d'une action sociale autonome des caisses de retraite qui serait remise en cause.

Branche famille

36. Rendre limitatif l'ensemble des crédits de l'action sociale.

37. Privilégier dans l'attribution des prestations contractuelles les communes et les populations défavorisées.

38. Etudier la création d'une nouvelle prestation légale de garde en fusionnant les prestations de service et les prestations légales existantes d'aide à la garde des jeunes enfants.

Branche maladie

39. Exclure du FNASS toutes les dépenses à caractère obligatoire.

Branche vieillesse

40. Assurer une complémentarité optimale entre l'action des caisses de retraite et celle des collectivités territoriales.

41. Préciser la politique d'aide aux investissements des établissements d'hébergement et le positionnement de la branche vis-à-vis de l'action de la CNSA.

Toutes branches

42. Mettre en place des systèmes d'information adaptés au besoin de pilotage des caisses nationales.

43. Rationaliser dans chaque branche la répartition géographique actuellement insatisfaisante des moyens.

VI Les régimes spéciaux de retraite (IEG, RATP, SNCF)

A - Des régimes structurellement déficitaires

La Cour a examiné les perspectives financières de trois régimes spéciaux de retraite parmi les plus importants par le nombre de bénéficiaires et les montants financiers en jeu : le régime des industries électriques et gazières -IEG- (essentiellement EDF-GDF), celui de la RATP et celui de la SNCF. Ces trois régimes concernent près de 500 000 bénéficiaires et comptent 361 000 cotisants actifs.

Ces régimes spéciaux d'entreprise offrent à leurs affiliés des "droits spécifiques". Comparés aux droits à retraite des salariés du secteur privé cotisant au régime général (CNAVTS) et aux régimes complémentaires (ARRCO et AGIRC), ces droits spécifiques concernent, d'une part, l'âge précoce de départ à la retraite et, d'autre part, des règles plus favorables de calcul et de revalorisation de la pension.

Ces régimes, qui n'ont pas été inclus dans la réforme des retraites de 2003, sont structurellement déficitaires avec des besoins de financement comblés soit directement par l'employeur (IEG), soit par des subventions publiques (SNCF, RATP).

Cette situation peut être perçue comme une source d'inégalités entre salariés dont la justification n'apparaît plus.

B - Les réformes intervenues n'ont pas cherché à maîtriser la croissance des dépenses

En 2004 et 2005, le régime des IEG et le régime de la RATP ont fait l'objet d'une réforme de leur financement. L'adossement aux régimes de droit commun (régime général et régimes complémentaires ARRCO et AGIRC) a été décidé pour éviter que les entreprises (EDF, GDF et RATP) supportent dans leurs comptes la charge du provisionnement de leurs engagements de retraite. Aucune réforme n'est intervenue dans le régime de la SNCF.

Des droits spécifiques maintenus à l'identique...

Ces réformes n'ont pas modifié les droits des affiliés. L'occasion n'a ainsi pas été saisie d'adapter les règles d'acquisition et de liquidation des droits à la retraite, comme cela a été fait dans les fonctions publiques lors de la réforme de 2003.

Les régimes spéciaux de retraite (IEG, RATP, SNCF)

La réforme du financement des régimes des IEG et de la RATP a en revanche permis d'isoler et de mesurer le poids des droits spécifiques dans le montant des pensions de retraite. Ces droits, qui s'ajoutent à la pension versée par les régimes de droit commun, représentaient en 2005, dans le régime des IEG, 35,7 % des pensions versées, soit 3,2 Md€.

Le poids des droits spécifiques s'explique par le salaire pris en considération pour le calcul de la pension, la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein et, surtout, par la précocité de l'âge de départ en retraite. Par le jeu des bonifications d'annuités accordées en raison de la nature des emplois occupés, les catégories actives peuvent anticiper leur départ à la retraite de cinq ans et toucher leur retraite à partir de 50 ans (SNCF, RATP) ou de 55 ans (RATP, IEG). Il en résulte que près de 20 % des retraités de ces régimes spéciaux ont moins de 60 ans.

De plus, ces régimes ont conservé la règle des 37,5 annuités (150 trimestres) accomplies dans le régime pour toucher une retraite à taux plein. Contrairement à ce qu'a prévu pour les fonctionnaires la loi de 2003 sur la réforme des retraites, aucune pénalisation financière (décote) n'est appliquée quand la condition de durée d'assurance n'est pas satisfaite pour obtenir le taux plein. Quelle que soit la durée de la carrière validée, le taux d'annuité est constant et garanti (2 %) alors que dans le régime général la durée d'assurance nécessaire

pour obtenir une retraite à taux plein est de 40 annuités et devrait passer à 41 annuités en 2012.

... qui seront de plus en plus financés par le budget de l'Etat, une taxe sur la consommation ou une contribution de l'employeur

Les droits spécifiques des régimes spéciaux ne sont pas financés par leurs bénéficiaires. La réforme du financement du régime de la RATP a ainsi mis à la charge du budget de l'Etat la totalité du financement des droits spécifiques des agents de la régie (450 M€ prévus en 2006).

Dans le régime de la SNCF, la subvention publique d'équilibre finance plus de la moitié des prestations versées, soit 2,5 Md€ en 2005. Dans le régime des IEG, les droits spécifiques passés acquis dans les activités non concurrentielles du secteur sont financés par une nouvelle taxe sur la consommation, la contribution tarifaire d'acheminement (le compte provisoire des IEG pour 2004 fait état d'un montant de 950 M€). La CTA se substitue à la part du tarif d'électricité et de gaz naturel qui assurait avant la réforme le financement d'une partie des charges de retraite.

A l'avenir, la détérioration de la situation financière des régimes spéciaux augmentera la charge du financement des droits spécifiques. Dans le régime de

la RATP, la subvention d'équilibre du compte retraite devrait, en euros constants, être multipliée par trois à l'horizon 2050, en raison de la forte détérioration de sa situation financière. Après la réforme du financement de 2005, cette subvention finance les droits spécifiques et elle est, à présent, directement versée par le budget de l'Etat.

Le régime des IEG est théoriquement équilibré puisque les besoins de financement sont comblés par appel de cotisations auprès des employeurs. Il n'échappera cependant pas à la forte augmentation du coût des pensions qui devrait être multiplié par 2,3 à l'horizon 2050, ce qui risque de peser sur la compétitivité de ces entreprises et sur le coût de leurs services pour leurs clients.

Dans le régime de la SNCF, la détérioration des comptes serait concentrée dans les dix prochaines années. La subvention d'équilibre prévue par le budget de l'Etat devrait être multipliée par 1,3.

Ces perspectives financières rendent ainsi indispensable une réforme de ces régimes.

Recommandation

44. En raison des perspectives démographiques et financières des régimes spéciaux, réformer ces

régimes en mettant en œuvre les principes prévus par la loi de 2003.

VII Les travaux préparatoires à la certification des comptes⁽⁴⁾

La Cour est désormais chargée de la certification des comptes des établissements publics nationaux et des comptes combinés des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de la sécurité sociale. Le compte rendu des vérifications effectuées, ainsi que l'opinion qui en résultera, feront l'objet, pour la première fois, d'un rapport spécifique rendu public au plus tard le 30 juin 2007 sur les comptes de l'exercice 2006. Dans cette perspective, la Cour a examiné l'état de préparation du régime général à la certification de ses comptes.

Le dispositif de validation des comptes locaux par l'organisme national ne sera pas opérationnel pour les comptes 2006

L'établissement des comptes combinés prend appui sur un dispositif original de validation des comptes des caisses de base par les caisses nationales

de chaque branche. La qualité de ce dispositif constitue une des sources de l'assurance que doit obtenir la Cour que les comptes des caisses locales combinés par l'agent comptable national satisfont aux exigences de régularité, de sincérité et de fidélité. Pour l'établissement des comptes 2006, des progrès importants restent à réaliser dans ce domaine.

En effet, pour toutes les branches et pour l'activité de recouvrement, le référentiel de validation restait incomplet en septembre 2006. Chaque caisse nationale a entrepris la refonte des dispositifs de contrôle interne en vue de la certification. Mais un très important chemin reste à parcourir pour couvrir l'ensemble des processus de production, pour que les caisses de base s'approprient pleinement ces nouveaux dispositifs et pour que la caisse nationale soit en mesure d'en évaluer la mise en œuvre et l'effectivité. Quant aux outils d'audit interne, indispensable composante d'un tel dispositif, ils restent à élaborer dans le domaine des prestations sociales. Le domaine des

(4) Ce chapitre fait l'objet d'un rapport distinct : "rapport préparatoire à la certification des comptes de la sécurité sociale".

dépenses administratives est mieux couvert mais il ne représente qu'un faible pourcentage des dépenses (5 %). Enfin, les moyens humains affectés jusqu'ici à l'audit interne ne permettront pas aux organismes nationaux de vérifier un nombre suffisant d'organismes.

La revue des comptes 2005 fait apparaître des lacunes importantes en matière d'information comptable

La Cour a mené à bien en 2006 une première revue de la qualité des comptes 2005 qui a mis en évidence d'importantes lacunes. Cette constatation s'applique en particulier à l'annexe, qui forme, avec le bilan et le compte de résultat, l'un des trois états financiers à certifier. L'annexe doit en effet contenir toutes les informations susceptibles d'éclairer les comptes et leurs évolutions.

Or, sur de nombreux points, ces informations sont, en l'état actuel des choses, insuffisantes, qu'il s'agisse :

- pour la branche maladie, du manque d'explications apportées au calcul des provisions pour les dépenses hospitalières ;

- des régularisations intervenues entre la branche famille et la branche vieillesse pour l'avantage vieillesse des parents au foyer (AVPF) et qui sont susceptibles de faire varier les résultats des deux branches ; ou encore des conséquences comptables de l'adossement à la branche vieillesse d'une partie des prestations du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières. Un effort important est donc nécessaire sur ce point.

1. Donner toute sa place à la démarche d'audit interne dans le référentiel de validation des comptes des organismes de base.

2. Constituer dans chaque branche, auprès de l'agent comptable national, au besoin par redéploiements, des équipes d'auditeurs comptables de taille suffisante.

3. En vue de mieux prendre en compte l'évolution des normes comptables générales, engager une réflexion de fond, au sein du haut conseil et de la mission comptable permanente, sur les normes comptables de la sécurité sociale.

4. Définir les principes et le périmètre du "rapport particulier d'audit" des commissaires aux comptes des organismes habilités par la loi à gérer des prestations obligatoires pour le compte d'organismes de sécurité sociale.

5. Dans le cadre de la refonte en cours du PCUOSS, mener à bien la redéfinition des faits générateurs pour le rattachement aux exercices des impôts et taxes recouverts par l'Etat et destinés à la sécurité sociale.

6. Améliorer fortement la qualité et l'exhaustivité du contenu des annexes des comptes combinés et des comptes des établissements publics afin de respecter pleinement les exigences des normes comptables générales en la matière.

7. Publier en annexe du PLFSS, des tableaux d'équilibre détaillant les produits et les charges par nature.

8. Accompagner la publication des tableaux d'équilibre d'une note méthodologique qui répertorie la liste des régimes et des transferts concernés par chacun des tableaux et y faire figurer toute modification affectant la liste des régimes ou les opérations de transferts.

9. Abandonner le retraitement en montants nets.