

N° 2314

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2019.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE
ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET DE LOI
de *financement* de la *sécurité sociale* pour 2020 (n° 2296),

PAR MME CENDRA MOTIN ET M. ÉRIC ALAUZET,
députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES ...	11
I. LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 : UNE PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION MAINTENUE MALGRÉ DES AJUSTEMENTS MAJEURS	11
A. UNE PROJECTION RÉVISÉE AU REGARD DE LA CONJONCTURE	11
1. Une orientation déterminée en faveur du pouvoir d'achat.....	11
2. Une prévision cohérente vis-à-vis du contexte économique et financier	12
B. UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE ACTUALISÉE	13
1. La rectification des soldes de l'exercice 2019	13
a. Le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse en 2019	14
b. Le solde des régimes obligatoires de base en 2019	15
c. Une hausse des recettes moins importante que celles des dépenses.....	16
2. Un horizon actualisé en matière de redressement des comptes sociaux	18
a. La prévision pour le régime général et le FSV en 2020.....	18
b. La prévision pour les régimes obligatoires de base en 2020.....	18
c. La perspective d'un rétablissement en 2023	19
C. UN CAP MAINTENU POUR L'EXTINCTION DE LA DETTE SOCIALE	20
1. La gestion de la dette sociale mobilise l'ACOSS et la CADES	21
a. Les déficits cumulés par l'ACOSS	21
b. Les reprises de dette par la CADES	22
2. L'abrogation des transferts de l'ACOSS vers la CADES et les enjeux d'une résorption en 2024 des déficits cumulés	23
II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, UN EFFORT ASSUMÉ POUR LA JUSTICE SOCIALE	27
A. DES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES CONFIRMÉS ET ÉLARGIS	27
1. La reconduction d'une prime exceptionnelle exonérée	27
2. La préservation de l'effet du bonus et du malus d'assurance chômage grâce à l'ajustement du calcul des allègements généraux	28

B. UN PAYSAGE FISCAL PLUS MODERNE ET PLUS SÛR.....	30
1. Le chantier de l'unification du recouvrement.....	30
a. Un éclatement dommageable	30
b. Une démarche amorcée en 2011 et imitée par la sphère de l'État.....	31
c. De nouvelles étapes en 2020 et jusqu'en 2023.....	31
d. Un accompagnement renforcé pour les entreprises.....	33
2. La simplification des obligations déclaratives des indépendants	33
3. L'expérimentation d'un compte individuel pour les aides à la personne	34
4. Le renforcement de la lisibilité des outils destinés aux employeurs.....	35
5. L'approfondissement de la lutte contre la fraude	36
6. Le plafonnement de la déduction forfaitaire spécifique	36
III. LES MOUVEMENTS FINANCIERS AU SEIN DE LA SPHÈRE SOCIALE ET AVEC L'ÉTAT.....	39
A. DES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT RÉAMÉNAGÉES.....	39
1. Le renouvellement de la doctrine relative aux compensations.....	39
a. Un principe ancien : la compensation intégrale.....	39
b. Une nouvelle distinction entre les mesures générales et ciblées	40
c. Les mesures faisant l'objet d'une compensation	43
d. Les mesures ne faisant pas l'objet d'une compensation	44
2. La progression de la place de l'impôt dans les finances sociales	46
B. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES.....	47
SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES	49
I. LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : MAÎTRISE ET TRANSFORMATION.....	49
A. DES DÉPENSES DE SANTÉ STRUCTURELLEMENT DYNAMIQUES MAIS DONT LA CROISSANCE RESTE CONTENUE EN 2018.....	49
1. Le dynamisme des dépenses de santé s'explique par des tendances de long terme ...	49
a. Des dépenses de santé structurellement élevées en France.....	49
b. Les systèmes de santé font face à plusieurs tendances de long terme exerçant une influence inflationniste sur leurs dépenses	51
2. Si la croissance des dépenses de santé tend à ralentir et reste modérée en 2018, elle est tirée par les soins de ville ainsi que, dans une moindre mesure, par les soins de longue durée aux personnes âgées	54
a. Sur le long terme, la croissance de la CSBM tend à ralentir.....	55
b. Les déterminants de la croissance de la CSBM évoluent, au profit de la ville ..	56
c. Les dépenses d'indemnités journalières progressent depuis 2013.....	58
3. Tant l'ONDAM pour 2018 que celui pour 2019 présenteraient une légère sous- exécution	61

B. LE PLFSS POUR 2020 CONFIRME LA RÉORIENTATION DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ VERS UNE PRISE EN COMPTE ACCRUE DE LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE, AU SERVICE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE.....	65
1. Les limites des modalités de financement actuelles	65
a. L'ONDAM : un outil indispensable bien que perfectible	65
b. La tarification à l'activité : un mode de tarification débattu	67
c. La médecine de ville, un secteur plus faiblement régulé	69
2. Les voies d'amélioration.....	70
3. La volonté affirmée de poursuivre la réorientation du système de santé vers la qualité et l'approche globale du patient	72
4. La mise en place de ma santé 2022 pour un renforcement de l'offre médical sur l'ensemble du territoire	78
C. LES OBJECTIFS DE DÉPENSE DE LA BRANCHE MALADIE POUR 2020.....	79
1. Les objectifs de la branche maladie, invalidité et maternité.....	80
2. L'ONDAM pour 2020, en hausse de 2,3 %, exige d'importantes mesures d'économie pour contenir une évolution naturellement dynamique des dépenses	81
a. Des dépenses tendanciennes très dynamiques pour les dépenses de soins de ville...	81
b. Un ONDAM fixé à 205,3 milliards d'euros.....	82
c. Les principales mesures d'économie	85
D. LES AUTRES PRINCIPALES MESURES RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	92
1. La maîtrise des prix et l'évolution des conditions de prise en charge de certains des dispositifs médicaux et des médicaments particuliers.	92
2. L'amélioration du dispositif des ATU, pour une meilleure soutenabilité financière.....	93
3. Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures	95
4. Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments	96
II. LES BRANCHES VIEILLESSE, ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES ET FAMILLE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES.....	98
A. DES EFFORTS À POURSUIVRE QUANT À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE, AU REGARD DES RÉFORMES AMBITIEUSES À VENIR.....	98
1. Un solde de la branche vieillesse en dégradation à court terme	98
a. À court terme, une nouvelle dégradation du solde de la branche vieillesse.....	98
b. À moyen terme, un déséquilibre de la branche vieillesse problématique au regard des réformes d'ampleur à venir	100

2. Vers une réduction progressive du déficit du fonds de solidarité vieillesse	101
3. L'objectif de dépenses pour 2020 intègre la revalorisation différenciée des pensions	104
B. L'AUGMENTATION DE L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE AT-MP SE CONFIRME	104
1. L'excédent de la branche repartirait à nouveau à la hausse pour 2019, après une dégradation en 2018	105
2. L'objectif de dépenses pour 2020	105
3. Les principales mesures concernant la branche AT-MP, les dotations aux fonds amiante et les versements au titre de la sous-déclaration des accidents du travail	106
C. LA BRANCHE FAMILLE	107
1. La branche famille renoue avec les excédents pour 2018	107
2. L'amélioration des comptes de la branche famille devrait se poursuivre en 2019	107
3. Malgré une croissance tendancielle dégradée, les mesures nouvelles permettent de maintenir la branche famille en excédent	108
III. LA POURSUITE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AIDE À DESTINATION DES PLUS VULNERABLES	109
A. DES MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'ACCOMPAGNEMENT :	109
1. La poursuite de la réforme de la complémentaire « santé solidaire » : le lissage de la fin du droit à la protection complémentaire en matière de santé	109
2. Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)	112
3. Renforcement de l'obligation d'évaluation médicale et psychologique à l'entrée en protection de l'enfance	114
B. DE NOUVEAUX DROITS GARANTIS	115
1. L'engagement maternité : faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités	115
2. La création d'un congé proche aidant rémunéré	115
3. La rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée	116
4. Augmentation des minima sociaux, dans le cadre d'une revalorisation différenciée des prestations sociales	117
C. UNE SÉCURITÉ SOCIALE QUI RÉPOND AUX ENJEUX DE SON TEMPS	118
1. La création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides	118
2. Le service public des pensions alimentaires	119
3. Le renforcement de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants	120

ANNEXE N° 1 : EFFET DES MESURES PROPOSÉES PAR LE PLFSS POUR 2020 SUR LE SOLDE	123
ANNEXE N° 2 : FONCTIONNEMENT DU COMPTE INDIVIDUEL POUR LES AIDES RELATIVES AUX SERVICES À LA PERSONNE	125
EXAMEN EN COMMISSION	127
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	169

INTRODUCTION

Ce rapport présente, au nom de la commission des finances, l'avis de Mme Cendra Motin et M. Éric Alauzet sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020.

Le texte dont le Gouvernement demande l'approbation est marqué par sa cohérence et son ambition.

• **Les prévisions en termes de recettes et d'équilibre général sont cohérentes.** Ainsi, la dégradation des comptes sociaux et la prévision d'une nouvelle trajectoire de retour à l'équilibre tiennent à l'effet de mesures adoptées pour répondre aux attentes des Françaises et des Français en matière de justice sociale, ainsi qu'à l'évolution du contexte macroéconomique international.

En 2019, le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) affichera un déficit de 5,4 milliards d'euros, au lieu de l'excédent initialement prévu à hauteur de 100 millions d'euros. En 2020, le déficit devrait être ramené à 5,1 milliards d'euros, avec 400,2 milliards d'euros de recettes et 405,6 milliards d'euros de dépenses.

Sur la foi de cette trajectoire, il est prévu que le solde redevienne excédentaire en 2023. Par ailleurs, le cap d'une résorption des passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et d'une extinction de cette dernière est réaffirmé, avec un remboursement prévisionnel de 16,7 milliards d'euros en 2020, soit 700 millions d'euros de plus qu'en 2019.

• **Le PLFSS pour 2020 démontre également sa cohérence en confirmant l'attention prioritaire portée aux publics les plus vulnérables.**

L'exonération totale, aux plans fiscal et social, de la prime exceptionnelle d'un maximum de 1 000 euros pour des salariés dont la rémunération n'excède pas 3 600 euros par mois, sera directement favorable à leur pouvoir d'achat.

Il en va de même pour la suppression du décalage entre le paiement d'une prestation de services à la personne et le bénéfice du soutien fiscal correspondant : dans le cadre d'une expérimentation, cette aide de trésorerie profitera essentiellement à des ménages modestes.

• **La croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2020 sera de 2,3 %**, contre 2,5 % en 2019, ce qui, dans un contexte d'évolution de l'ONDAM très dynamique, nécessitera de poursuivre la transformation du système de santé initiée par le plan « ma santé 2022 ».

• **Ce texte, par les évolutions structurantes qu'il comprend, est porteur de transformations importantes pour notre sécurité sociale.** Les innovations qu'il propose de déployer sont nombreuses et attendues depuis plusieurs années par nos concitoyens, les acteurs et experts du système de santé et de la protection sociale, ainsi que par les parlementaires.

Le PLFSS pour 2020 poursuit et acte notamment la simplification du recouvrement des cotisations sociales. Il enclenche une dynamique de transformation du financement du système de santé : la révision du mode de financement des hôpitaux de proximité, l'instauration d'un parcours global de soins destiné aux patients souffrant des effets secondaires d'un traitement contre le cancer, ou encore la réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie sont autant de mesures nécessaires pour orienter notre système de santé vers une valorisation accrue de la qualité et de la pertinence.

La branche famille fait l'objet d'une attention particulière dans ce PLFSS. À ce titre, les rapporteurs pour avis saluent la création d'un véritable service public de recouvrement des pensions alimentaires, chargé de l'intermédiation entre le parent débiteur et le parent créancier et d'un système de compensation permettant non pas de traiter l'incident paiement *ex post*, mais de le prévenir en amont.

● **Le PLFSS pour 2020 s'inscrit dans une succession de textes, parus ou à venir, dont l'objectif est l'évolution profonde de la sécurité sociale et de ses différentes branches.** Il entre en effet en parfaite articulation avec le plan « ma santé 2022 » et la nouvelle organisation du système de soins qu'il instaure. En outre, il annonce, sans prétendre la préfigurer, la future loi sur le grand âge et l'autonomie annoncée par le Gouvernement et se place en amont d'une réforme du système de retraite ambitieuse dont les modalités sont encore en discussion.

*

* *

Conformément à l'article L.O. 111-8 du code de la sécurité sociale, « *en vue de l'examen et du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond de ce projet et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre.* »

À cette date, seuls 14 % des 92 réponses attendues avaient été transmises aux rapporteurs pour avis.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES

Les développements de la présente partie portent sur les articles 7 à 23 du PLFSS et analysent les perspectives d'ensemble pour le budget de la sécurité sociale **(I)**, ainsi que les principales mesures nouvelles s'agissant des recettes **(II)**.

I. LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2020 : UNE PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION MAINTENUE MALGRÉ DES AJUSTEMENTS MAJEURS

La nature et le calibrage des mesures d'urgence économiques et sociales décidées à la fin de l'année 2018, puis la reconduction d'une partie d'entre elles, expliquent l'écart des comptes sociaux par rapport à la trajectoire fixée par la LFSS pour 2019 **(A)** et imposent d'actualiser cette trajectoire **(B)**, sans remettre en cause la fin progressive de l'amortissement des déficits cumulés et transférés **(C)**.

A. UNE PROJECTION RÉVISÉE AU REGARD DE LA CONJONCTURE

Si le présent PLFSS témoigne de l'effort du Gouvernement pour améliorer les conditions de vie des Français **(1)**, les données qui lui sont sous-jacentes prennent en compte l'environnement financier d'ensemble que connaît actuellement notre pays **(2)**.

1. Une orientation déterminée en faveur du pouvoir d'achat

Le budget de la sécurité sociale soumis pour 2020 à l'autorisation du Parlement s'inscrit pleinement dans la volonté d'engager un « *acte II* » de l'actuel quinquennat : il s'agit de poursuivre les réformes structurelles commencées en 2017 et de donner toute leur place aux attentes de nos concitoyens.

D'une part, le Gouvernement fait le choix de réduire le poids des prélèvements obligatoires (impositions de toute nature et cotisations sociales) des ménages par des mesures d'ampleur comme la suppression de la taxe d'habitation.

D'autre part, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics proposent des mesures de lutte contre de nombreuses formes d'inégalités :

- en revalorisant plusieurs prestations sociales à leur juste mesure ;
- en prévoyant un remboursement intégral des contraceptifs remboursables et des actes et consultations liés au profit des femmes mineures ;

- en renforçant la prévention des ruptures de stocks médicamenteux ;
- en soutenant l’installation de médecins dans les zones les moins dotées ;
- en indemnisant les proches aidants de personnes dépendantes ;
- en consolidant le versement des pensions alimentaires.

2. Une prévision cohérente vis-à-vis du contexte économique et financier

Les projections du Gouvernement ont été mises à jour compte tenu des dernières hypothèses macroéconomiques disponibles.

PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES RETENUES LORS DE LA PRÉPARATION DES PLF ET PLFSS POUR 2020

(en pourcentage)

	2019 (PLF et PLFSS pour 2019)	2019 (PSTAB ⁽¹⁾ d’avril 2019)	2019 (PLF et PLFSS pour 2020)	Prévision 2020 (PLF et PLFSS pour 2020)
Produit intérieur brut (en volume)	1,7 %	1,4 %	1,4 %	1,3 %
Masse salariale ⁽²⁾	3,5 %	3,1 %	3,3 %	2,8 %
Indice des prix à la consommation hors tabac	1,3 %	1,1 %	1,0 %	1,0 %

Source : commission des finances d’après les données de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Ainsi que le rappelle la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) dans son rapport du 26 septembre 2019, « *la progression de la masse salariale soumise à cotisations sociales [du programme de stabilité d’avril 2019] était prévue à 2,9 %, l’écart avec la prévision de 3,1 % s’expliquant par l’impact de la prime exceptionnelle non soumise à cotisations sociales* » créée par l’article 1^{er} de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d’urgence économiques et sociales, dite MUES.

Pour sa part, le Haut conseil des finances publiques a jugé la prévision de croissance « *atteignable* » et qualifié les estimations d’inflation et d’évolution de la masse salariale « *cohérentes* » et « *raisonnables* » ⁽³⁾.

(1) L’article 3 du règlement (CE) n° 1466/97 du Conseil du 7 juillet 1997 relatif au renforcement de la surveillance des positions budgétaires ainsi que de la surveillance et de la coordination des politiques économiques, dit « *pacte de stabilité et de croissance* », dispose que : « chaque État membre participant [à l’union économique et monétaire] présente au Conseil et à la Commission [...] un programme de stabilité qui fournit [...] les principales hypothèses concernant l’évolution prévisible de l’économie et les variables économiques importantes qui sont susceptibles d’influer sur la réalisation du programme de stabilité, telles que les dépenses publiques d’investissement, la croissance du produit intérieur brut, en termes réels, l’emploi et l’inflation [...] ».

(2) Au sens de celle du secteur privé relevant des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (URSSAF).

(3) Avis n° HCFP-2019-3 relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour l’année 2020, 23 septembre 2019.

Les rapporteurs pour avis saluent la prudence et le sérieux de ces hypothèses. Ils rappellent que le tassement de la croissance et de l'inflation tient en large partie à des **facteurs exogènes aux politiques publiques nationales**, à l'instar des tensions commerciales entre les États-Unis et la Chine, des reports successifs de la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne ou des difficultés des banques centrales à normaliser l'environnement monétaire, marqué par la faiblesse historique des taux d'intérêt.

B. UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE ACTUALISÉE

Le réajustement des perspectives économiques a nécessairement un impact sur les finances sociales : d'un côté, les recettes inscrites dans le PLFSS reposent en grande partie sur l'activité, *via* les rémunérations au titre de la contribution sociale généralisée (CSG), ou *via* la consommation s'agissant de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et, de l'autre, de nombreux dispositifs de solidarité sont indexés pour tout ou partie sur l'évolution du coût de la vie.

Ainsi, la sécurité sociale devrait afficher en 2019 un solde négatif s'agissant à la fois du régime général **(1)** et de l'ensemble des régimes obligatoires de base **(2)**. Ce déficit devrait se résorber dès 2020 **(3)**, consolidant l'objectif de rétablir l'équilibre à moyen terme fixé par le Gouvernement **(4)**.

1. La rectification des soldes de l'exercice 2019

Il paraît utile de replacer les données se rapportant au présent PLFSS dans une perspective pluriannuelle.

Alors que le déficit était de 28 milliards d'euros en 2010, il était en réduction depuis 2011. Pour la première fois depuis 2001, la LFSS pour 2019 prévoyait un retour à l'équilibre du solde agrégé du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) : un excédent de 0,1 milliard d'euros était envisagé.

ÉVOLUTION DU DÉFICIT AGRÉGÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV
(en milliards d'euros)



Source : Cour des comptes.

Seront présentés le régime général (a), puis les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (b), et enfin les facteurs expliquant le maintien d'un déficit en 2019 (c).

a. Le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse en 2019

L'article 5 du PLFSS pour 2020, relatif à la rectification des comptes d'équilibre pour 2019, présente un résultat moins favorable que le texte voté à l'automne 2018, avec un **déficit de 5,4 milliards d'euros en 2019**.

La différence est surtout portée par la branche maladie ainsi que par la branche vieillesse et le FSV, avec un écart respectif de 2,3 et 2,9 milliards d'euros par rapport à la cible.

• Contrairement à ce que traduit l'analyse de loi de règlement et d'approbation des comptes qui arrête les recettes et les dépenses de l'État au titre de la loi de finances de l'année précédente, il convient de rappeler que **la différence constatée ne saurait s'assimiler à une sur-exécution**.

En effet, les 1°, 2° et 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale disposent que la LFSS « fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ; fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs [...] ; fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs ».

Dès lors, le montant des crédits inscrits en LFSS présente un caractère indicatif et non limitatif, une part essentielle des charges correspondant à des dépenses dites « de guichet » dont les assurés ont le droit de bénéficier.

SOLDE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2019	PLFSS pour 2020	Écart prévision/exécution
Maladie	- 0,7	- 3,0	- 2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,1	1,1	0
Famille	1,1	0,8	- 0,3
Vieillesse	0,6	- 2,1	- 2,7
<i>Régime général</i>	<i>2,1</i>	<i>- 3,1</i>	<i>- 5,2</i>
FSV	- 2	- 2,2	- 0,2
<i>Régime général + FSV</i>	<i>0,1</i>	<i>- 5,4</i>	<i>- 5,5</i>

Source : commission des finances.

La dégradation du solde tient aux conséquences de la loi dite MUES, précitée et à la moindre amélioration de la conjoncture, évoquée *supra*.

Ce déficit résulte d'un encaissement de recettes moindre que celui qui était prévu par l'article 33 du PLFSS pour 2019 et, symétriquement, d'une exécution de dépenses supérieure à l'estimation inscrite au même article.

DÉPENSES ET RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	LFSS pour 2019	PLFSS pour 2020	Écart prévision/exécution
Recettes (toutes branches + FSV)	404,4	400,2	- 4,2 soit - 1,0 %
Dépenses (toutes branches + FSV)	404,2	405,6	+ 1,4 soit + 0,3 %

Source : commission des finances.

b. Le solde des régimes obligatoires de base en 2019

Si, par convention, la mesure du solde de la sécurité sociale est exprimée au titre du régime général et du FSV, il importe, dans un souci d'exactitude, de présenter également le résultat d'un champ plus large qui prend en compte l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS).

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	LFSS pour 2019	PLFSS pour 2020	Écart prévision/exécution
Maladie	- 0,7	- 3,0	- 2,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,2	1,2	0
Famille	1,1	0,8	- 0,3
Vieillesse	0,2	- 2,3	- 2,5
ROBSS	1,8	- 3,3	- 5,1
ROBSS + FSV	- 2,0	- 5,5	- 3,5
Recettes (toutes branches + FSV)	509,4	505,2	- 4,2 soit - 0,8 %
Dépenses (toutes branches + FSV)	509,6	510,7	+ 1,1 soit + 0,2 %

Source : commission des finances.

À l'échelle des ROBSS, le déficit serait de 5,5 milliards d'euros en 2019.

La diversité des régimes de base

« Outre le régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations, [...] il existe 11 régimes servant des prestations maladie. [...] Par ailleurs, certains régimes ont une branche maladie qui ne retrace que des prestations d'invalidité servies avant l'âge légal de départ en retraite : FPE, CNRACL, FSPOEIE, CNIÉG⁽¹⁾. [...] La branche vieillesse est la plus éclatée : 25 régimes de base subsistent [...]. La branche famille est la plus intégrée [...].

« Certains régimes gèrent plusieurs branches à la fois, d'autres ne couvrent qu'un seul risque ; une même population peut ainsi relever de plusieurs régimes. Enfin, certaines populations ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale pour certains risques (AT-MP ou indemnités journalières en maladie). Le plus souvent, elles bénéficient alors d'une couverture directe de l'employeur. »

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

c. Une hausse des recettes moins importante que celles des dépenses

• Tandis que le montant des recettes avait progressé de 3,4 % en 2018 par rapport à 2017, la LFSS pour 2019 prévoyait déjà que leur croissance serait moins forte, à hauteur de 2,5 %. Le présent PLFSS abaisse à nouveau cette estimation : l'augmentation serait de 1,4 % seulement.

Il peut être apporté une triple explication à ce moindre rendement.

D'abord, par dérogation au principe de compensation des exonérations de cotisations sociales prévu à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire dans les conditions décrites à l'article LO. 111-3 du même code, **l'État a décidé de ne pas compenser 3,9 milliards d'euros à la sécurité sociale**, répartis comme suit :

– 4,3 milliards d'euros de pertes de recettes qui résultent des dispositions de la LFSS pour 2019 et des mesures d'urgence votées en décembre 2018 ;

– en sens inverse, certaines mesures des derniers PLFSS et PLF ont eu un impact positif pour les comptes de la sécurité sociale, à hauteur de 0,4 milliard d'euros.

Les mesures de la loi dite MUES contribuent pour moitié à la dégradation des comptes sociaux observée en 2019 ; cette part diminuera à un quart pour l'année 2020, pour laquelle les exonérations de cotisation sur les heures supplémentaires étaient déjà intégralement budgétées.

(1) Respectivement : fonction publique d'État, caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État et caisse nationale des industries électriques et gazières.

**EFFET DES MESURES NOUVELLES NON COMPENSÉES
POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LE FSV EN 2019**

(en milliards d'euros)

Lissage des seuils de CSG sur les revenus de remplacement	- 0,2
Suppression du forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés	- 0,6
Exonération de CSG et de CRDS sur les revenus du capital	- 0,2
Exonération des cotisations salariales sur les heures supplémentaires (au 1 ^{er} septembre)	- 0,6
<i>Sous total : LFSS pour 2019</i>	- 1,6
Exonération de cotisations sur les heures supplémentaires (avancement au 1 ^{er} janvier)	- 1,2
Réduction du taux de CSG pour une partie des retraités	- 1,5
<i>Sous total : loi dite « MUES »</i>	- 2,7
Prise en charge par le régime général des baisses de taux de cotisations maladie et famille pour les régimes spéciaux	- 0,4
Effet différé de mesures relatives aux prélèvements sur les revenus de placement	- 0,3
Suppression de la taxe sur les farines (compensation partielle au régime complémentaire des non-salariés agricoles)	- 0,1
Prélèvement à la source sur les prélèvements liés aux revenus du patrimoine	- 0,1
Suppression du crédit d'impôt de taxe sur les salaires	0,5
Hausse des droits d'accises sur le tabac (LFSS pour 2018)	0,4
Revalorisation des carrières dans la fonction publique (LFI pour 2019)	0,1
Modification du barème de la cotisation subsidiaire maladie	
Création d'une contribution des complémentaires au « forfait médecin traitant »	0,2
Augmentation des droits de licence des débitants de tabac ⁽¹⁾	
Modification des taxes sur les boissons sucrées	
<i>Sous-total : mesures antérieures ou reconduites et autres textes</i>	0,4
Total de l'effet exclu du schéma de compensation	- 3,9

Source : commission des finances d'après la Cour des comptes et la commission des comptes de la sécurité sociale.

L'évolution spontanée des recettes s'est révélée plus faible que prévue : masse salariale à part, le principal facteur tient à une progression des prélèvements sur les revenus de remplacement limitée à 0,1 %, contre 8,3 % entre 2017 et 2018.

Enfin, la **recomposition des recettes** opérée par la LFSS pour 2019 devrait avoir, d'après la Cour des comptes, un « *effet légèrement défavorable* » pour la sécurité sociale, malgré l'affectation à cette dernière d'une nouvelle fraction du produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), portée à 26 %.

Il s'agit de :

- la réforme du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ;
- la suppression des cotisations salariales d'assurance chômage ;
- la création d'un nouveau prélèvement de solidarité sur les revenus du capital ⁽²⁾ afin de transposer une jurisprudence de 2015 ⁽¹⁾ ;

(1) La Cour des comptes voit sur ce point une incertitude résultant d'inconnues sur l'élasticité-prix du tabac : les consommateurs seront amenés à réagir face à des prix encore jamais atteints.

(2) Affecté désormais à l'État, ce prélèvement fusionne le prélèvement social, le prélèvement de solidarité et la contribution de solidarité pour l'autonomie.

– la rétrocession de 0,7 point de CSG sur le capital à l’État.

- Les **dépenses** sont abordées dans la seconde partie du présent rapport.

Leur accélération se poursuit : après 2 % entre 2017 et 2016, puis 2,4 % entre 2018 et 2017, leur progression serait de 2,5 % en 2019 par rapport à 2018, au-delà de la prévision de 2,1 % affichée dans la LFSS pour 2019.

2. Un horizon actualisé en matière de redressement des comptes sociaux

Les projections pour le régime général (a) et les ROBSS (b) en 2020 s’inscrivent dans le cadre d’un retour à l’équilibre d’ici trois années (c).

a. La prévision pour le régime général et le FSV en 2020

Le PLFSS prévoit que les branches du régime général cumuleront un déficit de 3,8 milliards d’euros, porté à 5,1 milliards d’euros si on y ajoute celui du fonds de solidarité vieillesse.

SOLDE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV EN 2020

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	219,2	222,3	– 3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	12,2	1,4
Famille	51,0	50,3	0,7
Vieillesse	139,0	141,7	– 2,7
<i>Régime général</i>	<i>409,5</i>	<i>413,2</i>	<i>– 3,8</i>
FSV	16,8	18,2	– 1,4
<i>Régime général + FSV</i>	<i>409,7</i>	<i>414,8</i>	<i>– 5,1</i>

Source : commission des finances.

Comme en 2019, l’assurance maladie d’une part, ainsi que l’assurance vieillesse et le FSV d’autre part, seraient responsables de l’essentiel du déficit, avec un solde négatif de respectivement 3 et 4,4 milliards d’euros. Les branches AT-MP et famille seraient en excédent, cette dernière améliorant même son solde.

b. La prévision pour les régimes obligatoires de base en 2020

Le déficit prévisionnel de la sécurité sociale se creuserait légèrement, pour atteindre 5,1 milliards d’euros en 2020, si l’on inclut le périmètre des ROBSS.

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2020

(en milliards d’euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	220,8	223,8	– 3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,0	13,6	1,4

(1) Cour de justice de l’Union européenne, 26 février 2015, Ministre de l’économie et des finances contre M. Gérard de Ruyter (affaire C-623/13, concl. E. Sharpston).

Famille	51,0	50,3	0,7
Vieillesse	244,1	247,3	- 3,2
ROBSS	517,1	521,3	- 4,2
ROBSS + FSV	516,2	521,8	- 5,6

Source : commission des finances.

La répartition des excédents et des déficits entre branches présente un profil similaire à celle que l'on observe au niveau du seul régime général.

c. La perspective d'un rétablissement en 2023

En intégrant l'effet des mesures des derniers textes financiers adoptés et de ceux en cours de discussion au Parlement à l'automne 2019, il est possible de prévoir l'évolution du solde des comptes sociaux, lesquels retourneraient à l'équilibre à partir de 2023.

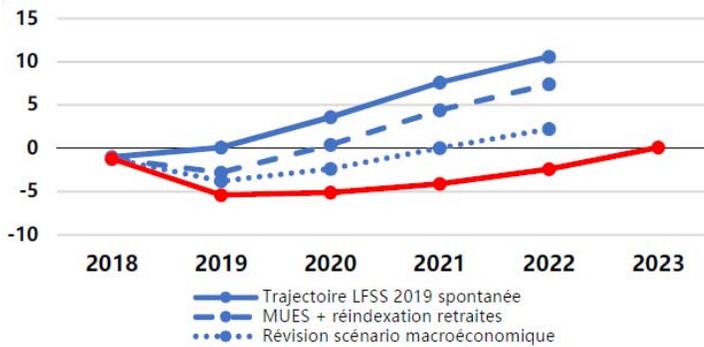
L'évolution spontanée résultant du prolongement des données connues lors de l'examen du PLFSS pour 2019 aurait théoriquement permis de dégager un excédent de 0,1 milliard d'euros dès l'année en cours, puis de le porter au-dessus de 10 milliards d'euros à la fin du quinquennat.

Cependant, l'application à cette évolution du coût des dispositions intervenues depuis un an conduirait, même en ne prenant pas en compte la rétrocession de TVA à l'État et le transfert de CSG à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), à repousser à 2020 l'atteinte d'un solde nul. Les mesures de la loi dite MUES auraient, après 2,7 milliards d'euros en 2019 (*cf. supra*), un impact de 1,5 milliard d'euros par an ensuite et la réindexation des retraites de moins de 2 000 euros aurait un effet de même ampleur.

Le retour à l'équilibre est donc reporté à 2021, en raison des hypothèses précitées sur la masse salariale, et même jusqu'à 2023 en intégrant le fait que le PLFSS pour 2020 revient sur les rétrocessions de TVA à l'État et les transferts de CSG à la CADES prévu par la LFSS pour 2019.

TRAJECTOIRE PRÉVISIONNELLE DU SOLDE DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV ET FACTEURS DE RÉVISION PAR RAPPORT À LA LFSS POUR 2020

(en milliards d'euros)

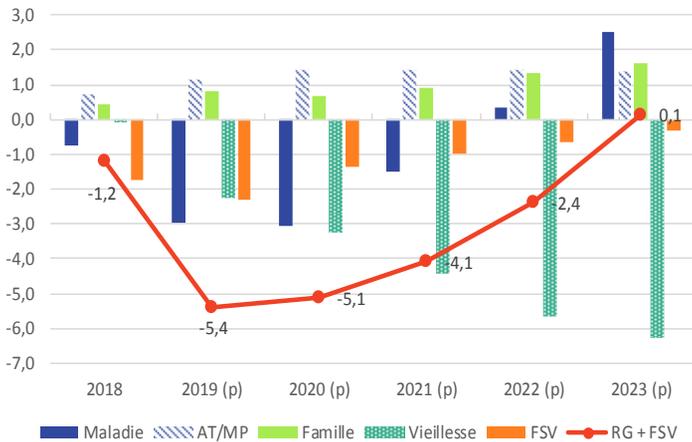


Source : Cour des comptes.

Ces perspectives se déclinaient de manière disparate. En effet, à rebours des autres composantes du régime général, la branche vieillesse (hors FSV) afficherait un déficit de plus en plus marqué, puisqu'il dépasserait les 6 milliards d'euros en 2023, soit davantage que le déficit agrégé constaté en 2019.

TRAJECTOIRE PRÉVISIONNELLE DU SOLDE RESPECTIF DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV

(en milliards d'euros)



Source : annexes du PLFSS pour 2020.

C. UN CAP MAINTENU POUR L'EXTINCTION DE LA DETTE SOCIALE

Il convient de présenter l'état de la dette de la sécurité sociale (1), ainsi que ses perspectives d'évolution (2).

1. La gestion de la dette sociale mobilise l'ACOSS et la CADES

La récurrence des soldes négatifs au cours des différents exercices annuels a entraîné la constitution d'une dette pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Celle-ci se répartit entre les déficits accumulés par l'ACOSS (a) et la dette reprise mais non encore amortie par la CADES (b).

a. Les déficits cumulés par l'ACOSS

La première mission de l'ACOSS est la gestion centralisée des ressources du régime général : l'agence tient la trésorerie des quatre branches, porte une partie des déficits sociaux accumulés, pilote le réseau des URSSAF et verse à la CADES les ressources qui lui sont affectées (*cf. infra*). Elle couvre ses besoins de financement par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des émissions de titres de créances à court terme sur les marchés, ces deux leviers étant plafonnés à hauteur de 39 milliards d'euros en 2020.

Plus récemment, l'organisme a été chargé de participer au financement d'autres structures, dont la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer (CPRP-SNCF) et la CNRACL, ou d'opérer certaines actions de recouvrement pour le compte de l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unédic).

Son déficit de trésorerie s'inscrit dans une perspective défavorable : après un niveau négatif ramené à 17,3 milliards d'euros en 2016, contre 28,5 milliards d'euros l'année précédente, il se creuse à nouveau depuis 2017 et devrait dépasser les 30 milliards d'euros à la fin du quinquennat.

SOLDE NET PRÉVISIONNEL DE L'ACOSS

(en milliards d'euros)

Exercice	Périmètre	Variation annuelle	Reprises de la CADES	Solde au 31 décembre
2014	Résultat réel	- 13,7	10,0	- 27,5
2015	Résultat réel	- 11,0	10,0	- 28,5
2016	Résultat réel	- 12,4	23,6	- 17,3
2017	Résultat réel	- 6,1		- 23,4
2018	Résultat réel	5,7		- 17,7
2019	Prévision (ACOSS)	- 5,8		- 23,5
2020	Prévision (ACOSS)	- 1,7		- 25,2
2021	PLFSS pour 2020	- 4,1		- 29,3
2022	PLFSS pour 2020	- 2,4		- 31,7
2023	PLFSS pour 2020	0,1		- 31,6

Source : documentation transmise par l'ACOSS aux rapporteurs pour avis.

Cet endettement de court terme expose l'ACOSS à une potentielle remontée des taux d'intérêt. Auditionnés, ses représentants ont estimé nécessaire d'ouvrir le débat sur la possibilité de prévoir des dérogations à la limitation à un an de l'échéance des titres de dette qui peuvent être émis par l'agence. Ils ont également rappelé l'importance d'adresser aux investisseurs des signaux crédibles.

b. Les reprises de dette par la CADES

Créée en 1996 ⁽¹⁾ et gérée par l'Agence France trésor (AFT), la caisse doit apurer la dette sociale suivant trois principes : elle bénéficie de ressources dédiées, la durée d'amortissement est limitée dans le temps, chaque nouveau transfert de dette doit être accompagné de recettes suffisantes.

Lui sont ainsi actuellement affectés le produit de la CRDS, pour un montant estimé à 7,7 milliards d'euros en 2019 et 7,9 milliards d'euros en 2020 ⁽²⁾, celui d'une fraction de 0,6 point de la CSG sur les revenus d'activité, de remplacement et du capital et d'une fraction de 0,3 point de la CSG sur les jeux, et un versement annuel du FRR à hauteur de 2,1 milliards d'euros.

L'ordonnance de 1996 dispose que la CADES disparaîtra à la date de l'extinction de ses missions. D'abord fixée à treize ans et un mois, son existence a été prorogée à plusieurs reprises et, depuis 2012, l'achèvement de l'amortissement des dettes reprises est projeté en 2024.

Le législateur organique de 2005 ⁽³⁾ avait, afin de ne pas repousser l'horizon de remboursement, introduit l'exigence que tout nouveau transfert de dette soit compensé par des ressources supplémentaires. Il est toutefois possible de déroger à cette exigence par une nouvelle loi organique, comme cela a été le cas en 2011 ⁽⁴⁾.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble des transferts opérés envers la CADES depuis sa création, pour un montant total de 260,3 milliards d'euros, dont 231,6 milliards d'euros au titre du régime général.

TRANSFERTS DE DETTE À LA CADES

(en milliards d'euros)

Texte	RG	État	CANAM	FOREC	Exploitants agricoles	Totaux
Ordonnance du 24 janvier 1996	20,9	23,4	0,5	-	-	44,7
LFSS pour 1998	13,3			-		13,3
LFSS pour 2003	-			1,3		1,3
LFSS pour 2004 et loi du 13 août 2004	35,0			1,1		31,6
Loi du 13 août 2004 (effet en 2005)	6,6				-	6,6
Loi du 13 août 2004 (effet en 2006)	5,7					5,7
Loi du 13 août 2004 (effet en 2007)	- 0,1	-	-			- 0,1
LFSS pour 2009	10,0					10,0
LFSS pour 2009 (effet en 2010)	17,0					17,0
LFSS pour 2011 et pour 2012	65,3				25	67,8
LFSS pour 2011 (effet en 2012)	6,6					6,6
LFSS pour 2011 (effet en 2013)	7,7				-	7,7

(1) Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

(2) Tome I de l'évaluation Voies et moyens annexée au projet de loi de finances pour 2020.

(3) Article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50, créé par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

(4) Article 1^{er} de la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale et loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

LFSS pour 2011 (effet en 2014) et pour 2014	10,0					10,0
LFSS pour 2011 (effet en 2014) et pour 2014 (effet en 2015)	10,0					10,0
LFSS pour 2011 (effet en 2016), pour 2014 (effet en 2016) et pour 2016	23,6					23,6
Soit, au 31 décembre 2016	231,6	23,4	0,5	2,4	2,5	260,3

Source : commission des finances d'après la direction de la sécurité sociale.

Comme l'indique l'exposé des motifs de l'**article 21 du PLFSS** pour 2020 : « la dette restant à amortir à la CADES devrait s'élever à 72,5 milliards d'euros, 188 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse ; la CADES amortira 16,7 milliards d'euros au cours de l'année 2020, soit 700 millions d'euros de plus qu'en 2019 et 1,3 milliard d'euros de plus qu'en 2018 ».

Les rapporteurs saluent le rythme soutenu du désendettement social.

2. L'abrogation des transferts de l'ACOSS vers la CADES et les enjeux d'une résorption en 2024 des déficits cumulés

En principe, la dette gérée par la CADES sera amortie en 2024. Cet horizon est toutefois susceptible d'être remis en cause.

D'un côté, et alors que les années 2017 et 2018 n'avaient donné lieu à aucune attribution de passifs supplémentaires à la CADES, l'article 27 de la LFSS pour 2019 avait prévu, suivant les hypothèses positives retenues lors de sa préparation, une nouvelle et dernière reprise de dette par la caisse, pour un montant maximum de 15 milliards d'euros d'ici 2024, afin de couvrir les déficits des exercices 2014 à 2018 des branches maladie et vieillesse ainsi que du FSV. La CADES devait ainsi se voir affecter une fraction supplémentaire de CSG : 1,5 milliard d'euros en 2020, puis 3,5 milliards d'euros en 2021 et 5 milliards d'euros en 2022.

De l'autre, comme la jurisprudence l'exige depuis 2010⁽¹⁾ : « les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d'amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de l'année à venir ».

Compte tenu des mesures votées à la fin de l'année 2019 et de la dégradation de l'environnement économique général, cette exigence est difficile à respecter. Par conséquent, l'**article 17 du PLFSS** pour 2020 abroge le II septies de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, créé par la LFSS pour 2019, afin d'annuler les transferts de dette de l'ACOSS vers la CADES et, en conséquence, de supprimer l'affectation d'une fraction supplémentaire de CSG qui

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, LFSS pour 2011.

devait permettre de l'amortir. Cette disposition améliore les soldes de la branche maladie, de la branche famille et du fonds de solidarité vieillesse.

Les rapporteurs pour avis se réjouissent du maintien de l'objectif d'extinction de la dette de la CADES à échéance de 2024 et s'opposent à tout report de celui-ci. Ils rappellent qu'à cette échéance une dette importante sera encore détenue par l'ACOSS, ainsi que dans les hôpitaux publics, où son volume reste préoccupant – 29,9 milliards d'euros en 2016 ⁽¹⁾ – et peu lisible.

Ils recommandent le suivi précis du déficit et de l'endettement des établissements hospitaliers, grâce à la remise des rapports prévus par la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022, devant intégrer la balance hospitalière au PLFSS.

Dans ce contexte, M. Éric Alauzet réitère l'alerte formulée à l'occasion de l'examen du PLFSS pour 2019 concernant l'importance de la dette contractée directement par les hôpitaux. Il note que cette dette dispersée pose question, notamment en termes d'efficacité économique et financière. En effet, les conditions d'endettement des établissements sont moins favorables que celles de la sécurité sociale et de l'État. De plus, les compétences de ces établissements en matière de gestion de dette apparaissent logiquement limitées.

(1) DREES, La situation économique et financière des établissements de santé, 2018.

Quelle reconversion pour les ressources de la CADES ?

L'article 14 de l'ordonnance de 1996, précitée, a institué la CRDS en précisant qu'elle serait « *due jusqu'à l'extinction des missions* » de la CADES. L'importance relative de son rendement invite à évoquer la question de son maintien et de son affectation.

Plusieurs hypothèses sont apparues dans le débat public, comme l'attribution du produit de la CRDS à la politique publique de prévention et de traitement de la dépendance ou la création d'un fonds national d'épargne retraite par capitalisation. Toutefois, comme il est rappelé dans l'avis de la commission des finances sur le PLFSS pour 2019 ⁽¹⁾, « *en comptabilité nationale, réduire les prélèvements obligatoires actuellement attribués à la CADES ou les affecter à de nouvelles dépenses [...] aurait pour effet de dégrader le déficit public ; en effet, les prêts, les acquisitions de prêts, les remboursements de prêts et les cessions d'actions sont des opérations financières enregistrées dans les comptes financiers et de patrimoine, sans impact sur le déficit public ; ainsi, la fraction de la CSG affectée à la CADES et la CRDS constituent des produits [...] ; [l'amortissement] n'est pas comptabilisé comme une charge au sens de la comptabilité maastrichtienne* ».

Une autre option serait de ne pas pérenniser ces prélèvements afin d'accélérer la réduction de la pression fiscale sur les Françaises et les Français.

Compte tenu de la nécessité d'afficher un message clair à nos partenaires européens sur la soutenabilité de nos comptes publics et aux opérateurs de marché quant à la l'attractivité des emprunts français, les rapporteurs pour avis réitèrent leur recommandation de **mettre en place, dès 2020 ou 2021, une instance de concertation** entre les ministères de l'économie et des finances, des solidarités et de la santé et de l'action et des comptes publics, le Parlement, l'ACOSS et la CADES **afin de préparer sereinement l'avenir** des recettes actuellement affectées à cette dernière.

(1) Avis n° 1309 de M. Éric Alauzet, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2018.

II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, UN EFFORT ASSUMÉ POUR LA JUSTICE SOCIALE

En 2020, les Français bénéficieront d'une réduction du poids des prélèvements sociaux, valorisant le travail (A). D'importants chantiers seront aussi conduits pour rendre leur recouvrement plus efficace et plus acceptable (B).

A. DES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES CONFIRMÉS ET ÉLARGIS

Deux grandes mesures de baisse de la fiscalité sociale sont prévues : le prolongement de la prime dite « exceptionnelle » ou « prime Macron » (1) et l'adaptation de la suppression des cotisations patronales d'assurance chômage au nouveau régime de bonus et de malus (2).

1. La reconduction d'une prime exceptionnelle exonérée

L'article 1^{er} de la loi dite MUES a permis aux entreprises de verser à leurs salariés dont la rémunération mensuelle allait jusqu'à 3 600 euros – soit trois fois le montant du salaire minimum de croissance (SMIC) – une prime d'un montant maximum de 1 000 euros, exonérée de cotisations sociales salariales et patronales, de CSG, de CRDS et d'impôt sur le revenu.

Ainsi que l'indique l'annexe 9 du PLFSS, « *cinq millions de salariés ont reçu de leur employeur une prime exceptionnelle, d'un montant moyen de 400 euros ; au total, 2,2 milliards d'euros de primes ont été versés* » en 2019.

En cohérence avec les orientations de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite PACTE, et la suppression du forfait social par la LFSS pour 2019, l'**article 7 du PLFSS** pour 2020 reconduit la mesure avec le même périmètre, sous la nouvelle réserve que soit conclu dans l'entreprise un accord collectif d'intéressement au sens des articles L. 3311-1 à L. 3313-4 du code du travail. Par dérogation à ce même code, les entreprises pourront signer des accords d'intéressement pour des durées allant de un à trois ans, facilitant ainsi l'accès de ce dispositif aux TPE/PME.

Cette mesure, applicable entre la date d'entrée en vigueur de la LFSS pour 2020 et le 30 juin 2020, est modulable en fonction du salaire, du temps de présence et de la catégorie professionnelle du salarié. Elle est neutre pour les finances publiques puisque les primes n'auraient pas été versées si elle n'avait pas été créée puis prolongée et que le 4^o du II de l'article 7 précité dispose clairement qu'*« elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage ; elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur [...] »*.

2. La préservation de l'effet du bonus et du malus d'assurance chômage grâce à l'ajustement du calcul des allègements généraux

Pour responsabiliser les employeurs de plus de onze salariés et les encourager à ne pas abusivement recourir à des contrats de travail courts, la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a modifié les règles de détermination du taux des contributions patronales d'assurance chômage, de telle sorte que ce taux puisse être minoré ou majoré suivant les paramètres énumérés à l'article L. 5422-12 du code du travail, dont le rapport du nombre de séparations au cours d'une année sur l'effectif, ainsi que le nombre de fins de contrats entraînant une inscription auprès de Pôle emploi.

En outre, la réduction générale dégressive des cotisations et contributions patronales, ou « allègements généraux », ainsi que certaines exonérations *ad hoc* applicables aux employeurs en outre-mer, aux exploitants agricoles recrutant des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (dispositif dit « TO-DE ») et aux aides à domicile, intègrent les contributions d'assurance chômage.

Or, ces contributions sont susceptibles de ne pas être dues dans certains cas, par exemple pour les salariés rémunérés au niveau du SMIC : dès lors, plus la proportion des salariés d'une entreprise rémunérés à un niveau proche du SMIC est grande, moins l'employeur serait incité à modifier son comportement, puisque l'effet du bonus ou du malus serait pour ainsi dire neutralisé.

Afin d'éviter cet effet de neutralisation pour les salariés dans la mesure où le montant des réductions ou exonérations se calcule en référence à un taux, l'article 8 du PLFSS pour 2020 précise, quant à chacun des allègements généraux concernés, qu'il s'applique « à hauteur d'un taux ne tenant pas compte de l'application des dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 5422-12 » du code du travail.

Par conséquent, le montant de la réduction pourra dépasser celui des cotisations dues, ce que ne permet pas, dans sa rédaction actuelle, l'article D. 241-11 du code de la sécurité sociale : il reviendra à l'autorité administrative de lever cette interdiction et, symétriquement, de prévoir les modalités d'imputation de cet excédent. L'étude d'impact du PLFSS indique qu'une hypothèse consisterait à « les imputer sur les cotisations, uniquement patronales, dues au titre d'autres salariés de la même entreprise, à l'exception des cotisations [de la branche] accidents du travail et maladies professionnelles et des cotisations de retraite complémentaire ».

Les rapporteurs pour avis notent que le déploiement de cette solution devra être suivi avec attention, les modifications à opérer sur les systèmes d'information ressources humaines pouvant s'avérer complexes.

Vers une refonte des allègements généraux ?

Depuis vingt-cinq ans, le nombre et le coût des mesures d'exonérations de cotisations sociales a considérablement augmenté. La documentation budgétaire recense ainsi 92 dispositifs divers d'exonérations en 2019, pour un coût total de 63,17 milliards d'euros, soit 12,38 % de l'ensemble des recettes des régimes obligatoires. Cette hausse a surtout concerné des dispositifs de soutien à l'emploi et au pouvoir d'achat, qui représentent respectivement 24 et 44 % du montant total des exonérations.

Si l'efficacité des allègements de charges sur l'emploi des salariés peu ou pas qualifiés et dont la rémunération est comprise entre 1 et 1,6 SMIC est avérée, l'extension de ces mesures aux salaires au-delà de 1,6 SMIC n'a pas prouvé son efficacité directe sur l'emploi. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat :

- la nature même du CICE, qui n'était pas une baisse de charges patronales mais un crédit d'impôt sur les sociétés, ce qui l'éloignait de la thématique de l'emploi ;
- les salaires entre 1,6 et 2 SMIC ne concernent en réalité que 18 % des salariés en France (quand les salariés payés entre 1 et 1,6 SMIC comptent pour 55 %) ;
- les salaires à l'embauche se concentrent majoritairement autour du SMIC.

Dans ce contexte, la transformation du CICE en baisse de charges pérenne est à la fois une simplification, une contemporanéisation de l'avantage et un fléchage plus direct vers l'emploi et les salaires. Il faut aussi noter que la création de la tranche d'allègement intermédiaire pourrait avoir contribué à sauvegarder des emplois intermédiaires et de « *back office* » qui aurait pu être externalisés dans des pays à bas coût.

Les exonérations mises en place par le Gouvernement précédent – avec le pacte de responsabilité – portaient sur des salaires pouvant aller au delà de 2,5 SMIC, avec pour objectif clef de favoriser l'embauche des jeunes et des seniors. Si, comme évoqué *supra*, ces dispositions ont permis de générer de l'emploi accessible aux jeunes peu qualifiés, généralement proches du SMIC, elles ont échoué à soutenir l'emploi de seniors, dont les rémunérations se situent plutôt sur les tranches hautes des allègements. Ils n'ont donc que peu bénéficié de l'effet quantitatif des allègements sur les bas salaires.

Pour eux, comme pour tous les travailleurs, le nouveau quinquennat marque le tournant d'une grande réforme de la formation avec la loi dite « avenir professionnel »⁽¹⁾ et une politique ambitieuse de lutte contre la précarité grâce au plan d'investissement dans les compétences et à la mise en place d'un bonus/malus sur l'utilisation abusive des contrats très courts.

Ainsi, et malgré la faible utilité des allègements sur les salaires dépassant 2,5 SMIC constatée sur la période précédente, ce nouveau contexte pousse les rapporteurs pour avis à suggérer un maintien de ceux-ci, en attendant les effets des réformes lancées et afin de garantir une stabilité suffisante. Une évaluation future de ces dispositifs, tenant compte des nombreux changements récents apportés au monde du travail et des impacts contrastés des allègements de charges en fonction des branches d'activité pourra fournir des éléments de réponse complémentaires et nécessaires avant toute décision.

(1) Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

De plus, les rapporteurs pour avis privilégient une réforme globale des allègements généraux, autour de deux axes : la simplification de la formule des allègements et leur mise en cohérence avec les objectifs de création d'emplois et de renforcement de la rémunération du travail.

Ils soulignent le caractère essentiel du maintien des allègements sur les bas salaires pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes peu qualifiées tout en indiquant que ces allègements ne permettent pas de favoriser l'augmentation progressive des salaires de ces mêmes salariés.

À terme, ils préconisent la mise en place d'un allègement général unique, dégressif en fonction des salaires, qui permettra une répartition juste et équilibrée accompagnant la progression salariale. Une telle démarche devra s'accompagner de mesures spécifiques visant à favoriser l'emploi des seniors pour lesquels l'utilisation des simples allègements s'est avérée inefficace jusqu'à ce jour.

Sources : documentation annexée au PLFSS ; DARES, Les salariés rémunérés au salaire minimum – une minorité le reste durablement, mars 2019.

B. UN PAYSAGE FISCAL PLUS MODERNE ET PLUS SÛR

Le chapitre II du titre I^{er} de la troisième partie du PLFSS pour 2020 vise à simplifier les relations des assurés sociaux et des entreprises avec l'administration, en poursuivant l'extension des missions de recouvrement gérées par les URSSAF **(1)**, en allégeant certaines procédures au profit des travailleurs indépendants **(2)**, en améliorant la prise en charge des aides en faveur des employeurs dans le domaine des services à la personne **(3)**, en tirant parti des avancées de la numérisation pour faire davantage confiance aux entreprises **(4)** et en consolidant la légitimité du financement de la protection sociale grâce à un effort de lutte contre la fraude **(5)**. En outre, le bénéfice de la déduction forfaitaire spécifique sera également plafonné **(6)**.

1. Le chantier de l'unification du recouvrement

La séparation des responsabilités quant au recouvrement n'a pas prouvé son efficacité **(a)** : en cohérence avec des mesures antérieures et le PLF pour 2020 **(b)**, le PLFSS pour cette même année poursuit leur transfert aux URSSAF **(c)**, appelées à approfondir leurs missions d'accompagnement des entreprises **(d)**.

a. Un éclatement dommageable

Si la collecte des cotisations de sécurité sociale est déjà majoritairement effectuée par les URSSAF, de nombreuses opérations de recouvrement restent assumées en propre par les caisses chargées de régimes particuliers.

L'exemple des pensions illustre cette hétérogénéité :

– pour les salariés du secteur privé, les cotisations de retraite complémentaire relèvent ainsi des institutions affiliées à l’AGIRC-ARRCO ;

– celles des fonctionnaires des administrations centrales et déconcentrées sont levées par le service des retraites de l’État et la CDC ;

– les agents publics non titulaires cotisent à la fois aux URSSAF pour leur retraite de base (régime général) et à l’institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l’État et des collectivités publiques (IRCANTEC).

Complexe pour les assurés, une telle situation est en outre coûteuse en raison des doublons, voire des erreurs de coordinations, qu’elle génère.

b. Une démarche amorcée en 2011 et imitée par la sphère de l’État

Le rapprochement des missions de recouvrement s’inscrit dans un mouvement continu depuis plusieurs législatures. Il y a huit ans, les URSSAF se sont vu transférer le recouvrement des cotisations d’assurance chômage, ainsi que l’ensemble des missions de collecte de l’ancien régime social des indépendants (RSI). Ce second chantier sera achevé au 1^{er} janvier 2020, après plusieurs exercices partagés.

Afin de mettre en œuvre une proposition du comité « action publique 2022 »⁽¹⁾, la LFI pour 2019 et le PLF pour 2020 procèdent symétriquement à une importante simplification en rapatriant vers la direction générale des finances publiques (DGFIP) une part significative du recouvrement de taxes autrefois gérées par la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) :

– en 2019, la taxe sur les boissons non alcooliques ;

– en 2020, la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP) et la TVA à l’importation ;

– en 2021, la TVA sur les produits pétroliers, la taxe spéciale sur les véhicules routiers et les impositions affectées au Centre national du cinéma et de l’image animée (CNC) ;

– en 2022, le droit annuel de francisation des navires (DAFN) et leur droit de passeport, ainsi que les accises sur le gaz naturel, l’électricité et le charbon ;

– en 2023, les amendes jusqu’à présent recouvrées par les douanes ;

– en 2024, les accises sur les tabacs et alcools.

(1) Service public : se réinventer pour mieux servir, *rapport de Mme Véronique Bédague-Hamilius, directrice générale de Nexity, et MM. Ross McInnes, président du conseil d’administration de Safran, et Frédéric Mion, maître des requêtes au Conseil d’État, administrateur de la Fondation nationale des sciences politiques et directeur de l’Institut d’études politiques de Paris, remis au Premier ministre en juin 2018.*

c. De nouvelles étapes en 2020 et jusqu'en 2023

L'article 10 du PLFSS pour 2020 étend les missions de recouvrement des URSSAF au-delà des branches du régime général :

- les cotisations de retraite complémentaire des salariés affiliés au régime de l'AGIRC-ARRCO ;

- les cotisations de retraite des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière et des non-titulaires de la fonction publique ;

- les prélèvements finançant l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales et la contribution au fonds pour l'emploi hospitalier ;

- les cotisations des régimes spéciaux des industries électriques et gazières, des clercs et employés de notaires et des ministres du culte ⁽¹⁾.

Les prochaines années permettront des transferts concernant les professions libérales, les artistes auteurs, les marins, les travailleurs en situation de handicap et le financement de la formation professionnelle.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DES TRANSFERTS

Année	Caisse	Régime
2020	CAMIEG	Assurance maladie des salariés des industries électriques et gazières
2021	ENIM	Régime des marins
2022	AGIRC-ARRCO	Assurance vieillesse complémentaire du secteur privé
	CNIEG	Assurance vieillesse des salariés des industries électriques et gazières
2023	CNRAL, FEH, IRCANTEC, ERAFP	Assurance vieillesse de la fonction publique territoriale et hospitalière, cotisations dues au fonds pour l'emploi hospitalier, assurance vieillesse complémentaire des agents non-titulaires de la fonction publique, régime de retraite additionnel de la fonction publique (gestion par la Caisse des dépôts et consignations)
	CRPCEN	Régime des clercs et employés de notaires
	CAVIMAC	Régime des ministres du culte

Source : commission des finances.

À l'occasion de leurs auditions, les rapporteurs pour avis ont relevé les enjeux de l'intégration de l'activité de recalcul aujourd'hui gérée par l'AGIRC-ARRCO, afin d'améliorer la maîtrise des risques par rapport à l'utilisation des seules déclarations des entreprises. L'ACOSS, tête de réseau des URSSAF, mène depuis l'été un important travail sur l'interopérabilité des systèmes informatiques. Par exemple, la situation de certaines populations comme les entrepreneurs ayant plusieurs sociétés de statuts différents a été présentée comme difficile à traiter.

(1) En revanche, les régimes correspondant à un employeur unique (assurance maladie des militaires, de la SNCF, de la RATP, de la Banque de France, de la Comédie française, de l'Opéra national de Paris, du port autonome de Strasbourg et du Conseil économique, social et environnemental) sont pour l'heure exclues de ce rapprochement, aucun gain n'étant identifié.

L'ensemble du dispositif devrait permettre d'améliorer les contrôles : l'évaluation annexée au PLFSS rappelle que « *le précédent des cotisations chômage a représenté un gain d'environ 10 millions d'euros par an* ». Un autre objectif est de générer des économies de gestion : le transfert correspondant à l'assurance chômage avait, selon la même annexe, « *permis de libérer 1 300 ETP, redéployés au sein de Pôle emploi* », ce chiffre devant être mis au regard des 2 600 ETP mobilisés pour les activités de collecte de l'AGIRC-ARRCO.

À partir de 2022, les gains générés par l'unification du recouvrement seraient de l'ordre de 150 millions pour le régime général et 200 millions pour l'AGIRC-ARRCO.

Les rapporteurs pour avis relèvent cependant que l'étude d'impact du PLFSS pour 2020 ne précise pas le chiffrage des investissements préalables nécessaires à l'unification. Par ailleurs, ils notent que les effets en matière d'emploi restent peu documentés et soulignent l'importance de préparer au plus vite l'accompagnement, la formation et la reconversion des personnels concernés.

d. Un accompagnement renforcé pour les entreprises

Dans la même logique que celle qui a présidé à l'élaboration de la loi dite ESSOC ⁽¹⁾, les URSSAF offriront un service plus personnalisé aux entreprises. L'évaluation préalable du PLFSS pour 2020 indique qu'à court terme, la déclaration sociale nominative (DSN), « *comportera à la fois un flux déclaratif sortant de l'entreprise vers l'administration, mais aussi un flux entrant* » et que « *les entreprises recevront également le résultat complet de l'exploitation de leurs déclarations, au regard de la conformité à la législation sociale, par exemple en cas d'incohérence ou d'atypies* ». Afin de sécuriser la situation des salariés, « *en l'absence de correction, les organismes auprès desquels sont déposées les DSN pourront les modifier directement [...] à l'issue d'un délai de carence et en dernier recours* ».

2. La simplification des obligations déclaratives des indépendants

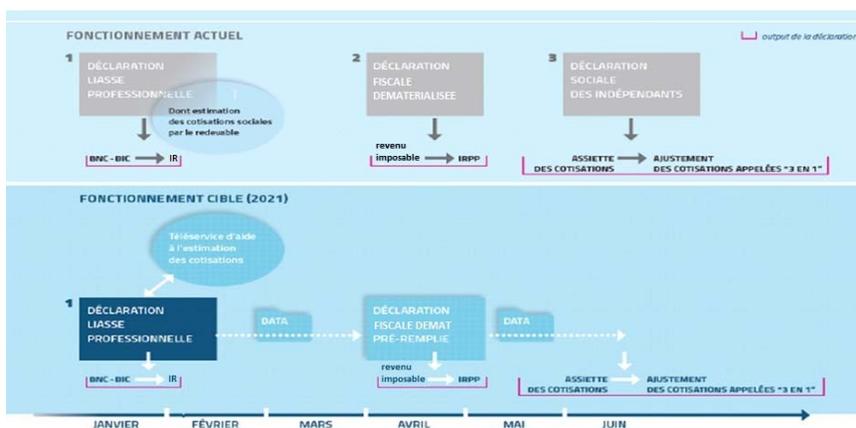
Ce double mouvement d'intégration de l'ancien RSI et de simplification des tâches administratives se prolonge avec l'**article 11 du PLFSS** pour 2020, qui propose de fusionner la procédure relative aux cotisations et contributions sociales acquittées par les indépendants et celle touchant à leurs impôts, elle-même double (la déclaration des résultats professionnels, dite « liasse fiscale », et celle des revenus du foyer).

Premièrement, le pré-remplissage de la déclaration de revenus à partir des liasses professionnelles sera effectif en 2020 pour les entrepreneurs individuels, puis en 2021 pour les associés de sociétés anonymes à responsabilité limitée (SARL) et les dirigeants d'entreprises individuelles à responsabilité limitée.

(1) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

Deuxièmement, la suppression de la déclaration sociale des indépendants interviendra en 2021 pour les travailleurs de droit commun (1,38 million de personnes), en 2022 pour les professionnels médicaux en exercice libéral (360 000 personnes) et en 2022 pour les exploitants agricoles (600 000 personnes).

SCHÉMA DU CALENDRIER DES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DES INDÉPENDANTS AVANT ET APRÈS LA RÉFORME PROPOSÉE



Source : annexes du PLFSS.

En l'espace de trois ans, le nombre de déclarations sociales sera donc passé de trois à une pour les travailleurs indépendants.

L'article 11 prévoit également d'étendre au département de Mayotte le régime micro-social⁽¹⁾, allégeant les démarches afférentes aux charges sociales et à l'impôt sur le revenu pour les petites entreprises.

3. L'expérimentation d'un compte individuel pour les aides à la personne

Le soutien des particuliers pour l'emploi à domicile de professionnels des services à la personne implique, d'après l'étude d'impact du PLFSS pour 2020, un **effort de 9,1 milliards d'euros en recettes**, dont 6 milliards d'euros de crédits d'impôt, 800 millions d'euros de dépenses fiscales sur la TVA et 2,3 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales, **et de 11,4 milliards d'euros en dépenses**, dont 6,4 milliards d'euros de compléments mode de garde octroyés par la branche famille, 900 millions d'euros pour d'autres aides versées par les caisses de sécurité sociale, 3,8 milliards d'euros d'aides versées par les départements (notamment dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap) et 300 millions d'euros de financements accordés par les employeurs des particuliers utilisateurs, lesquels sont entièrement défiscalisés et exclus de l'assiette des cotisations sociales.

(1) Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

L'**article 12 du PLFSS** pour 2020 entend répondre à la difficulté qui consiste actuellement en la nécessité pour les ménages employeurs de procéder aux versements très en amont du moment où les aides leur seront apportées, par exemple l'année suivant la consommation effective des services dans le cas des crédits d'impôt, ce qui pèse sur la trésorerie de personnes modestes, des familles et des personnes âgées.

Le Gouvernement propose ainsi, à titre expérimental dans le Nord et à Paris, d'adosser un « compte individuel » au dispositif du chèque emploi service universel dans sa version présentant le plus haut degré de délégation aux URSSAF (CESU+), pour centraliser tous les droits des utilisateurs et permettre de bénéficier des aides directes et des mesures fiscales de manière contemporaine. En pratique, le montant du crédit d'impôt sera viré à brève échéance par l'union de recouvrement, puis notifié à la DGFIP qui effectuera son enregistrement ⁽¹⁾.

En fonction des résultats de l'expérimentation, le système pourrait être généralisé et étendu à d'autres services comme la plateforme de déclaration de la garde d'enfants à domicile des URSSAF (PAJEMPLOI+).

Les rapporteurs pour avis notent qu'en cas de déploiement efficace, ces dispositifs pourraient servir de base au versement d'autres aides en matière de soutien à l'autonomie et de lutte contre la dépendance. Ils s'inquiètent en revanche de l'absence d'estimation précise des moyens techniques et humains consacrés à cette expérimentation.

4. Le renforcement de la lisibilité des outils destinés aux employeurs

Les mesures de l'**article 13 du PLFSS** pour 2020 visent aussi à simplifier et sécuriser le paiement des cotisations sociales dues par les employeurs.

En premier lieu, il supprime la faculté laissée aux employeurs de s'acquitter du montant de ces cotisations et contributions par voie non-dématérialisée (espèces ou chèques). Bien que tel ne soit pas son objectif premier, la généralisation de la télé-déclaration permettra de générer 21 millions d'euros de recettes supplémentaires.

En deuxième lieu, il étend le champ du *Bulletin officiel de la sécurité sociale* (BOSS), dont la doctrine est opposable au profit du cotisant aux termes de l'article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale, à l'ensemble des informations relatives à la législation portant sur les allègements de cotisations et contributions. Si l'État est seul garant des orientations de fond du BOSS, l'hébergement de son nouveau site internet sera confié à l'ACOSS.

En troisième lieu, il corrige la rédaction de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, relatif à la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé, afin, d'une part, de préciser les conditions de sa mise en œuvre dans les cas où

(1) Cf. annexe n° 2 (page 123) pour une présentation schématique du fonctionnement du compte individuel.

plusieurs salariés sont concernés par la dissimulation et l'articulation des annulations de réductions ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale lorsqu'elles n'ont pas fait l'objet d'une décision de justice irrévocable et, d'autre part, d'élargir la modulation au donneur d'ordres lorsque le sous-traitant y serait lui-même éligible.

5. L'approfondissement de la lutte contre la fraude

Les organismes de recouvrement sont chargés d'enquêter sur le recours abusif au détachement, consistant à rattacher un travailleur à un pays dans lequel les prélèvements sociaux sont moindres qu'en France, et sur le détachement fictif, pratique suivant laquelle l'employeur allègue dans chaque pays avoir déclaré le travailleur en question dans l'autre, sans l'avoir réellement fait.

Pour mieux faire appliquer le droit dit « anti-dumping » et pour rehausser le montant des redressements, qui ont atteint 130 millions d'euros en 2018, l'**article 14 du PLFSS** pour 2020 prévoit d'élargir les compétences des agents de contrôle, de faciliter leurs conditions d'emploi et d'aligner les sanctions fixées par le code rural et de la pêche maritime et le code de la sécurité sociale.

Si les gains financiers de ces mesures semblent très limités – 2,5 millions d'euros en 2020 et 3,4 millions d'euros les années suivantes –, il s'agit ici avant tout de garantir l'équité des entreprises devant la loi et de mieux contrôler et sanctionner des pratiques qui déstabilisent le marché du travail et contreviennent aux droits des travailleurs.

La mission Grandjean-Goulet

Le 28 mai 2019, le Premier ministre, le ministre de l'action et des comptes publics et le ministre des solidarités et de la santé ont confié à Mmes Carole Grandjean, députée, et Nathalie Goulet, sénatrice, la rédaction d'un rapport sur les fraudes sociales.

Une première série de propositions a été remise le 2 septembre 2019, portant d'abord sur la sécurisation des données d'état civil :

- organiser un audit complet de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et du système national de gestion des identités (SNGI) ;
- créer une norme unique pour les actes d'état civil, supprimant les disparités de format actuellement à la discrétion des communes et rendre obligatoire le cachet électronique ;
- renforcer la réglementation des preuves de vie et de résidence, etc.

Les auteures préconisent d'établir un document des prestations sociales « *commun à tous les organismes sociaux, au Parlement, aux départements, au Gouvernement et à chaque citoyen qui en fait la demande [...] afin de gagner en transparence pour éviter les erreurs de bonne foi, les fraudes et le non-recours aux droits* ».

Elles recommandent également d'organiser avant la fin de l'année 2019 une réunion de l'ensemble des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF), aucun rendez-vous de ce type ne s'étant tenu depuis 2016.

6. Le plafonnement de la déduction forfaitaire spécifique

Au titre de la **déduction forfaitaire spécifique** (DFS), prévue au deuxième alinéa de l'article L. 131-1-1 du code de la sécurité sociale, les professionnels de certains secteurs – principalement la construction, le transport, l'aviation, le commerce, la presse et la culture – ont la faculté de réduire l'assiette sur laquelle sont prélevées leurs cotisations patronales et salariales de sécurité sociale et cotisations d'assurance chômage à raison de l'engagement de charges indissociables de leur activité.

Cet abattement, dont le niveau peut aller de 5 % à 40 % de la rémunération, est plafonné à 7 600 euros par an.

La DFS entraîne toutefois trois difficultés :

– d'abord, il avait progressivement perdu son lien avec les frais professionnels pour la couverture desquels il avait été institué, sans être élargi, dans l'autre sens, à des métiers actuellement en manque de compétitivité ⁽¹⁾ ;

– ensuite, la déduction s'était progressivement transformée en un outil d'abaissement du coût du travail, permettant aux employeurs bénéficiers d'un niveau d'allègements généraux supérieur à celui que le niveau réel de rémunération du salarié justifierait dans d'autres secteurs ;

(1) *Cour des comptes, rapport sur l'application des LFSS, septembre 2017.*

– enfin, la réduction d’assiette s’imputait également sur la base de calcul retenue pour le calcul de leurs droits à prestation, obérant leur protection sociale.

De surcroît, le dispositif souffrait d’une importante fragilité au plan juridique. Figurant initialement aux articles 5 et 5A de l’annexe IV du code général des impôts, la liste des professions éligibles en avait été supprimée en 2000. Reprise dans un premier arrêté ⁽¹⁾ que le juge administratif a annulé ⁽²⁾, elle est désormais fixée dans un second arrêté ⁽³⁾, au sein duquel subsistent toutefois des références à des dispositions désormais abrogées du code.

En conséquence, le Gouvernement a prévu d’en limiter l’avantage, par la voie réglementaire, à 130 % des allègements. Cette mesure, sans impact sur les rémunérations et même favorable aux droits sociaux des salariés, restera donc attractive pour les employeurs. Le plafonnement de la DFS devrait réduire son coût de 2,7 à 2,3 milliards d’euros, soit un **gain de 400 millions d’euros pour la sécurité sociale**.

(1) Arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

(2) Conseil d’État, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies, 29 décembre 2004, Fédération nationale de l’aviation marchande (req. n^{os} 254528 et 254529, concl. Jacques-Henri Stahl).

(3) Arrêté du 25 juillet 2005 modifiant l’arrêté du 20 décembre 2002, précité.

III. LES MOUVEMENTS FINANCIERS AU SEIN DE LA SPHÈRE SOCIALE ET AVEC L'ÉTAT

Le PLFSS organise la répartition de certaines recettes entre les branches et organismes de la sécurité sociale et l'État (A) et entre ces derniers (B).

A. DES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT RÉAMÉNAGÉES

Seront abordés le schéma de compensation des exonérations et réductions de prélèvements sociaux en 2020 (1), puis la hausse du poids des impositions de toute nature dans le financement de la sécurité sociale (2).

1. Le renouvellement de la doctrine relative aux compensations

Si une règle a été instituée en 1994 pour la compensation par l'État des allègements de cotisations et contributions (a) la loi organique d'août 2005⁽¹⁾ a prévu la possibilité d'y faire exception (b) : le PLFSS pour 2020 prévoit en conséquence que 3,5 milliards d'euros de mesures ne seront pas compensées (c).

a. *Un principe ancien : la compensation intégrale*

● L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale prévoit que l'État attribue des recettes fiscales ou des crédits à la sécurité sociale afin de compenser :

– toute mesure de réduction ou d'exonération instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi dite Veil⁽²⁾ ;

– toute mesure soit de réduction ou d'exonération de contributions, soit de réduction ou d'abattement d'assiette de cotisations ou contributions instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004⁽³⁾ ;

– toute mesure de transferts de charges.

Aux termes de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale⁽⁴⁾, il revient aux seules LFSS de créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale ne faisant pas l'objet d'une compensation aux ROBSS.

(1) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(3) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(4) Tel que résultant de sa modification par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

b. Une nouvelle distinction entre les mesures générales et ciblées

Avec le principe de compensation intégrale évoquée *supra*, permettant une compensation « à l'euro à l'euro », les exonérations ont été neutralisées par des dotations budgétaires de 1994 à 2006. Après 2006, on note l'utilisation croissante de recettes affectées, principalement des fractions de TVA.

Le principe de compensation « pour solde de tout compte » s'impose avec la LFSS pour 2011 et conduit à un traitement différencié selon le caractère ciblé ou général de l'exonération :

- les exonérations générales sont compensées par l'affectation de recettes (ou la rebudgétisation de dépenses dans le cas du pacte de responsabilité) ;
- les exonérations ciblées sont compensées l'utilisation de dotations.

Depuis 2016, les exonérations ciblées sont toutes compensées par l'affectation de crédits budgétaires. Ces exonérations sont les seules qui restent concernées par le principe de compensation intégrale. Il convient cependant de noter que l'ensemble des exonérations ciblées ne font pas l'objet d'une compensation.

Suivant ces différents éléments, les rapporteurs pour avis notent que la « non-compensation » est due à deux facteurs : d'une part, la non-compensation d'exonérations ciblées ou la sous-compensation en exécution et, d'autre part, l'écart entre la compensation opérée et le coût de l'exonération pour les organismes de sécurité sociale.

Avec la LFSS pour 2019, la doctrine évolue : le coût des allègements généraux aura vocation à être assumé par l'État ou la sécurité sociale en fonction de l'affectataire des recettes minorées, tandis que les allègements ciblés resteront compensés. Le Gouvernement s'appuie, pour opérer cet ajustement, sur un rapport remis en octobre 2018 au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022 ⁽¹⁾, qui clarifie les contours d'une solidarité financière renouvelée entre les deux sphères.

Les rapporteurs pour avis soulignent l'importance d'entretenir un raisonnement budgétaire englobant l'ensemble des administrations publiques. Ils indiquent que l'évolution de la doctrine de compensation est directement liée à l'accroissement progressif mais soutenu des allègements généraux, dont le montant a considérablement augmenté ces dernières années : 10 milliards d'euros dans les années 1990, 20 milliards d'euros en 2010, près de 32 milliards d'euros en 2018 et plus de 50 milliards d'euros en 2019.

(1) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Ces allègements visent principalement à soutenir l'emploi et le pouvoir d'achat, deux objectifs qui constituent un bien pour l'ensemble de la société française et peuvent générer de nouvelles recettes pour la sécurité sociale.

De plus, le contexte de la dette globale de l'État et de sa dégradation de 60 % du produit intérieur brut (PIB) dans les années 1990 à 80 % en 2010, pour atteindre près de 100 % du PIB en 2018, a fait évoluer la préoccupation des Français, laquelle n'est plus concentrée sur le seul « *trou de la sécu* » qu'ils voient se résorber malgré les crises, mais sur la dette publique dans sa totalité, celle qu'ils « *laisseront à leurs enfants* ».

Le rapport sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale

Initialement, la rédaction du rapport « *sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale [...] détaill[ant] l'ensemble des compensations par type de mesure, en précisant s'il s'agit de compensation totale ou partielle* » avait été confiée à MM. Christian Charpy, conseiller-maître à la Cour des comptes, et Julien Dubertret, inspecteur général des finances, ancien directeur du budget. Ces derniers ont toutefois indiqué au Sénat que le Gouvernement « *en a ensuite adressé un autre au Parlement, [qui] s'inspire de [leurs] travaux, sans reprendre exactement ce qu'[ils ont] écrit* »⁽¹⁾.

Le document final commence par faire le constat de l'**éclatement des recettes de la sécurité sociale**, qui se décomposent en six ensembles : les cotisations sociales ; des impositions de toute nature telles la CSG, une fraction de TVA, des droits sur le tabac ou l'alcool, des contributions acquittées par les entreprises, d'autres sans rapport avec la protection sociale puisqu'assis sur les jeux ou les véhicules de société, etc. ; les prises en charge de cotisations par l'État (surtout concernant le risque vieillesse) ; les recettes fiscales affectées ; divers transferts en provenance d'organismes tiers, dont le FSV ou la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; une série de produits divers.

Le rapport mentionne ensuite le **manque de clarté des financements croisés**, conduisant la sécurité sociale à assumer certaines prestations pour le compte de l'État tandis que ce dernier verse des subventions d'équilibre à certains régimes spéciaux, dont ceux des marins, des militaires ou des personnels de la SNCF et de la régie autonome des transports parisiens (RATP).

En outre, l'étude remise au Parlement retrace les étapes d'un **passage d'une logique de compensation des allègements à une logique de neutralisation**. Elle prend l'exemple de la LFSS pour 2018, qui a conduit la sécurité sociale à compenser à l'assurance chômage la diminution des cotisations salariales chômage, l'État compensant lui-même à la sécurité sociale cette perte par l'affectation d'une fraction de TVA.

Par conséquent, le rapport proposait de définir des **ressources propres** à la sécurité sociale, composées en particulier des cotisations sociales, de la CSG et de prélèvements dont la nature de l'assiette est proche de celle des cotisations sociales ou qui concourent directement aux politiques publiques de la sécurité sociale (taxes comportementales). Les autres, d'après le document, auraient vocation à réintégrer le budget général de l'État, en contrepartie d'une fraction de TVA rehaussée.

Enfin, il importerait, selon le rapport, de faire le départ entre les allègements supportés par la sécurité sociale sans apport de financement de l'État et ceux partiellement ou totalement pris en charge par ce dernier.

Les rapporteurs pour avis ont reçu MM. Charpy et Dubertret en audition. Ils partagent leur diagnostic sur la nécessité de simplifier les flux financiers entre l'État et les ASSO, dans le double objectif d'un renforcement du consentement à l'impôt et d'une plus grande efficacité de l'action publique.

(1) Commission des finances du Sénat, *compte-rendu intégral de la réunion du mercredi 20 mars 2019, sous la présidence de MM. Vincent Éblé, président, puis Claude Raynal, vice-président.*

c. Les mesures faisant l'objet d'une compensation

Conformément à cette nouvelle approche, les compensations atteignent 3,16 milliards d'euros et sont opérées par l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA inscrite à l'article 35 du PLF pour 2020.

EFFET DES MESURES NOUVELLES COMPENSÉES POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LE FSV EN 2020

(en milliards d'euros)

Effet en année pleine du renforcement des allègements sur les cotisations UNÉDIC ⁽¹⁾	2,71
Réduction de 6 points des cotisations maladie pour les exploitants agricoles	0,95
Transfert à l'assurance maladie du financement de l'ANSM et de l'ANSP ⁽²⁾	0,26
Suppression de la taxe spéciale sur les huiles destinées à l'alimentation	0,13
Neutralisation de la dotation à l'Établissement français du sang (EFS) en 2019	- 0,04
Total de l'effet inclus dans le schéma de compensation	3,16

Source : commission des finances d'après le PLF, le PLFSS et leurs annexes.

- Les mesures relatives à l'assurance chômage (UNÉDIC) ont été présentées *supra*, tandis que les mouvements relatifs à l'ANSM, à l'ANSP et à l'EFS n'appellent pas de commentaires particuliers des rapporteurs pour avis.

- Les exploitants qui recrutent des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (dispositif dit TO-DE) bénéficient d'une exonération de cotisations patronales spécifique, prévue à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime. En 2019, le Gouvernement avait proposé son alignement dans le cadre de la suppression du CICE, mais les débats parlementaires ont abouti à sa prorogation jusqu'en 2021 et à sa modification dans l'intervalle. Le dispositif transitoire consiste en une exonération totale jusqu'à 1,2 SMIC et dégressive jusqu'à 1,6 SMIC. Malgré cela, les employeurs éligibles ont bénéficié de l'allègement forfaitaire de 6 points de cotisations sociales destinées à la branche maladie. Prise en charge, jusqu'alors, par des crédits de la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales* du budget général de l'État, la compensation de cette part du TO-DE est désormais intégrée au transfert de TVA.

- L'article 26 du PLF pour 2020 supprime une série de taxes à faible rendement, dont celle assise sur les huiles alimentaires végétales, définie à l'article 1609 *vicies* du code général des impôts. Affectée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), son rendement est estimé à environ 130 millions d'euros par an. Il importait donc que l'État compense la sécurité sociale à due concurrence à compter de 2020.

(1) 3,71 milliards pour 2020, minorés de 994 millions imputés à l'exercice 2019.

(2) 269 millions d'euros, minorés de 8 millions d'euros de mesures de périmètre, à savoir le financement partiel des groupements hospitaliers de territoire dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) et le transfert d'agents à des tribunaux de grande instance.

d. Les mesures ne faisant pas l'objet d'une compensation

L'exposé des motifs du même article 35 du PLF pour 2020 rappelle que « la sécurité sociale prendra à sa charge le financement des mesures d'urgence ».

EFFET DES MESURES NOUVELLES NON COMPENSÉES POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LE FSV EN 2020

(en milliards d'euros)

Baisse de la CSG pour les retraités percevant moins de 2 000 euros par mois	- 1,5
Exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires	- 1,2
Suppression du forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés	- 0,8
Total de l'effet exclu du schéma de compensation	- 3,5

Source : commission des finances d'après le PLFSS et ses annexes.

• La loi dite MUES dispose que, pour les retraités ou personnes en situation d'invalidité percevant entre 1 200 et 2 000 euros par mois, le taux de contribution sociale généralisée (CSG), qui avait été porté à 8,3 % par l'article 8 de la LFSS pour 2018, est rétabli à 6,6 %⁽¹⁾.

Cette baisse de la CSG sur les pensions d'un certain niveau doit être lue au regard de précédentes mesures concernant le pouvoir d'achat des retraités.

L'article 68 de la LFSS pour 2019, tel que voté, prévoyait que les pensions de base soient revalorisées, en 2019 et 2020, à hauteur de 0,3 %. Toutefois, le Conseil constitutionnel a jugé les mots « et 2020 » du premier alinéa de l'article 68 comme n'ayant pas leur place en LFSS pour 2019⁽²⁾. Dès lors, les pensions de base ont été revalorisées, en 2019 seulement, à hauteur de 0,3 %.

L'article 52 du PLFSS pour 2020 prévoit donc (*cf. infra*) que, pour les retraités percevant moins de 2 000 euros de pension de retraite par mois, les pensions de base seront revalorisées sur le niveau de l'inflation, l'hypothèse retenue étant de 1 %, tandis que pour les retraités percevant plus de 2 000 euros par mois, les pensions de base seront revalorisées de 0,3 %.

La perte de recette qui en résulte à hauteur de 1,5 milliard d'euros n'est pas compensée à la sécurité sociale.

(1) Pour ceux touchant moins de 1 200 euros par mois, le taux est resté nul jusqu'à 927 euros et de 3,8 % au-delà.

(2) Dans sa décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, LFSS pour 2019, le Conseil a estimé que « ces dispositions ne présentent pas un caractère permanent au sens du 2° du C du paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ».

La piste d'une CSG calculée sur la pension de retraite

Si le revenu fiscal de référence (RFR) est une base de référence pour l'accès à l'essentiel des prestations sociales, son utilisation a pour conséquence que les pensions de retraite sont la seule catégorie sans taux propre de CSG.

Au cours de son audition, la directrice de la sécurité sociale a rappelé que la prise en compte du RFR pour le calcul de la CSG due par les retraités tient au fait qu'il s'agit d'une imposition de toute nature au sens de l'article 34 de la Constitution, dont l'assiette doit prendre en compte l'ensemble des revenus disponibles et non une simple fraction de ces derniers : le Conseil constitutionnel a déjà censuré des dispositions adoptées par le Parlement et tendant à renforcer la progressivité de la CSG ⁽¹⁾.

Les rapporteurs pour avis seraient favorables à ce que soit confiée à la Cour des comptes ou à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) une mission étudiant l'intérêt, la faisabilité et les conséquences financières d'une détermination du taux de la CSG applicable aux retraités en fonction du montant des pensions plutôt que du RFR.

● Le 1,2 milliard d'euros non-compensés au titre des **heures supplémentaires et complémentaires** résulte simplement de la prolongation, en année pleine, de la mesure d'exonération de prélèvements sociaux applicables à ces heures prévue par la LFSS pour 2019 ⁽²⁾, qui devait s'appliquer à compter du 1^{er} octobre 2019 mais dont l'entrée en vigueur avait été avancée au 1^{er} janvier 2019 par la loi dite MUES, précitée.

● Le **forfait social** est une contribution acquittée par les employeurs, prélevés sur les rémunérations ou gains non soumis aux cotisations et contributions sociales mais assujettis à la CSG.

En application de la loi dite PACTE, précitée, ce prélèvement a été supprimé, depuis le 1^{er} janvier 2019, sur les sommes versées au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés, ainsi que sur l'ensemble des versements d'épargne salariale (intéressement, participation et abondement de l'employeur sur un plan d'épargne salariale) pour les entreprises de moins de 50 salariés.

La non-compensation de cette perte de recettes représente 800 millions d'euros en 2020.

(1) Voir notamment la décision du Conseil constitutionnel n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, LFSS pour 2001 : « considérant que, s'il est loisible au législateur de modifier l'assiette de la contribution sociale généralisée afin d'alléger la charge pesant sur les contribuables les plus modestes, c'est à la condition de ne pas provoquer de rupture caractérisée de l'égalité entre ces contribuables ; que la disposition contestée ne tient compte ni des revenus du contribuable autres que ceux tirés d'une activité, ni des revenus des autres membres du foyer, ni des personnes à charge au sein de celui-ci ; que le choix ainsi effectué par le législateur de ne pas prendre en considération l'ensemble des facultés contributives créées, entre les contribuables concernés, une disparité manifeste contraire à l'article 13 de la Déclaration de 1789 ».

(2) Avis n° 1309 de M. Éric Alauzet, précité (pages 24 et suivantes).

2. La progression de la place de l'impôt dans les finances sociales

L'annexe C du PLFSS fournit le tableau ci-dessous, lequel détaille par catégories de produits les recettes prévisionnelles du régime général et du FSV.

ÉTAT DES RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV EN 2020

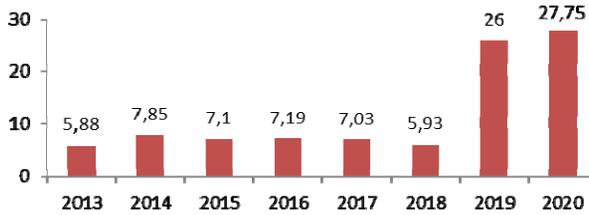
(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Régime général	FSV	Régime général + FSV
Cotisations effectives	74,7	91,0	31,1	13,1	208,2	0,0	208,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,0	2,3	0,6	0,1	5,0	0,0	5,0
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	73,0	0,0	12,3	0,0	84,9	17,1	102,0
Impôts, taxes et autres contributions sociales	62,1	17,5	6,5	0,0	86,1	0,0	86,1
Charges liées au non recouvrement	- 0,5	- 0,4	- 0,3	- 0,2	- 1,4	- 0,3	- 1,7
Transferts	3,0	28,3	0,2	0,0	20,3	0,0	3,7
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres produits	5,0	0,3	0,6	0,4	6,3	0,0	6,3
Totaux	219,2	139,0	51,0	13,5	409,5	16,8	409,7

Alors que la nature et l'ampleur du rendement de la CSG alimentent déjà le débat sur le passage d'un modèle dit « bismarckien », avec des prestations financées par des cotisations assises sur le facteur travail, à un modèle dit « beveridgien », affectant une part des impôts de droit commun à la sécurité sociale, les rapporteurs notent que l'augmentation de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale serait de 1,75 point en 2020 en comparaison avec 2019, après la hausse importante de l'année précédente à hauteur de 20,07 points. **En 2020, la TVA devrait ainsi représenter 12,3 % des recettes de la sécurité sociale.**

TAUX DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en pourcentage)



Source : commission des finances

B. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES

L'article 17 du PLFSS pour 2020 répartit le produit de la TVA et de la taxe sur les salaires entre les branches suivant le schéma présenté *infra*, de telle sorte que soit pris en considération l'effet sur chacune d'elles de l'entrée en vigueur en année pleine de la suppression des cotisations patronales d'assurance chômage, du transfert à la sécurité sociale du financement des deux opérateurs que sont les agences nationales de sécurité du médicament (ANSM) et de santé publique (ANSP ou Santé publique France), et de la suppression de la taxe sur les huiles, qui était affectée au régime de retraite complémentaire des non-salariés agricoles.

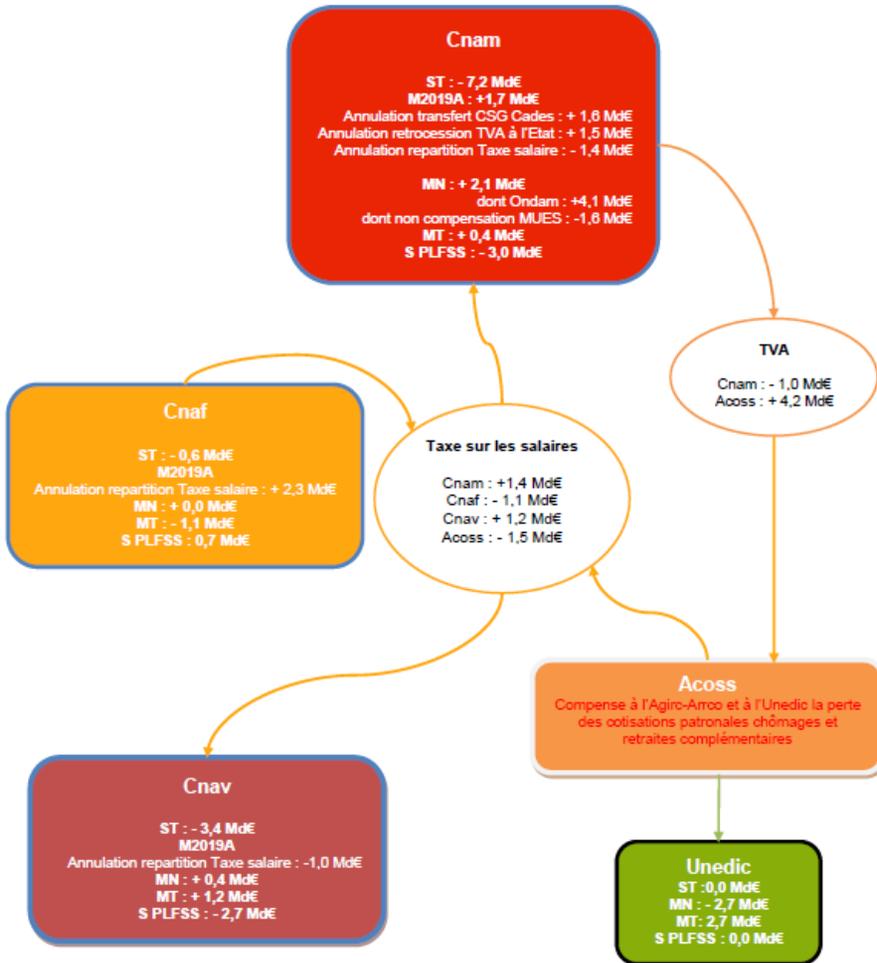
Ensuite, il abroge les attributions de dette de l'ACOSS à la CADES prévues par la LFSS pour 2019.

Enfin, il neutralise la perte de ressources résultant, pour le CPRP-SNCF, de la fin des recrutements de personnels dans le cadre permanent de la société ⁽¹⁾.

(1) Article 3 de la loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

SCHÉMA RÉCAPITULATIF DES TRANSFERTS DE RECETTES INTERNES À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2020

(en milliards d'euros)



ST : solde tendanciel

M2019A : mesures de la LFSS pour 2019 pour 2020 abrogées par le PLFSS pour 2020

MN : mesures nouvelles

MT : mesures de transferts entre branches et l'État

S PLFSS : solde du PLFSS pour 2020 après mesures

Source : documentation transmise par l'ACOSS aux rapporteurs pour avis.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

I. LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : MAÎTRISE ET TRANSFORMATION

Les mesures de régulation prises par le passé permettent de contenir des dépenses de santé dynamiques **(A)**. Le PLFSS pour 2020 confirme et amplifie cette volonté, tout en l'enrichissant d'une attention accrue portée à la qualité et à la pertinence du système de santé **(B)**. Dans cette optique, l'objectif de dépenses et l'ONDAM traduisent la nécessité d'allier qualité des soins et maîtrise de la dépense **(C)**, ce qui est permis par un corpus de nouvelles mesures ambitieuses **(D)**.

A. DES DÉPENSES DE SANTÉ STRUCTURELLEMENT DYNAMIQUES MAIS DONT LA CROISSANCE RESTE CONTENUE EN 2018

L'évolution des dépenses de santé se caractérise par des dynamiques de long terme **(1)**, dans lesquelles l'année 2018 s'inscrit pleinement **(2)**. Tout en confirmant ces tendances, les ONDAM pour 2018 et pour 2019 présentent une légère sous-exécution **(3)**.

1. Le dynamisme des dépenses de santé s'explique par des tendances de long terme

La croissance soutenue et durable des dépenses de santé en France **(a)** s'explique par des tendances de long terme auxquelles sont également sujets les systèmes de santé voisins **(b)**.

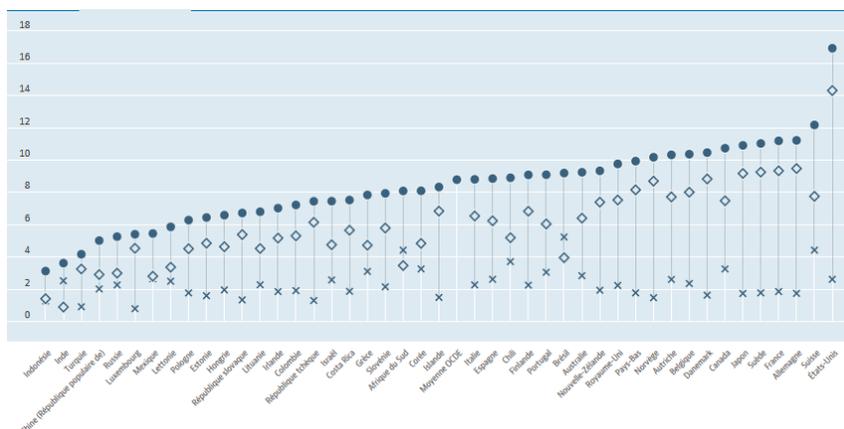
a. Des dépenses de santé structurellement élevées en France

Les dépenses de santé sont structurellement élevées en France : elles représentent selon l'OCDE **11,2 % du PIB en 2018**, plaçant la France au deuxième rang, derrière l'Allemagne, des plus gros consommateurs de la zone euro en termes de dépenses de santé rapportées au PIB.

En comparaison avec les pays de l'OCDE, la France est le quatrième pays ayant les dépenses de santé rapportées au PIB les plus importantes, derrière les États-Unis, la Suisse et l'Allemagne.

POIDS DES DÉPENSES DE SANTÉ DANS L'ÉCONOMIE

(en pourcentage du produit intérieur brut)



Source : OCDE, Indicateur « les dépenses de santé ».

En outre, la France se distingue par son haut niveau de prise en charge des dépenses médicales : **seules 1,4 % des dépenses médicales restent à la charge des ménages, contre une moyenne de 3 % dans l'OCDE** ⁽¹⁾.

Le reste à charge faible, une spécificité française

Le reste à charge (RAC) est la part de la consommation de soins et de biens médicaux acquittée par les ménages, après intervention de l'assurance maladie et des organismes complémentaires. En 2018, le RAC est évalué à 7 % de la CSBM (14,3 milliards d'euros), soit 214 euros par habitant. Cette part de la dépense financée par les ménages est la plus faible de l'OCDE, et se situe en dessous de la moyenne européenne. Toutefois, le RAC diffère largement selon les domaines : en ce qui concerne les soins optiques, il atteint 21,1 %.

Le RAC tend à diminuer sur le long terme, du fait notamment de l'augmentation du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée, mais également du vieillissement de la population.

Le montant actuel des dépenses de santé est le résultat d'une tendance haussière de long-terme. Ces dépenses ont en effet progressé plus vite que la croissance pendant plusieurs décennies : de 1950 à 2018, alors que le PIB progressait de 7,9 % en moyenne sur cette période, la consommation de soins et de biens médicaux augmentait de 9,6 %. L'accélération a été particulièrement marquée entre 1950 et 1985.

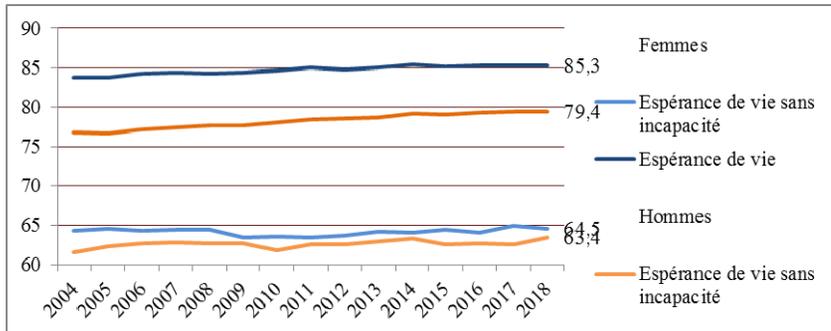
(1) OCDE, *Panorama de la santé 2017*,

b. Les systèmes de santé font face à plusieurs tendances de long terme exerçant une influence inflationniste sur leurs dépenses

Sur le long terme, les systèmes de santé sont de manière générale confrontés à plusieurs défis, qui tendent à augmenter leurs dépenses.

En premier lieu, **le vieillissement de la population représente des coûts supplémentaires importants**. En effet, si l'espérance de vie progresse et est élevée en France (85,3 ans pour les femmes notamment, bien au-dessus de la moyenne européenne), l'espérance de vie en bonne santé est bien moindre : l'espérance de vie sans incapacité s'élève en 2018, en France à 65,4 ans pour les femmes et 63,4 ans pour les hommes ⁽¹⁾.

ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE ET DE L'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ



Source : DREES, *Études et résultats*, L'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes, n° 1127, octobre 2019.

L'extension des pathologies chroniques tend à augmenter fortement les coûts de prise en charge pour l'assurance maladie. Les maladies cardiovasculaires en sont un exemple. En 2017, sur les quatre millions de personnes prises en charge pour une maladie de ce type, 3,9 millions étaient dans une phase chronique. Ainsi, sur les 14 milliards d'euros alloués à ces maladies, 10,5 milliards concernaient la prise en charge de formes chroniques de la maladie, soit 75 % des dépenses.

(1) DREES, *Études et Résultats*, L'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes, n° 1127, octobre 2019.

Antibiotiques et antibiorésistance : un défi français

La France présente un taux élevé de consommation d'antibiotiques, au troisième rang en Europe derrière la Grèce et Chypre. Elle est trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, sans que des raisons épidémiologiques ne justifient cet écart, et se caractérise par une consommation concentrée sur la ville (93 %) et des prescriptions provenant principalement des médecins généralistes (69,1 %). Selon l'assurance maladie, 400 millions d'euros pourraient être économisés si la consommation française d'antibiotiques était au même niveau que la consommation néerlandaise ⁽¹⁾.

Les dangers de l'antibiorésistance sont pourtant largement reconnus : pour un certain nombre d'infections, dont la pneumonie et la tuberculose, les traitements sont d'ores et déjà compliqués par la perte d'efficacité des antibiotiques.

Plusieurs mesures ont été prises pour limiter la consommation d'antibiotiques : les résultats de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sont à ce sujet encourageants, mais restent insuffisants. Par conséquent, l'assurance maladie se mobilisera en 2020 sur ce sujet, d'une part par une campagne de communication auprès grand public, et d'autre part en favorisant le recours au test rapide d'orientation diagnostic, permettant de différencier rapidement angines virales et angines bactériennes. Elle accompagnera les médecins dont les prescriptions dépassent les 8 jours (22 % des prescriptions concernées), renforcera le conseil en antibiothérapie et mobilisera les moyens numériques d'information des prescripteurs.

Enfin, l'innovation thérapeutique représente un coût important pour les systèmes de santé : si elle permet une meilleure prise en charge médicale des patients, son coût est intrinsèquement élevé et les modalités de sa prise en charge sont porteuses d'effets pervers pouvant créer des effets cliquet coûteux pour l'assurance maladie.

(1) Caisse nationale d'assurance maladie Charges et produits, juillet 2019.

Les risques pesant sur la soutenabilité budgétaire du traitement de l'innovation

Les auditions menées par les rapporteurs pour avis ont permis de dresser un bilan des difficultés rencontrées quant à deux dispositifs centraux dans le traitement de l'innovation par le système de santé français, d'une part « la liste en sus » et d'autre part l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

« La liste en sus » est conçue comme un circuit de financement de l'innovation à l'hôpital. Elle regroupe de médicaments ayant des prix élevés, à la différence des autres médicaments, financés eux par un paiement forfaitaire global et dont le prix est bien moindre. Dans certains cas, cette différence ne semble toutefois plus aussi pertinente qu'auparavant. Le prix des médicaments ayant obtenu une ASMR IV (dont l'amélioration du service médical rende ne justifie pas un classement parmi les produits innovants de la liste en sus) ne peut pas toujours être couvert par le forfait, alors que leur classement en ASMR IV résulte parfois seulement d'une qualité de la preuve insuffisante.

Le dispositif des ATU présente également des limites et des coûts très importants pour l'assurance maladie :

– les prix fixés par les industriels sont très élevés lors de la période d'ATU. Par conséquent, alors que la dépense liée plafonnait à 110 millions d'euros annuels jusqu'en 2013, elle a atteint 860 millions d'euros en 2018 ;

– à l'issue de la période d'ATU, la négociation est complexe dans de nombreux cas, pour plusieurs raisons : les montants des indemnités fixées par les industriels sont de plus en plus élevés, et ces derniers n'ont pas d'intérêt à la négociation, puisque le prix du médicament post ATU sera nécessairement plus faible que celui en ATU. En outre, le recueil des données d'utilisation en ATU est insuffisant, et ne permet pas de sortir les médicaments de cette liste, créant un coûteux effet cliquet pour l'assurance maladie.

Le recueil des données est pourtant fondamental : alors que l'utilisation en ATU des médicaments devrait constituer une preuve de leur efficacité et de leur sécurité, les données sont trop peu communiquées. Cette insuffisance ne permet pas d'attester définitivement le caractère innovant des médicaments et de fixer leur tarification en conséquence.

En outre, pour les ATU nominatives, qui concernent des médicaments pour des patients en nombre limité mais sans alternative thérapeutique, les laboratoires sont libres de fixer les prix. Le coût peut aller jusqu'à 2 millions d'euros par patient et par an.

Les rapporteurs notent que, si l'utilité de l'ATU et ses bénéfices considérables pour les patients comme pour l'innovation médicale ne peuvent être remis en cause, le coût croissant de ce dispositif unique en Europe ainsi que les pratiques de certains industriels bénéficiaires soulèvent des questions. Les rapporteurs demandent que les modalités de recueil de l'information auprès des prescripteurs soient clarifiées et renforcées.

Ils rappellent également que les dispositifs de prise en charge en ATU et post-ATU ont vocation à rester « temporaires » et doivent déboucher sur la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Cependant, ils sont généralement maintenus pendant des périodes prolongées sans que cela ne soit justifié. Dans certains cas, le financement dérogatoire de certains médicaments dure depuis plus de 4 ans, alors même que la commission de la transparence de la HAS leur a octroyé un SMR faible et une absence d'ASMR. Plus de la moitié des 34 spécialités prises en charge en ATU ou post-ATU à ce jour sont entrées dans le dispositif avant janvier 2016.

Dans ce contexte, les rapporteurs préconisent la création de moyens de sanction visant à s'assurer que les industriels remplissent l'ensemble de leurs obligations dans le cadre de l'instruction de l'AMM. Il est nécessaire de donner un levier supplémentaire aux autorités de santé tout en préservant l'essence de l'ATU et l'accès aux traitements.

2. Si la croissance des dépenses de santé tend à ralentir et reste modérée en 2018, elle est tirée par les soins de ville ainsi que, dans une moindre mesure, par les soins de longue durée aux personnes âgées

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est l'indicateur utilisé en France pour évaluer les dépenses de santé. Elle comprend d'une part un effet prix, et d'autre part un effet volume. Si elle tend à ralentir sur le long terme **(a)**, ses déterminants évoluent **(b)**, et des points d'attention spécifiques doivent parmi eux interpeller **(c)**.

Les indicateurs des dépenses de santé

Il existe plusieurs manières de mesurer l'évolution des dépenses de santé. Trois indicateurs sont mobilisés à cet effet, en sus de l'ONDAM qui représente un objectif fixé par le législateur.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) se compose des soins hospitaliers (46,4 % du total), des soins de ville (27 %), de la consommation de médicaments en ambulatoire (16,1 %) de la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire (7,9 %), et de la consommation de transports sanitaires (2,5 %). Elle est financée par la sécurité sociale à hauteur de 78,1 %. Les organismes complémentaires en financent 13,4 %, tandis que l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C en financent 1,5 %. Enfin, le RAC couvre 7 % de la CSBM.

La dépense courante de santé (DCS) regroupe toutes les dépenses courantes (hors investissement en capital) des financeurs publics et privés. Il s'agit donc d'un agrégat plus large. En 2018, elle équivaut à 275,9 milliards d'euros, soit 11,7 % du PIB. En sus des soins et biens médicaux, elle intègre notamment les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement ou à domicile et aux personnes handicapés en établissement (8,2 % du total des DCS), les coûts de gestion du système de santé (7,7 % du total des DCS), ou encore les indemnités journalières pour arrêt de travail versées en cas de maladie, de maternité ou d'accident du travail.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est l'indicateur utilisé par l'OCDE, l'Union européenne et l'OMS. Elle est évaluée à partir de la DCS amputée de certaines dépenses (les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, de recherche et de formation), et augmentée de certaines dépenses sociales liées à la prise en charge du handicap et de la dépendance.

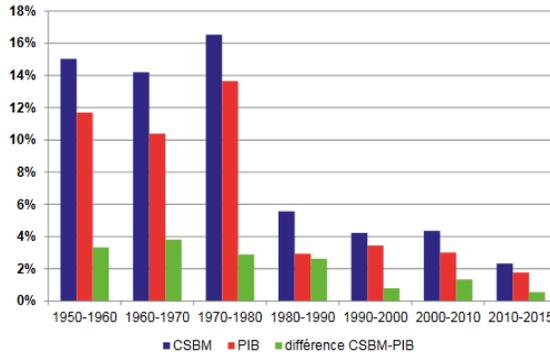
a. Sur le long terme, la croissance de la CSBM tend à ralentir

Des mesures de régulation, ainsi que l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale en 1997, ont contribué à limiter, à partir des années 1980, la hausse des dépenses de santé.

Ce mouvement a été amplifié à partir des années 2000, avec notamment la mise en œuvre de la tarification à l'activité pour les soins hospitaliers en 2004, de tarifications forfaitaires en 2005, ou encore le déremboursement et des baisses de prix de médicaments. Entre 1985 et 2018, la CSBM ne progresse que de 0,4 point de PIB, portant le total des dépenses de santé à 8,8 % du PIB. La progression de la CSBM est restée inférieure à 2,1 % depuis 2015.

CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE EN VALEUR DE LA CSBM ET DU PIB

(en pourcentage)



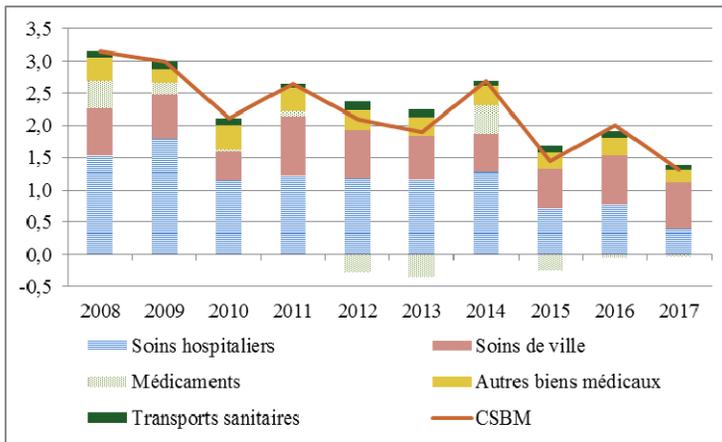
Source : Pierre-Yves Cusset, Les déterminants de long-terme des dépenses de santé en France, document de travail de France stratégie n° 2017-07, juin 2017.

b. Les déterminants de la croissance de la CSBM évoluent, au profit de la ville

En outre, la contribution de chacun des postes à la croissance de la CSBM s’est modifiée.

CONTRIBUTION À LA CROISSANCE DE LA CSBM EN 2017

(en pourcentage)



Source : DREES, Études et résultats : les dépenses de santé enregistrent une faible croissance en 2017, n° 1076, septembre 2018.

La contribution à la croissance des soins de ville reste globalement stable, mais dépasse désormais celle des soins hospitaliers, dont la

contribution diminue fortement. La contribution des médicaments a également fortement ralenti.

L'année 2018 illustre ces tendances de long terme.

Pour 2018, la CSBM est évaluée à 203,5 milliards d'euros, en hausse de 1,5 % par rapport à 2017. Elle progresse de moins en moins vite : en 2017, elle augmentait de 1,7 %. Toutefois, cette évolution peu dynamique masque des disparités importantes entre les secteurs : **la décélération de la CSBM est, comme depuis plusieurs années, le fait du secteur hospitalier, tandis que les soins de ville expliquent la plus grande partie de la croissance** de la consommation de soins et biens médicaux. En effet, les soins hospitaliers augmentent de 0,8 % seulement en 2018, tandis que les soins de ville augmentent de 2,9 % en 2018, après 2,6 % en 2017 ;

Parmi les dépenses de soin de ville, la croissance rapide de la consommation de soins de médecins et de sages-femmes est à souligner : elle augmente de 4 %, du fait d'une hausse simultanée des volumes consommés et des prix. La croissance de la CSBM en volume est compensée par une légère baisse des soins et des biens médicaux : le prix des médicaments a par exemple diminué de 3,1 % en 2018.

Cette importance croissante des soins de ville dans la CSBM rejoint un autre indicateur, celui de la sur-exécution de l'ONDAM ville entre 2015 et 2018. L'année 2018 illustre cette tendance : **le sous-objectif initial concernant les soins de ville a été dépassé de 560 millions d'euros en cours d'exercice, et ce pour la quatrième année consécutive.** Ce dépassement a conduit le législateur à voter, dans la partie rectificative de la LFSS pour 2019, la majoration du sous-objectif soins de ville », ainsi que la réduction à due concurrence des autres sous-objectifs (de 0,3 milliard d'euros pour celui des établissements de santé et de 0,2 milliard d'euros pour celui des établissements sociaux et médico-sociaux).

Vers une régulation des dépenses de soins de ville plus développée ?

Actuellement, les contraintes de régulation sur l'ONDAM portent pour leur majeure partie sur les dotations des établissements de santé et médico-sociaux. Les dépenses de ville sont quant à elles dépourvues de tout mécanisme de régulation infra-annuelle, à l'exception du médicament et de la biologie médicale, ainsi que de la réserve prudentielle créée en LFSS pour 2019. La Cour des comptes souligne dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2019 qu'elle est toutefois réduite par ses montants, et qu'elle a été constituée en majorant l'évolution tendancielle.

Les magistrats de la Cour recommandent de développer davantage les mécanismes de régulation.

Toutefois, les soins de ville ne sont pas les seules dépenses de santé suivant une pente haussière à long terme. **Les soins de suite et de réadaptation poursuivent également leur progression :** le nombre de séjours en

hospitalisation complète liés à ces activités est en augmentation de 28 % entre 2002 et 2017, et le nombre de journées en hospitalisation partielle est en hausse de 198 % sur la même période.

L'analyse de la dépense courante de santé (DCS), indicateur plus large que la CSBM, renseigne sur les besoins spécifiques d'une population vieillissante : si l'évolution de la DCS est traditionnellement fortement corrélée à celle de la CSBM (la CSBM en représentant les trois quarts), sur le long terme, la structure de la DCS s'est déformée ces dernières années, la **part des soins de longue durée progressant de 0,1 point par an en moyenne**.

Parmi **ces soins de longue durée, entre 2009 et 2018, les soins de longue durée aux personnes âgées ont progressé en moyenne de 3,1 %**. Leur croissance ralentit légèrement en 2018, pour s'élever à 2,4 %, et atteindre 11,3 milliards d'euros. La dépense est principalement portée par les personnes âgées hébergées en établissement.

L'hospitalisation à domicile : un secteur en retard ?

L'hospitalisation à domicile se distingue par la faiblesse des montants mobilisés au regard du potentiel de ce secteur. Alors que ce système de soins coordonnés entre la ville et l'hôpital semble répondre aux attentes exprimées par les professionnels de la santé et les patients, les dépenses de l'assurance maladie en 2017 au titre de l'hospitalisation à domicile ne sont que d'un milliard d'euros environ.

Toutefois leur croissance est à nouveau dynamique (+ 6,7 % en 2017). Cette évolution est en partie due à la reconnaissance par la Haute autorité de santé (HAS) de la compétence exclusive des établissements d'hospitalisation à domicile dans le traitement spécifique des pansements complexes.

c. Les dépenses d'indemnités journalières progressent depuis 2013

Parmi les dépenses de soins de ville, les indemnités journalières constituent un point d'attention spécifique des rapporteurs.

Les dépenses d'indemnisation des arrêts de travail pour maladie sont particulièrement dynamiques. Il s'agit des revenus de remplacement versés par l'assurance maladie aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption temporaire de l'activité professionnelle. Dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2019, **la Cour des Comptes note que les dépenses d'indemnités journalières représentent 14,5 milliards d'euros** pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, dont environ 13 milliards pour le régime général.

Leur croissance est importante et contribue fortement à la hausse des dépenses de soins de ville :

– les dépenses d'indemnisation pour arrêts de travail ont augmenté de 4,2 % en moyenne entre 2013 et 2017 ;

– Sur la seule période 2014-2017, le coût des indemnités journalières maladies et arrêt de travail ont augmenté respectivement de 12,3 % et 12,89 % ;

– En 2018, elles progressent de 4,6 % et contribuent à hauteur de 25,7 % à l’augmentation des dépenses de soins de ville, alors qu’elles n’en représentent, en proportion que 14,6 %.

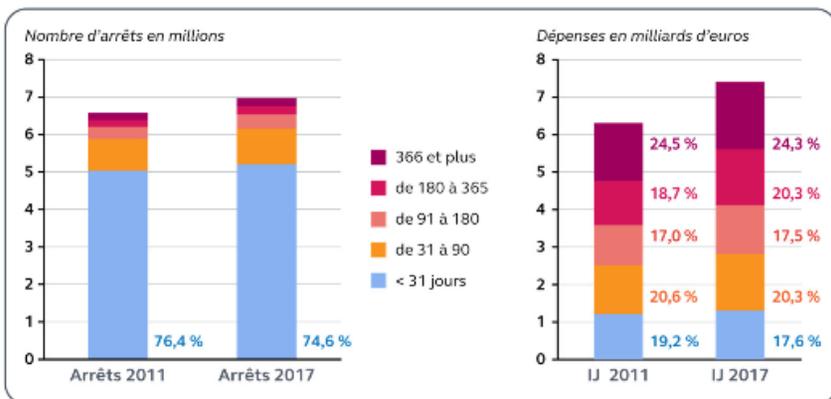
ÉVOLUTIONS DES INDICATEURS ENTRE 2014 ET 2017 POUR LES DIFFÉRENTS MOTIFS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Montant indemnisé (en millions d'euros)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	2 675	2 623	-1,93 %
AT-MP	2 566	2 881	+12,30 %
Maladie	6 566	7 412	+12,89 %
Ensemble	11 806	12 916	+9,41 %
Nombre de journées (en millions)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	55	52	-5,27 %
AT-MP	55	60	+8,61 %
Maladie	212	234	+10,42 %
Ensemble	321	345	+7,45 %
Nombre d'arrêts (en milliers)			
Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	663	635	-4,16 %
AT-MP	1 004	1 051	+4,69 %
Maladie	6 420	6 974	+8,62 %
Ensemble	8 087	8 660	+7,08 %

Source : système national des données de santé (SNDS).

De manière globale, cette hausse résulte de trois facteurs distincts : l’augmentation de la proportion d’assurés ayant bénéficié d’au moins un arrêt de travail, le nombre moyen d’arrêt de travail, et la durée moyenne des arrêts. Cette dernière est passée de 31,2 jours en 2013 à 33,5 jours en 2017, soit une hausse de 7,4 %.

NOMBRE D'ARRÊTS ET DÉPENSES D'INDEMNISATION EN FONCTION DE LA DURÉE DES ARRÊTS MALADIE (2011 ET 2017)



Source : Cour des comptes d’après les données de la caisse nationale d’assurance maladie.

Si les trois types d’indemnités journalières contribuent à l’augmentation des dépenses dans des proportions comparables en 2018 (1,4 % pour les arrêts maladie

de plus de trois mois, 1,5 % pour ceux de moins de trois mois et 1,7 % pour les arrêts de travail), il est intéressant de noter que leurs dynamiques sont divergentes :

– les indemnités journalières maladie de plus de trois mois sont en nette accélération (+ 5,0 % en 2018, après + 4,2 % en 2017 et + 3,4 % en 2016). Cette hausse s’explique par l’augmentation simultanée du nombre de personne de plus de 60 ans et du taux d’activité chez les personnes de 50 ans et plus (notamment au recul de l’âge de départ en retraite) ;

– à l’inverse, les indemnités journalières maladie de moins de trois mois poursuivent leur ralentissement (+ 3,4 % après + 3,6 % en 2017 et + 5,5 % en 2016) ;

– la croissance des indemnités journalières pour accidents de travail et maladies professionnelles continuent d’accélérer (+ 5,9 % après 5,5 % en 2017 et 4,1 % en 2016). Cette accélération peut notamment s’expliquer par la modification du fait générateur de la prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles intervenue en LFSS 2018 et prévoyant – à partir du 1^{er} juillet 2017 – la prise en charge par la branche AT-MP dès le premier constat médical de la maladie et non plus seulement à compter de la reconnaissance de son origine professionnelle.

La nécessité d’une refonte des indemnités journalières de sécurité sociale

Une réflexion sur la refonte des indemnités journalières de sécurité sociale est rendue nécessaire par deux facteurs :

- l’augmentation du coût des indemnités journalières et son impact sur les dépenses de soins de ville ;
- la complexité du calcul des indemnités journalières du fait de l’absence de base commune, des variations des taux selon les critères retenus et de l’existence de plafonds peu cohérents.

La plupart des actions et des mouvements de simplification et d’harmonisation engagés au fil du temps ont permis des économies, sans pour autant endiguer la hausse des dépenses d’indemnités journalières, qui atteignent 10,81 milliards d’euros en 2018.

Dans ce contexte, la rapporteure pour avis Cendra Motin propose :

- une harmonisation et simplification des IJ, sur la base du rapport de l’IGAS de 2017 ⁽¹⁾ ;
- une indemnisation plus équitable des arrêts *via* la création d’un jour de carence « d’ordre public » et l’extension du complément employeur à l’ensemble des catégories de salariés avec un bénéfice dès la fin du délai de carence, comme le préconise le rapport « Plus de prévention, d’efficacité, d’équité et de maîtrise des arrêts de travail » de MM. Berard, Oustric et Seiller.

Par ailleurs, les rapporteurs soulignent la faible efficacité des actions de maîtrise engagée sur ce poste : les économies prévues pour l’année 2018, à hauteur

(1) *Inspection générale des affaires sociales, L’évolution des dépenses d’indemnités journalières, 2017.*

100 millions d'euros, n'ont pas été observées. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale publié en juin 2019 émet de sérieux doutes sur la réalisation de ces mêmes économies en 2019. Ces difficultés à réguler les dépenses d'indemnités journalières ne sont pas surprenantes mais peuvent inquiéter, à l'heure même où la CNAM prévoit à nouveau de réaliser 100 millions d'économies sur ce poste pour l'année 2020.

La mise sous objectif ou mise sous accord préalable des médecins très prescripteurs

Pour les médecins dont les prescriptions d'arrêts de travail présentent des écarts importants à la moyenne de leurs confrères (au moins trois écarts-types), le code de la sécurité sociale autorise l'assurance maladie à mettre en place une procédure de mise sous objectifs (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP). Cette procédure a été modifiée pour privilégier le dialogue. Les médecins dont les prescriptions sont les plus fortement atypiques se voient proposer, depuis 2016, un entretien préalable à tout déclenchement d'une procédure. Aucun médecin ne fait ainsi l'objet de l'un de ces dispositifs MSO ou MSAP sans qu'une phase de dialogue ne soit intervenue préalablement, dans l'objectif à la fois d'objectiver les conditions d'exercice du professionnel et d'observer sa capacité à réduire ses prescriptions quand elles dépassent largement celles de ses confrères sans explication évidente.

Cette procédure porte ses fruits. L'entretien préalable a permis d'observer une diminution de la prescription d'indemnités journalières de trois médecins sur quatre (dont une baisse de 20 % pour un sur trois) lors de la campagne lancée en 2017. Concernant les 84 médecins ayant fait l'objet d'une mise sous objectifs, les deux tiers ont effectivement réduit leurs prescriptions conformément aux engagements pris. Au total, seule une vingtaine de médecins ont été mis sous accord préalable en 2017.

Ce dispositif fondé sur une démarche de dialogue et d'accompagnement gradué a été renouvelé en 2019.

Au-delà des médecins dont le profil de prescriptions est particulièrement atypique, le ciblage permet d'identifier des médecins fortement prescripteurs à qui il est proposé un accompagnement par le service médical. Pour ce faire, les actions de ce service évoluent d'une logique de contrôle ponctuel des prestations individuelles à une approche plus globale, intégrant le suivi des assurés en arrêt.

3. Tant l'ONDAM pour 2018 que celui pour 2019 présenteraient une légère sous-exécution

• **En 2018, les dépenses comptabilisées au titre de l'ONDAM sont de 195,2 milliards d'euros, en sous-exécution d'environ 160 millions d'euros par rapport à l'objectif révisé pour 2018, fixé à 195,4 milliards d'euros.**

Ce résultat global masque des disparités importantes entre les sous-objectifs, au bénéfice du sous-objectif soins de ville.

– **Les dépenses de soins de ville poursuivent leur croissance dynamique : elles augmentent de 2,4 % par rapport à 2017, pour atteindre 89,3 milliards d'euros. Le sous-objectif initial a été dépassé en cours d'année, pour la quatrième fois consécutive. La partie rectificative de la LFSS pour 2018 a tiré les**

conséquences de ce dépassement en augmentant de 560 millions d'euros ce sous-objectif. Toutefois, en exécution, **les dépenses de ville se sont révélées inférieures de 250 millions d'euros au sous-objectif révisé**. Les honoraires paramédicaux, les dispositifs médicaux et les transports auraient en effet été sur-dotés.

– La dépense des établissements de santé s'élève à 80,4 milliards d'euros en 2018, en **progression de 2 % par rapport à 2017**. L'objectif rectifié pour 2018 est **sous-exécuté à hauteur de 35 millions d'euros**. Cette sous-exécution est principalement la conséquence de la poursuite du ralentissement de l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), surtout du fait des établissements publics. Compte tenu du ralentissement de l'activité, l'intégralité des crédits hospitaliers mis en réserve ont été dégelés à la fin de l'année 2018. En outre, une dotation complémentaire de 300 millions d'euros a été allouée en mars 2019, permettant d'éviter une sous-exécution trop importante.

– **L'ONDAM médico-social a été sur-exécuté à hauteur de 0,1 milliard d'euros par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2019**. La contribution totale de l'assurance maladie au financement d'établissements médico-sociaux en 2018 s'élève à 20,4 milliards d'euros, en hausse de 1,9 % par rapport à 2017. Au sein de ce sous-objectif, les dépenses des établissements médico-sociaux pour personnes âgées ont bénéficié de 9,2 milliards d'euros, tandis que les établissements pour personnes handicapées ont perçu 11,1 milliards d'euros. Ces deux enveloppes ont respectivement augmenté de 2 % et de 1,8 %. Cette sur-exécution est toutefois à relativiser, l'ONDAM médico-social ayant été réduit à de 120 millions d'euros en gestion.

• Pour 2019, la loi de financement de la sécurité sociale a fixé un objectif de dépenses de 200,3 milliards d'euros, en hausse de 2,5 % par rapport à 2018. **Cet objectif présenterait une sous-exécution de l'ordre de 130 millions d'euros par rapport aux enveloppes fixées en LFSS pour 2019**.

Les dépenses de soins de ville seraient, pour 2019, de 91,4 milliards d'euros, en hausse de 2,6 % par rapport à 2018. Toutefois, ce montant est inférieur de 125 millions d'euros à l'objectif fixé en LFSS pour 2019, principalement en raison du report de la sous-exécution observée en 2018. Ce report permet de compenser la hausse des dépenses de remboursements de médicaments, d'indemnités journalières et de transport, plus importante que prévue de 190 millions d'euros.

Ainsi, cette sous-exécution due à un effet de base important masque en réalité une sur-exécution, en gestion, de presque toutes les composantes des dépenses de soins de ville :

– les remboursements de médicaments seraient sur-exécutés à hauteur de 45 millions d'euros, malgré un effet de base favorable de 110 millions d'euros. La réforme de la rémunération des pharmaciens des officines a poussé à la hausse les dépenses, tandis que, dans le même temps, certaines molécules auparavant

délivrées en pharmacies hospitalières sont désormais vendues, depuis 2018, en officine. Parmi elles, certaines sont coûteuses, par exemple les traitements contre l'insuffisance cardiaque ;

– les indemnités journalières seraient en dépassement de 160 millions d'euros environ. Si la croissance rapide des indemnités versées pour arrêt maladie est l'un des facteurs explicatifs, il convient de signaler également que 100 millions d'euros de dépassement proviennent de la non mise en œuvre de mesures d'économies prévues dans le cadre de la construction de l'ONDAM pour 2019 ;

– les transports sanitaires présenteraient également une sur-exécution de 105 millions d'euros, à laquelle il convient de soustraire un effet de base défavorable de 20 millions d'euros ;

– les honoraires médicaux et dentaires présenteraient une sur-exécution de 55 millions, portée principalement par les dépenses de spécialistes.

– enfin, les dépenses de biologie médicale seraient en sur-exécution de 35 millions d'euros, notamment en raison d'actes n'entrant pas dans le périmètre du dernier protocole liant l'assurance maladie et les syndicats de biologistes.

PRÉVISION DE L'ONDAM EN 2019

(en euros et en pourcentage)

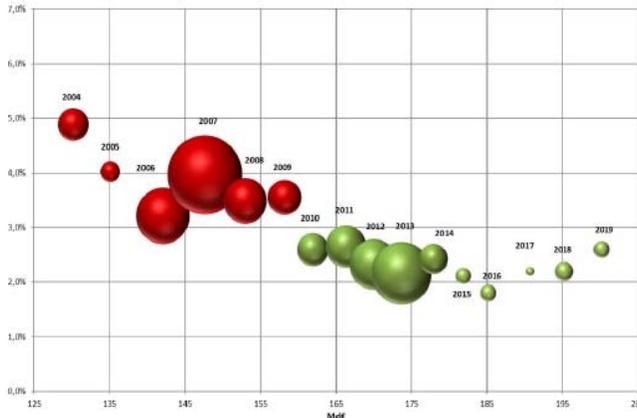
	Constat 2018	Base 2019 (1)	Objectifs 2019	Prévisions 2019 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Écart à l'objectif arrêté en LFSS 2019
ONDAM TOTAL	195,2	195,2	200,3	200,2	2,6 %	- 0,1
Soins de ville	89,3	89,1	91,5	91,4	2,6 %	- 0,1
Établissements de santé	80,4	80,5	82,6	82,6	2,6 %	0
Établissements et services médico-sociaux	20,4	20,5	20,8	20,8	1,8 %	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour les personnes âgées	9,2	9,3	9,5	9,5	2,0 %	0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour les personnes handicapées	11,1	11,2	11,4	11,4	1,6 %	0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,3	3,3	3,5	3,5	4,8 %	0
Autre prise en charge	1,8	1,8	1,9	1,9	6,5 %	0

Source : commission des finances à partir de la commission des comptes de la sécurité sociale.

L'ONDAM hospitalier serait également sous-exécuté à hauteur de 45 millions d'euros, sous l'hypothèse d'un dégel des crédits mis en réserve. La croissance moins élevée qu'attendue des dépenses de la liste en sus en est la principale cause, tant pour les dispositifs médicaux que les médicaments.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM DEPUIS 2004

(en pourcentage)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

Ainsi, l'ONDAM pour 2019 devrait être respecté. Il bénéficierait des réalisations de 2018 : l'avantage total de base sur l'ONDAM 2019 serait de 330 millions d'euros, principalement du fait de la sous-exécution des soins de ville en 2018.

Toutefois, **selon la commission des comptes de la sécurité sociale, des risques pèsent à ce stade sur la réalisation de l'ONDAM 2019** : l'objectif de 155 millions d'euros d'économie pourrait être remis en question, notamment en raison des dépenses d'indemnités journalières. En outre, les volumes d'activités en MCO représentent un autre risque qui pourrait peser à hauteur de 125 millions d'euros sur la réalisation de l'objectif prévu.

601 millions d'euros ont été mis en réserve au début de l'année, ainsi que 120 millions d'euros au titre d'une provision prudentielle inédite, incluse dans le sous objectif soins de ville. Ces réserves et cette provision devraient permettre de faire face aux risques identifiés.

Le PLFSS pour 2020 propose de rectifier l'ONDAM 2019 et ses sous-objectifs de la sorte :

ONDAM POUR 2019 RECTIFIÉ ET ÉVOLUTION PAR RAPPORT À L'OBJECTIF INITIAL

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	Objectif LFSS pour 2019	Objectif LFSS pour 2020	Variation 2020/2019
Dépenses de soins de ville	91,5	91,4	- 0,1 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7	82,6	- 0,1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4	9,6	2,1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,3	11,4	0,9 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,5	3,5	0,0 %
Autres prises en charge	1,9	2	5,3 %
Total	200,3	200,4	0,0 %

Source : commission des finances d'après la LFSS pour 2019 et le PLFSS pour 2020.

B. LE PLFSS POUR 2020 CONFIRME LA RÉORIENTATION DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ VERS UNE PRISE EN COMPTE ACCRUE DE LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE, AU SERVICE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

Les modalités de financement actuelles du système de santé présentent certaines limites (1), qui ont mené au développement de pistes d'amélioration (2), dans lesquelles s'inscrit pleinement le PLFSS pour 2020 (3), notamment par le biais du plan « ma santé 2022 » (4).

1. Les limites des modalités de financement actuelles

Les modalités de financement en vigueur présentent des avantages certains et sont dans cette optique indispensable. Toutefois, tant l'ONDAM (a), présentent des défauts.

a. L'ONDAM : un outil indispensable bien que perfectible

Le financement du système de santé repose actuellement sur plusieurs outils de régulation et en premier lieu l'ONDAM. Ce dispositif a permis de limiter la croissance des dépenses de santé de manière efficace.

Toutefois, il ressort des auditions menées par les rapporteurs pour avis qu'il peut parfois amener les acteurs de santé à appréhender l'acte médical comme une dépense en premier lieu, plutôt que comme un soin porteur de mieux-être pour le patient, inséré dans un parcours global cohérent, multi-sites et multi-praticiens. En outre, l'ONDAM créerait un sentiment de concurrence entre ville et hôpital, conduisant les acteurs à comparer la croissance de leurs ressources sans nécessairement prendre en compte les évolutions souhaitables pour le patient.

Or, les rapporteurs spéciaux s'inscrivent dans une idée régulièrement évoquée dans le cadre des auditions menées : **la question pertinente n'est pas nécessairement l'égalité en termes de moyens alloués, mais la qualité des techniques et des soins mis en œuvre, au bénéfice des patients et de l'objectif de pertinence des soins.**

En somme, **l'ONDAM peut conduire à appréhender le système selon la perspective des différents offreurs, et non en fonction des parcours de soins optimaux pour les patients.** Cet effet pervers concourt à limiter les possibilités de coopération entre acteurs.

En outre, **l'ONDAM souffre de défauts de construction**, relevés par la Cour des comptes⁽¹⁾. Si la réintégration récente dans l'ONDAM des dépenses d'investissement du fonds de modernisation des établissements de santé public et privés et du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique est un progrès indéniable, des limites persistent dans sa construction.

L'ONDAM prévisionnel est déterminé à partir de l'évolution spontanée des dépenses, augmentée des reports en année pleine des mesures prises les années précédentes et des nouvelles mesures, et amputé des économies nécessaires à l'atteinte du taux de progression voté en LFSS. La différence entre le taux de croissance tendanciel et l'ONDAM fixé représente l'effort d'économies nécessaire. Cette modalité de calcul présente trois limites principales :

– selon la Cour des comptes, certaines dépenses devraient être intégrées au calcul de l'ONDAM, et ne le sont pas à ce jour. Il s'agit notamment des pensions d'invalidité, des rentes d'accidents du travail et pour maladies professionnelles, ainsi que des indemnités journalières maternités ;

– certains tendanciels sont perfectibles : celui appliqué aux dépenses de soins de ville résulte par exemple de l'extrapolation des séries statistiques de dépenses majorées des économies attribuées aux actions de maîtrise médicalisée passées. Il est présumé que les actions menées durant une année passée donnée n'ont pas d'effet sur la croissance des années suivantes. Ce biais tend à majorer l'estimation du tendanciel des soins de ville ;

(1) *Cour des comptes, rapport sur l'application des LFSS, chapitre II : L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles, octobre 2018.*

– le taux d'évolution des dépenses des établissements des services sociaux et médico-sociaux est estimé par approximation, en majorant les dépenses constatées des mesures nouvelles et de l'inflation.

S'il présente des limites, qui font de lui un dispositif perfectible, les rapporteurs tiennent à souligner que **l'ONDAM reste un outil indispensable et ayant fait ses preuves pour la régulation des dépenses de santé**. À l'avenir, des améliorations de l'ONDAM pourraient être pensées afin d'orienter le système de santé vers une approche centrée sur la qualité et l'approche globale des parcours de soins.

La question d'une vision pluriannuelle pour les établissements de santé

Les fédérations hospitalières ont émis de manière unanime le souhait d'évoluer vers un modèle pluriannuel d'allocation des ressources de leurs établissements. Les fédérations indiquent que « les établissements hospitaliers ne peuvent connaître aujourd'hui avec précisions le montant des ressources qui leur sera alloué pour l'année en cours avant que celle-ci ne soit achevée » et que le mode de régulation infra annuel des établissements est en décalage avec la conduite de politiques de santé pluriannuelles.

Les rapporteurs notent cette demande et en relèvent sa pertinence tout en soulignant toutes les difficultés qu'elle peut poser en matière de régulation des dépenses de santé. Ils sont favorables à l'ouverture d'une réflexion sur le sujet. Cette réflexion devra prendre en compte le caractère impératif de l'autorisation des dépenses par la représentation nationale et le maintien de puissants leviers de maîtrise de la dépense pour les administrations.

Le rapporteur Éric Alauzet rappelle la recommandation plus spécifique émise dans son rapport sur le PLFSS 2019 qui proposait la communication d'une « fourchette d'évolution » des tarifs aux établissements sur certaines prestations et dans un cadre pluriannuel.

b. La tarification à l'activité : un mode de tarification débattu

Le système de santé repose, pour le secteur hospitalier uniquement, sur un second mode de financement, la **tarification à l'activité (T2A)**. Mise en place en 2004, cette modalité de financement avait pour but de développer l'efficacité des établissements de santé, qui repose sur la productivité d'une part, et sur la qualité des soins d'autre part. Ce mécanisme permet de répartir les ressources financières entre les établissements de santé, dans les limites des moyens alloués par le sous-objectif dédié de l'ONDAM. La T2A couvre l'intégralité des activités des établissements de santé, à l'exception de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation.

Ce mode de financement présente des avantages : il améliore l'efficacité et la réactivité du système, sa transparence, ainsi que l'équité du financement. Toutefois, il présente des effets pervers, dénoncés par les professionnels du monde hospitalier. La Cour des comptes en dresse un bilan dans son rapport de 2017 sur l'avenir de l'assurance maladie :

– **Cette modalité de tarification indexée sur le nombre d’actes, de consultations ou de séjour tend à faire augmenter les volumes d’activité.** S’il est difficile de distinguer quelle part de cette augmentation est justifiée par des raisons médicales, il semble probable qu’elle soit au moins en partie liée à une inflation excessive du nombre d’actes. Selon les études disponibles, dont celle menée en 2017 par l’OCDE, 20 à 30 % des dépenses pour certaines prises en charge proviennent du gaspillage et de la non-qualité. En outre, selon un sondage mené en 2017 par la fédération hospitalière française (FHF), 34 % des médecins pensent que plus de 20 % des actes et examens médicaux ne sont pas justifiés (ils n’étaient que 12 % en 2010 à dresser ce constat) ;

– si la T2A pousse à développer la productivité, cela peut dans certains se traduire par une moindre attention aux patients et à une segmentation des séjours ;

– la réalisation des actes non inclus dans la T2A peut avoir tendance à diminuer ;

– **la T2A repose sur une nomenclature insuffisamment actualisée :** la liste des produits et prestations remboursables est mise à jour de manière peu fréquente. Les inscriptions « en ligne générique », effectuée par les producteurs directement afin de voir leur dispositif médical rattaché à un produit équivalent déjà tarifé, sont notamment trop peu nombreuses ;

– **la tarification semble ne pas valoriser suffisamment l’évolution des pratiques vers le soin en collectif et l’innovation ;**

– **enfin, les tarifs sont instables et complexes.** Pour illustrer cette tendance, la Cour des comptes s’appuie sur l’exemple des consultations cliniques des praticiens de ville, que la convention médicale de juillet 2016 a compliqué. En outre, la caractéristique de la nature du groupe homogène de soins (GHS) rend illisible le « signal prix » qu’elle est censée transmettre.

Il convient toutefois de nuancer ces éléments. D’une part, tous les acteurs du système de santé ne sont pas aussi critiques envers ce système. La DRESS, en se fondant sur l’indicateur du taux de réadmission (dont une croissance importante peut traduire une dégradation de la qualité des soins), considère que la hausse régulière de ce taux entre 2002 et 2012 n’est pas due à la mise en œuvre de la T2A, mais plutôt à une modification des pratiques et à une évolution de la population des patients. En effet, depuis la mise en place de la T2A, si l’augmentation de la chirurgie est plus dynamique dans le public, c’est le secteur privé qui affiche des taux de réadmission plus importants. En outre, l’hypothèse selon laquelle la T2A inciterait à accroître les réadmissions ne se vérifie pas : si tel était le cas, la croissance du taux de réadmission observé dans le public serait plus importante, les réadmissions étant déjà rémunérées par le passé dans le privé. Or, la situation inverse est observée ⁽¹⁾.

(1) DREES, Études et résultats – tarification à l’activité : quel impact sur les réadmissions à l’hôpital ?, n° 0922, juin 2015.

D'autre part, la T2A semble avoir des conséquences positives sur certaines activités hospitalières : sa mise en œuvre **aurait par exemple permis d'améliorer l'attractivité des établissements publics notamment en ce qui concerne la chirurgie** ⁽¹⁾.

Le programme d'incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Aux côtés de la T2A, un financement à la qualité existe d'ores et déjà, par le biais du programme IFAQ. Les montants jusque-là engagés étaient toutefois relativement faibles (50 millions d'euros jusqu'en 2018) et peu lisibles, ce qui limitait le caractère incitatif du système. Toutefois, le nouveau modèle de l'IFAQ, mis en œuvre en 2019, repose sur une enveloppe de 200 millions d'euros et des indicateurs revus. En outre, la LFSS pour 2019 l'a étendu à la psychiatrie avec une entrée en vigueur prévue en 2021, et a instauré un système de bonus-malus reposant sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Si une évaluation précise de ses effets reste à mener, il peut s'agir d'un premier pas encourageant vers une plus grande valorisation de la qualité.

c. La médecine de ville, un secteur plus faiblement régulé

Comme le souligne la Cour des comptes ⁽²⁾, la médecine de ville fait l'objet d'une régulation faible, comparativement à d'autres pays européens. Le rôle du médecin généraliste est resté par conséquent relativement modeste dans la construction du parcours de soins du patient.

En termes de financement, l'évolution la plus importante des dernières années a été l'instauration en 2011 de la **rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ainsi que ses évolutions**. La convention médicale de 2016 a recentré le dispositif, de sorte que 90 710 médecins ont bénéficié d'une ROSP en 2016, pour un montant moyen individuel de 4 593 euros. Si les résultats sont globalement en amélioration (de 53 % en 2012 à 70,1 % en 2016), ils varient fortement selon les objectifs. La prévention reste à cet égard le parent pauvre du système de soins : l'atteinte de l'objectif de la ROSP sur la prévention en 2016 est de 41,8 % seulement ⁽³⁾.

Ainsi, son apport à la réalisation des grands objectifs de santé et surtout au développement de la coopération avec le secteur hospitalier reste limité.

La France ne dispose pas, à ce stade, d'un dispositif permettant d'ajuster l'offre de soins aux besoins de la population. Ce défaut de prise en compte des spécificités des territoires conduit à faire reposer sur les hôpitaux la charge et le

(1) DREES, Études et résultats – réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?, n° 862, janvier 2014.

(2) Cour des comptes, rapport sur l'application des LFSS, octobre 2018.

(3) Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie, 2017.

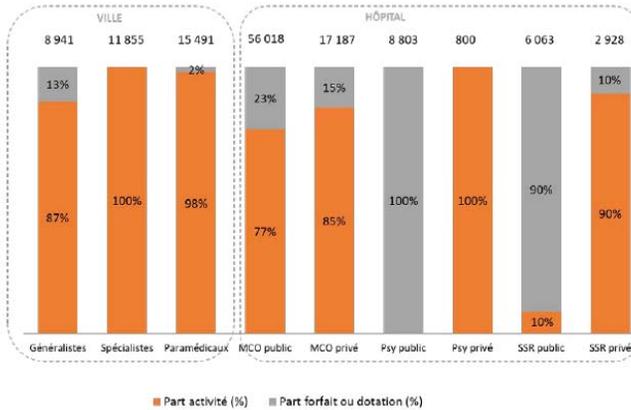
coût de patients ayant des difficultés à trouver un médecin. Cette tendance contribue notamment à la surcharge des urgences.

2. Les voies d'amélioration

Le constat dressé par un grand nombre d'acteurs du système de santé est celui de **la coexistence de modes de financement hétérogènes selon les acteurs de soins, reposant en grande partie sur la quantité de soins produits sans pour autant être en mesure d'en discriminer la qualité**. En outre, si le financement à l'activité majoritaire assure la productivité de chaque acteur, il ne permet pas d'encourager les actions de prévention, ni la coordination, et peut augmenter la réalisation de soins non pertinents.

MONTANT GLOBAL DES DÉPENSES PAR SECTEUR ET PART DE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTIVITÉ

(en milliards d'euros et en pourcentage)



Source : rapport Réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné, rapport de la task force « réforme du financement du système de santé », 2019

En outre, le système de santé doit faire face à de nombreuses évolutions, auxquelles il convient de répondre par un mode de financement adapté. Parmi ces défis figure en tout premier lieu la progression continue des maladies chroniques, qui nécessitent un suivi poussé des patients. **Un mode de financement permettant de combiner hausse du niveau de qualité des soins et maintien de la réactivité du système, tout en encourageant l'innovation et la transformation de l'offre de soins pour répondre à des besoins en constante évolution, semble nécessaire.**

Plusieurs modalités de réforme sont envisageables pour ce faire. Le rapport sur la réforme des modes de paiement de M. Jean-Marc Aubert, directeur de la DREES, propose par exemple d'instituer un **mode de financement mixte** ⁽¹⁾. L'architecture proposée repose sur un financement à la qualité dans des

(1) Réformes des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné, rapport de la task force « réforme du financement du système de santé », 2019.

proportions accrues, reposant sur des indicateurs dont le nombre ne serait pas trop important. Un paiement à la dotation serait en outre maintenu, mais dans des proportions moindres qu'actuellement.

PROPOSITION DU RAPPORT SUR LA RÉFORME DES MODES DE PAIEMENT CONCERNANT LE CHAMP HOSPITALIER



Source : task force « réforme du financement du système de santé ».

En outre, le rapport propose que soit ajouté un forfait de prise en charge pour les pathologies chroniques, ou à la séquence de soins, pour les prises en charge nécessitant un haut degré de coordination entre les acteurs.

Quel financement pour la prévention et la dépendance ?

Selon la définition donnée par l'OMS en 1948, la prévention couvre « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Bien que la prévention soit l'une des priorités de santé publique depuis de nombreuses années, elle peine à gagner en importance et en efficacité. L'une des explications possibles est sa faible valorisation dans le cadre du financement actuel du système de santé. En outre, il n'existe pas de vision consolidée des moyens consacrés à la prévention.

Selon l'estimation transmise par la direction de la sécurité sociale, les dépenses de prévention s'élevaient à 14,9 milliards en 2016. Si parmi elles les dépenses de institutionnelles sont relativement bien suivies (6,24 milliards en 2018 financés à hauteur de 57 % par l'État et les collectivités, à 16 % par la sécurité sociale et à 27 % par des financements privés), l'estimation des dépenses de prévention liées à la consommation de soins est complexe (9,1 milliards en 2016 dont 6,6 pour l'assurance maladie) et les dépenses des établissements de santé et des mutuelles restent inconnues. Considérant ces éléments, les rapporteurs recommandent qu'une évaluation globale des dépenses de prévention soit conduite.

La Cour des comptes recommande à ce titre d'inclure la prévention dans la construction de l'ONDAM, sous la forme d'un sous-objectif distinct et de donner une importance plus grande aux atteintes des objectifs de prévention dans la rémunération des professionnels de santé.⁽¹⁾ En outre, selon le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie⁽²⁾, plusieurs principes pourraient guider un financement rénové des activités de prévention. Il devrait notamment garantir pérennité et stabilité aux acteurs, être conditionné à l'insertion dans un plan structuré et coordonné de prévention, reposant sur le partage des informations entre professionnels.

Le financement de la dépendance soulève également des difficultés importantes, exposées dans le rapport de Dominique Libault sur le grand âge et l'autonomie. Le financement de la dépendance est en effet peu lisible, éclaté entre de nombreux financeurs (assurance maladie, conseils départementaux, CNSA, etc) et des opérateurs de statuts divers (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs). Une réflexion sur les modalités du financement de la dépendance semble nécessaire dans les années à venir au regard du vieillissement de la population.

3. La volonté affirmée de poursuivre la réorientation du système de santé vers la qualité et l'approche globale du patient

Le PLFSS pour 2020 intègre les besoins de réforme et les éléments de réflexion précédemment présentés. En ce sens, **ce projet de loi de financement de la sécurité sociale représente une avancée importante pour la réforme du financement de notre système de santé.**

(1) Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie, 2017.

(2) Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, La prévention dans le système de soins.

• L'article 24 du PLFSS pour 2020 propose une **réforme du financement des hôpitaux de proximité**, en leur allouant d'une part une garantie pluriannuelle de financement, déterminée en prenant en compte, entre autres, **les besoins de santé du territoire ainsi que la qualité de la prise en charge des patients**. En outre, cet article propose d'instituer à leur profit une **dotation de responsabilité territoriale**, « dont le montant est déterminé en tenant compte de l'organisation et la réalisation de leurs missions et de la qualité de prise en charge des patients ». Selon le dispositif de cet article, cette dotation a « notamment vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultation de spécialités et l'accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie et des équipements de télésanté ».

Les modalités de financement actuellement appliquées aux hôpitaux de proximité sont restrictives au regard des évolutions législatives récentes ayant contribué à élargir et affirmer le rôle des hôpitaux de proximité ⁽¹⁾, car appliquées uniquement aux prestations hospitalières de médecine et aux soins de suite et de réadaptation. En outre, le rôle spécifique de ces hôpitaux doit être pris en compte dans les modalités de leur financement : leur fonctionnement ne repose pas sur une activité hospitalière classique à proprement parler, mais également sur des activités « socles », et notamment l'offre de médecine générale et spécialisée, ainsi que l'accès à des plateaux techniques et équipements de télésanté. Ainsi, la tarification à l'activité ne semble pas répondre pleinement aux besoins des hôpitaux de proximité, justifiant le déploiement, par le PLFSS pour 2020, de dispositifs de financement plus variés.

Le dispositif proposé repose également sur la valorisation de l'exercice mixte des professionnels libéraux. L'activité des hôpitaux de proximité repose en effet sur un haut degré de coopération avec les professionnels de santé exerçant en ambulatoire. Il convient d'adapter la rémunération de ces derniers dans ce sens lorsqu'ils prennent part aux missions de l'hôpital de proximité. Actuellement, si ces interventions donnent lieu au versement d'honoraires aux tarifs conventionnels, elles ne sont pas attractives pour les professionnels de santé. Le PLFSS pour 2020 propose d'ajouter aux honoraires une indemnité fixée sur la base des tarifs conventionnels pour les professionnels libéraux participant directement à la prise en charge hospitalière des patients.

Cet article s'inscrit pleinement dans les orientations considérées comme pertinentes par les spécialistes du secteur de la santé : il inclut en effet la **valorisation de la qualité, la prise en compte des besoins locaux, et une incitation à la coopération entre ville et hôpital**.

Son coût pour 2020 est de 40 millions d'euros, répartis comme suit :

– 10 millions d'euros pour la garantie des ressources des établissements actuellement en financement dérogatoire ;

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

- 15 millions d’euros pour l’élargissement du dispositif à des établissements plus importants ;
- 15 millions d’euros pour l’enveloppe dotation de responsabilité territoriale.

Avec le déploiement des missions et l’inclusion d’établissements de taille plus importante, il devrait progresser de 60 millions d’euros dès 2021.

Tarification des établissements de santé : un financement améliorant la qualité et la coordination déployé de 2019 à 2022

L’année 2019 a marqué un tournant dans le financement à la qualité des établissements de santé avec la mise en place d’un compartiment de financement à la qualité à hauteur de 200 millions d’euros (contre 50 millions d’euros en 2018), et qui atteindra 1 milliard d’euros en 2022.

Elle a aussi été celle du lancement de paiement au suivi pour les pathologies chroniques, avec les maladies rénales à partir du 1^{er} octobre, qui seront suivies du diabète en 2020.

Par ailleurs, différentes expérimentations sont conduites concernant le financement à l’épisode de soins, l’incitation à une prise en charge partagée (IPEP) ou le paiement forfaitaire en équipe (PEPS).

La réforme du financement des SSR et de la psychiatrie ainsi que des hôpitaux de proximité proposée dans ce PLFSS poursuivent cette démarche inscrite dans « ma santé 2022 ».

• L’article 25 du PLFSS pour 2020 propose une réforme du financement des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de la psychiatrie.

Actuellement, les établissements de psychiatrie sont financés selon deux modalités différentes selon leur statut juridique : la dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics et privés non lucratifs (9 milliards d’euros en 2018), et le prix de la journée, pour les établissements privés. Ce financement est porteur d’inégalité, la DAF reposant sur des critères historiques, et conduit à augmenter la durée des séjours dans le secteur privé sans l’inciter à poursuivre le virage ambulatoire. **Le modèle proposé repose sur une architecture mixte, composé d’une dotation populationnelle versée aux ARS et répartie par ces dernières entre les établissements, et de dotations complémentaires, en fonction du développement de nouvelles activités et la qualité de la prise en charge des patients.**

Concernant les SSR, leur financement a été réformé en LFSS pour 2016, et repose sur un système mixte. D’une part, une dotation modulée à l’activité permet de valoriser chaque séjour. D’autre part, des compléments sont alloués pour financer les molécules onéreuses, les plateaux techniques spécialisés, ainsi que certaines missions d’intérêt général. Depuis 2017, les SSR bénéficient également d’un financement à la qualité.

Le modèle proposé maintient cette base de deux compartiments, mais les simplifie. D'une part, les recettes issues de l'activité seront déterminées sur la base de tarifs nationaux de prestations et de coefficients géographiques. D'autre part, la dotation forfaitaire permettra de sécuriser sur plusieurs années le financement des activités.

Le texte du PLFSS pour 2020 prévoit des périodes de transition pour les deux secteurs, reportant la mise en application de la réforme à 2021. En conséquence, l'effort financier serait limité en 2020 à 30 millions d'euros pour s'intensifier en 2020 et 2021 (respectivement à hauteur de 80 et 130 millions d'euros).

• **L'article 27 du PLFSS pour 2020 propose d'instituer un nouvel examen de la nomenclature de ville, afin d'opérer une hiérarchisation dans un délai de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2020.** Cette disposition vise à concrétiser l'engagement pris de mettre à jour les nomenclatures et la classification générale des actes professionnels. Cette évolution est en effet nécessaire, dans une optique d'amélioration de la pertinence et de la qualité des actes.

Les rapporteurs soulignent l'importance d'actualiser les nomenclatures actuelles qui représentent des enjeux financiers majeurs – les trois nomenclatures des actes professionnels regroupent 12 000 actes pour un montant de 27,4 milliards d'euros de remboursements – mais soulèvent aussi des questions de santé publique. L'article 27 concerne spécifiquement la nomenclature CCAM qui n'a pas été révisée depuis 2005 et qui est source de nombreuses incohérences qui influencent les pratiques médicales.

À la suite de cette révision, les rapporteurs préconisent qu'une révision de l'ensemble des nomenclatures soit entreprise et conduite progressivement.

Plus globalement, les rapporteurs soulignent l'importance de s'orienter vers une gestion dynamique des listes donnant lieu à une prise en charge ou un remboursement de l'assurance maladie. Les acteurs auditionnés ont souvent souligné le faible nombre de sorties de ces listes et l'absence de pilotage global. Si la révision que lance ce PLFSS est impérative pour gérer le stock des actes et devra être prolongée aux autres listes, il convient de développer des méthodes efficaces de gestion des flux (entrées et sorties) sur ces mêmes listes.

• **L'article 40 du PLFSS pour 2020 propose la mise en œuvre d'un parcours global post-traitement aigu cancer.** Il s'agirait de l'un des rares exemples de parcours de soins organisé, permettant l'intervention de divers professionnels pour accompagner les personnes après les périodes de traitement. Cette mesure traduit des expérimentations ayant montré l'efficacité de ces dispositifs. Ce parcours de soins prendra la forme, en termes budgétaires, d'un forfait déterminé sur la base d'un cahier des charges par des acteurs sélectionnés par les agences de santé régionales. 250 000 patients par an seraient concernés par

ce suivi post traitement⁽¹⁾. 10 millions d'euros seront mobilisés dès 2020 pour financer ce parcours, avec une montée en charge progressive jusqu'à 31,5 millions d'euros en 2022.

• **L'article 42 du PLFSS pour 2020 propose de réviser les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)**, conclu entre le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de l'établissement.

Ce dispositif, créé en LFSS pour 2016, se compose d'un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, produits et prestations, ainsi que d'un ou plusieurs volets additionnels dépendant notamment des performances en termes de qualité et de sécurité des soins des établissements. **Plus de 2 000 contrats ont été signés depuis le 1^{er} janvier 2018, mais dans des délais contraints et avec des difficultés.** Le volet du dispositif portant sur l'intéressement a suscité peu d'adhésion de la part des établissements de santé. En outre, le développement concomitant d'autres dispositifs d'incitation à la performance (la montée en charge de l'IFAQ notamment) a nui à la lisibilité du dispositif.

L'article proposé comprend deux volets :

– d'une part, il renforce l'opérationnalité de la dotation IFAQ en luttant contre l'absence de recueil ou le recueil erroné d'indicateurs par les établissements, en prévoyant que, dans ce cas de figure, le seuil minimal requis pour l'indicateur est réputé non atteint. En outre, le dispositif vise à faciliter le contrôle des indicateurs de qualité et simplifie le recours aux médecins-conseils et aux pharmaciens-conseils ;

– d'autre part, il propose une refonte du CAQES, qui ne sera plus obligatoire pour tous les établissements de santé mais seulement pour ceux identifiés par l'ARS. Son architecture est en outre simplifiée et sa durée limitée à cinq ans. Le modèle proposé repose surtout sur la pertinence des actes, autour de laquelle le dispositif est recentré : en cas de divergence importante et continue aux moyennes régionales, l'ARS pourrait appliquer une sanction financière à l'établissement.

En outre, l'intéressement régional existant sera complété par un intéressement national, évalué par indicateur, avec un reversement de 20 à 30 % des économies générées. Il représentera 10 millions d'euros en 2020 et 20 millions d'euros à terme.

Cet objectif de prise en compte accrue de la pertinence, ainsi que la volonté concomitante d'améliorer la collecte des indicateurs et de renforcer leur usage, suivent la logique d'orientation du système de santé vers davantage de performance.

(1) *Audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics, devant la commission des affaires sociales, jeudi 10 octobre 2019.*

• Enfin, l'article 43 du PLFSS pour 2020 vise à renforcer la pertinence de la prescription de médicaments, notamment pour les médicaments antibiotiques et biosimilaires.

La France présente en effet des indicateurs relativement dégradés concernant la prescription d'antibiotiques : 29,9 doses quotidiennes définies sont prescrites pour 1 000 habitants, contre 20,6 dans l'OCDE ⁽¹⁾. Les antibiotiques sont notamment trop souvent prescrits contre les angines virales, contre lesquelles ils sont pourtant inefficaces.

Si des solutions permettant de distinguer angine virale et angine bactérienne existent, elles sont peu utilisées. Cet article permet de prendre en charge le test rapide d'orientation diagnostique (TROD) lorsqu'il est réalisé en officine. En outre, la mesure permet également d'inciter les fabricants à adapter les conditionnements aux posologies habituelles, afin d'éviter un gaspillage de médicaments. Enfin, cet article permet d'inciter à la prescription de médicaments biosimilaires et permet le recours aux recommandations temporaires d'utilisation même en présence d'alternatives thérapeutiques, dès que cela peut permettre d'améliorer la pertinence des prescriptions.

Les rapporteurs notent le besoin de toujours renforcer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques, tant pour lutter contre l'antibiorésistance que pour contenir les dépenses de santé. Dans ce cadre, ils accueillent avec bienveillance la proposition d'une « ordonnance antibiotique » spécifique qui pourrait notamment conditionner la délivrance à la réalisation d'un test en pharmacie et contribuerait à marquer la singularité de la prescription antibiotique.

Les médicaments biosimilaires, un gisement d'économies important

Les médicaments biosimilaires sont des équivalents de médicaments biologiques, mais dont le coût est moindre. S'il s'agit d'une source importante d'économies pour l'assurance maladie, leur diffusion en ville reste toutefois restreinte à ce stade. L'une des explications de la faible pénétration des médicaments biosimilaires est l'impossibilité, pour le pharmacien, d'user de son droit de substitution comme il peut le faire pour les médicaments génériques. Seul le prescripteur peut décider de prescrire un médicament biosimilaire.

Afin de développer la diffusion des médicaments biosimilaires, l'hôpital peut être utilisé comme « rampe de lancement » : l'enjeu est donc de s'assurer que les médicaments biosimilaires sont largement diffusés dans les hôpitaux, afin de favoriser leur diffusion en ville par la suite.

Ainsi, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale intègre pleinement les enjeux identifiés comme fondamentaux par les acteurs de la santé.

(1) OCDE, Panorama de la santé, 2017.

4. La mise en place de « ma santé 2022 » pour un renforcement de l'offre médicale sur l'ensemble du territoire

La stratégie « ma santé 2022 », annoncée en septembre 2018 par le président de la République, vise à apporter des réponses globales aux défis auxquels fait face notre système de santé, en proposant des clefs pour une meilleure organisation de l'activité des professionnels de santé.

Dans la lignée des préoccupations présentées ci-avant, ce plan de réforme repose sur une valorisation croissante de la qualité et de la pertinence. **Pour ce faire, la prise en compte des spécificités de chaque territoire et la réorganisation du travail des professionnels de santé sont deux axes de travail fondamentaux.**

Dans cette optique, **le renforcement de l'offre médicale sur l'ensemble du territoire figure parmi les priorités de ce plan d'action.** Pour ce faire, 400 médecins généralistes vont s'installer dans les territoires prioritaires, et les hôpitaux de proximité seront progressivement identifiés et renforcés afin de garantir un meilleur accès aux soins. Ils seront chargés des soins de proximité, réalisés en partie par des professionnels de ville, tandis que les soins spécialisés et hyper spécialisés se dérouleront en centres hospitaliers et en CHU.

En outre, les communautés professionnelles territoriales de santé seront installées avant le 1^{er} juillet 2021 sur tout le territoire.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Afin de permettre la constitution d'un projet de soins dans les territoires, associant l'ensemble des professionnels de santé, le plan « ma santé 2022 » propose la création de CPTS. Du point de vue du patient, ces structures d'exercice coordonnées garantiront l'accès à un médecin traitant et une réponse structurée aux demandes de soins, y compris non programmées. Du point de vue de praticiens, ces structures permettent de coordonner les actes, d'organiser la coopération entre eux, et de décloisonner les disciplines pour inscrire le patient dans un parcours de soin suivi et cohérent.

Les CPTS reposent sur la prise en compte des problématiques propres à chaque territoire, et répondent, en outre, aux aspirations des jeunes générations de médecins, qui souhaitent de manière croissante exercer dans un cadre collectif.

Les CPTS sont financées au titre de trois missions obligatoires : l'accès aux soins, l'organisation des parcours et les actions de prévention de proximité.

En septembre 2019, 400 projets de CPTS avaient été enregistrés dont une centaine de projets uniquement sur les six derniers mois. Le niveau de maturité de ces projets est très variable.

La création des assistants médicaux permettra enfin de recentrer les praticiens sur le cœur de la pratique médicale. Les assistants médicaux pourront accueillir les patients, recueillir certaines données et constantes, ou encore vérifier l'état vaccinal des patients. Du temps médical pour les médecins en sera libéré.

Enfin, les nouvelles mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-denses, prévues à l'article 36 du PLFSS, visent à lutter contre les déserts médicaux. Elles permettent notamment :

– la simplification des dispositifs d'aide à l'installation regroupés en un contrat unique plus favorable dénommé « contrat début d'exercice » ;

– l'aide au financement de la totalité des cotisations sociales pour un médecin s'installant en zone sous dense dans les trois années suivant l'obtention de son diplôme, soit une augmentation de 15 000 euros de prise en charge sur deux ans par rapport au dispositif actuel.

La lutte contre les déserts médicaux

La lutte contre la désertification médicale se décompose en plusieurs axes, renforcés par le plan d'égal accès aux soins de 2017.

La présence médicale en zone sous-dense a été accrue *via* élargissement du zonage donnant droit aux aides à l'installation (2 400 médecins sous contrats), le développement des stages en cabinets de ville, la promotion de l'exercice coordonné et le soutien à l'exercice multi-sites ou à distance du site principal d'exercice (*via* le contrat de solidarité territoriale médecin et la prime exceptionnelle territoriale) et au cumul emploi-retraite (*via* l'exonération de cotisations complémentaires vieillesse).

Le développement des délégations de tâches, notamment grâce aux infirmiers en pratique avancée et au dispositif Asalée (favorisant l'action de santé libérale en équipe) pour la prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire, et de la télé-médecine contribuent parallèlement à libérer du temps médical (60 000 consultations ont été remboursées en un an au 1^{er} septembre 2019).

Le plan « ma santé 2022 » complète ces mesures avec l'installation de 400 médecins généralistes supplémentaires exerçant en établissements dans les territoires prioritaires et l'ouverture de 4 000 postes d'assistants médicaux. Le présent PLFSS apporte une contribution notable par la simplification et le renforcement des aides à l'installation.

Sur le long terme, la réforme de la formation et de la démographie médicale doit permettre d'apporter une réponse durable avec la suppression du *numerus clausus* et des ECN, la promotion du contrat d'engagement de service public (CESP) offrant une bourse d'étude en échange d'un exercice en zone sous-dense (2 831 contrats signés en 2018), et le lancement du service sanitaire pour la prévention et le déploiement des assistants spécialistes à formation partagée (300 pour la promotion 2019-2021) dont le but est de développer l'expérience de l'exercice partagé.

C. LES OBJECTIFS DE DÉPENSE DE LA BRANCHE MALADIE POUR 2020

Les objectifs de dépense de la branche maladie, invalidité et maternité, en hausse (1), permettent de respecter un ONDAM pour 2020 nécessitant des mesures d'économie (2).

1. Les objectifs de la branche maladie, invalidité et maternité

Le D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale fixe pour l'année à venir l'objectif de dépense de la branche pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et l'objectif de dépense pour le seul régime général.

Ces objectifs sont différents de l'ONDAM :

- l'ONDAM est un objectif interbranche : il inclut à la fois des dépenses relevant de la branche maladie et des dépenses de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) ;

- le champ des prestations de l'ONDAM est plus limité que celui des comptes de branche. Comme expliqué précédemment, certaines dépenses comme les indemnités journalières sont exclues du champ de l'ONDAM. Concernant la branche AT-MP, il ne retrace que les prestations en nature et les indemnités journalières compensant une incapacité temporaire ;

- en dernier lieu, tandis que l'ONDAM est un indicateur de nature économique, les dépenses de régimes suivent des règles comptables.

L'article 58 du PLFSS pour 2020 fixe les objectifs suivants pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès :

- 223,8 milliards d'euros pour l'ensemble des ROBSS, soit une progression de 2,3 % par rapport à l'objectif révisé pour 2019 ;

- 222,3 milliards d'euros pour le régime général uniquement, soit une progression de 2,3 % par rapport à l'objectif révisé pour 2019.

Ainsi, le déficit de la branche maladie serait de 3 milliards d'euros en 2020. Son retour à l'équilibre est prévu pour l'année 2022.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE MALADIE (RÉGIME GÉNÉRAL)

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	201,3	210,8	214,3	219,2	225,7	232,6	239,8
Dépenses	206,2	211,5	217,2	222,3	227,2	232,2	237,3
Solde	- 4,9	- 0,7	- 3	- 3	- 1,5	0,3	2,5

Source : annexe B du PLFSS.

2. L'ONDAM pour 2020, en hausse de 2,3 %, exige d'importantes mesures d'économie pour contenir une évolution naturellement dynamique des dépenses

Afin de contenir des dépenses tendanciennes très dynamiques (a), l'ONDAM pour 2020 est fixé à 205,3 milliards d'euros (c), ce qui implique des mesures d'économies importantes (c).

a. Des dépenses tendanciennes très dynamiques pour les dépenses de soins de ville

Avant mesures nouvelles d'économie, les dépenses intégrées dans le champ de l'ONDAM progresseraient de 4,4 % en 2020. Ce taux intègre l'évolution prévisible des prestations remboursées compte tenu de la prévision pour 2019 et des tendances de moyen terme, ainsi que les mesures nouvelles de dépense prévues pour 2019.

Les dépenses de soins de ville concourent fortement à cette hausse : elles augmenteraient de 5,6 % avant mesures nouvelles. Cette croissance rapide s'explique par la croissance spontanée des soins de ville, de 4,5 % en 2020, du fait notamment des effets calendaires liés à une année bissextile (qui conduit à augmenter les dépenses de l'assurance maladie à hauteur de 0,6 milliard d'euros environ, soit 0,3 % d'ONDAM).

En outre, elle inclut des revalorisations et des provisions pour certaines négociations en cours, pour un montant de 1 milliard d'euros, parmi lesquelles la montée en charge de la réforme « 100 % santé » concernant les soins dentaires et les audioprothèses qui entraînera 0,3 milliard d'euros d'investissements supplémentaires, des accords conventionnels signés avec les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pharmaciens et les sages-femmes pour un montant total de 0,3 milliard d'euros, ou encore la montée en charge progressive du plan « ma santé 2022 » avec notamment le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le financement des nouvelles fonctions d'assistants médicaux.

Par ailleurs, une provision prudentielle de 150 millions est incluse dans les prévisions. Elle augmente de 30 millions d'euros par rapport à 2019. Les rapporteurs saluent l'extension de cette provision qui, en cas de dépassement, évite le financement du sous-objectif des dépenses de ville sur les crédits mis en réserve au titre du sous-objectif des établissements de santé.

Ainsi, le solde tendanciel de la CNAM avant mesures d'économie nouvelles serait en forte dégradation : son déficit atteindrait 7,2 milliards d'euros, contre 1,3 milliard d'euros de déficit anticipé pour 2019.

Le taux d'évolution des dépenses des établissements de santé avant mesures nouvelles est de 3,3 %, en décroissance par rapport à 2017 (+ 3,7 %). Ce tendanciel inclut notamment l'augmentation de la part du financement des

établissements de santé à la qualité (IFAQ) mais également la mise en œuvre de la réforme des hôpitaux de proximité et des investissements dans la transition numérique. En outre, il repose sur la mise en œuvre du plan de refondation pour les urgences présenté par la ministre des solidarités et de la santé.

**Le pacte de refondation des urgences
et la qualité de vie au travail des personnels de santé**

Le nombre de passages annuels aux urgences a doublé en 20 ans, pour atteindre plus de 21 millions en 2017.

Plus de 750 millions d'euros seront déployés d'ici 2022 pour adapter les moyens et l'organisation des urgences aux impératifs qui sont les leurs. 70 millions d'euros ont été débloqués dès l'été 2019 pour financer une prime aux personnels ainsi que des renforts dans les établissements en tension. L'un des objectifs sera notamment de désengorger les urgences en s'appuyant sur la médecine de ville. Pour ce faire, un service d'accès aux soins sera par exemple créé : en ligne ou par téléphone, des conseillers orientent les patients en ville ou vers une téléconsultation par les urgences. En outre, la réforme du financement des urgences devrait intervenir en 2021, et comporter une part de dotation populationnelle.

Les tensions pesant sur les services d'urgence soulèvent la question, plus large de la qualité de vie au travail des personnels de santé. L'importance de cette thématique est reconnue par le Gouvernement, qui a créé en juillet 2018 l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social.

Les rapporteurs soutiennent pleinement cette démarche et souhaitent que l'observatoire national de la qualité de vie au travail soit doté de moyens spécifiques lui permettant de commander ses propres recherches et de lancer ses travaux d'expertise.

Le rapporteur pour avis Éric Alauzet souligne l'importance d'impliquer les personnels des établissements aux décisions les concernant. Il reconduit les recommandations formulées dans son rapport pour avis sur le PLFSS 2019, qui visait notamment à déterminer des taux d'encadrement cibles pour certains postes médicaux.

Les dépenses médico-sociales augmenteraient de 3,2 % en 2020. Leur croissance s'accélérait donc : elle était de 2,7 % en 2019 et de 2,4 % en 2018. La prise en charge des personnes âgées et handicapées représente la principale explication de cette hausse : l'augmentation du taux d'encadrement en EHPAD ou encore le développement de l'accès aux structures de répit pour les proches aidants l'expliquent.

b. Un ONDAM fixé à 205,3 milliards d'euros

L'article 59 du PLFSS pour 2020 propose de fixer l'ONDAM à un niveau total de 205,3 milliards d'euros, en hausse de 2,3 % par rapport à 2019. Cet ONDAM présente un léger ralentissement par rapport à l'ONDAM 2019, qui était particulièrement important en raison des besoins d'investissements en faveur de la transformation du système de santé identifiés alors.

En outre, cet objectif pour 2020 intègre 4,6 milliards d'euros de dépenses nouvelles prises en charge dans le champ de la maladie et traduit la mise en œuvre du plan « ma santé 2022 », le pacte de refondation des urgences, ainsi que le renforcement des financements en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie.

ONDAM ET SOUS-ONDAM POUR 2020, COMPARÉ À L'ONDAM POUR 2019

(en milliards d'euros et en pourcentage)

Sous-objectif	Objectif de dépenses ONDAM 2020	Évolution par rapport à l'objectif pour 2019 révisé
Dépenses de soins de ville	93,6	2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,2	1,9 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,9	3,1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	2,6 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	0,0 %
Autres prises en charge	2,4	20,0 %
Total	205,3	2,3 %

Sources : commission des finances d'après la LFSS pour 2019 et le PLFSS pour 2020.

Les rapporteurs notent que l'augmentation moindre du sous-objectif des établissements de santé par rapport au sous-objectif de soins de ville est à mettre en rapport avec l'évolution tendancielle bien plus importante du sous-objectif de soins de ville (5,6 % en 2020). Ils soulignent par ailleurs la progression importante du sous-objectif médico-social qui, avec les crédits supplémentaires du CNSA, permettra de dégager 500 millions d'euros supplémentaires en 2020 et de préparer la réforme « grand âge et autonomie ».

Tarification en EHPAD : réponses immédiates et possibilités d'évolution

De 2018 à 2020, dans l'attente de la réforme « grand âge », les budgets de la sécurité sociale fournissent des réponses d'urgence à la situation difficile des EHPAD et posent les bases d'une refonte de son modèle de tarification.

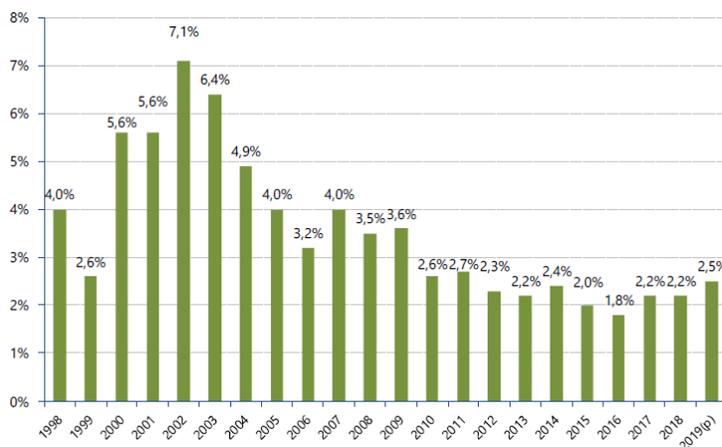
Depuis 2017, le financement des établissements repose sur un financement forfaitaire, un contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et l'état des prévisions des recettes et des dépenses (norme EPRD). Ce système prend en compte le besoin en soins et le niveau de dépendance des résidents. Il devait initialement être mis en œuvre progressivement de 2017 à 2023 mais ce calendrier a été accéléré afin de répondre aux besoins des établissements. Cette accélération conduit à augmenter le budget des EHPAD de 125 millions d'euros supplémentaires en 2019 (210 millions d'euros en 2020), tout en neutralisant ces effets négatifs pour certains établissements pour un coût de 17,6 millions. Elle s'accompagne de la généralisation des astreintes infirmières de nuit, les actions de prévention de la perte d'autonomie et d'amélioration de la qualité de vie en EHPAD.

L'évolution de la tarification des EHPAD est susceptible d'évoluer à nouveau, afin de mieux prendre en compte les besoins des établissements et des résidents, autour de deux axes : la définition d'un socle commun de services, et la redéfinition de la répartition du financement.

Au total, des économies de 4,2 milliards d'euros sont nécessaires pour réaliser l'ONDAM pour 2020.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ENTRANT DANS LE CHAMP DE L'ONDAM (1998-2019)

(en pourcentage)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

L'ONDAM pour 2020 confirme les principales tendances observées les années passées, et notamment l'accélération de la croissance des dépenses de soins de ville.

c. Les principales mesures d'économie

L'importance de la croissance naturelle des dépenses de santé implique de mettre en œuvre d'ambitieuses mesures de réforme afin d'atteindre l'objectif de dépenses fixé pour 2020. Ainsi, au vu de la progression tendancielle des dépenses, 4,2 milliards d'euros d'économies sont nécessaires pour respecter l'ONDAM pour 2020. Ces mesures d'économie se décomposent en quatre axes :

- la structuration de l'offre de soins pour un milliard d'euros ;
- les actions sur les tarifs et les remises des produits de santé pour 1,3 milliard d'euros ;
- la pertinence et la qualité des soins pour 1,2 milliard d'euros ;
- la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports pour 0,3 milliard d'euros.

La lutte contre la fraude et la gestion du panier de soins devraient également contribuer à hauteur de 0,3 milliard d'euros.

ÉCONOMIES ATTENDUES EN 2020

(en millions d'euros)

Structuration de l'offre de soins	1045
<i>Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc)</i>	215
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	830
<i>Optimisation des achats des établissements de santé et médico-sociaux</i>	585
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'ODGD</i>	245
Actions sur les tarifs des produits de santé et remises	1345
<i>Prix des médicaments</i>	920
<i>Prix des dispositifs médicaux</i>	200
<i>Remises sur les produits de santé</i>	225
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	1238
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie</i>	205
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)</i>	60
<i>Maîtrise médicale de et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)</i>	595
<i>Promotion des génériques et biosimilaires</i>	120
<i>Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes</i>	255
Pertinence et efficacité des prescription d'arrêts de travail et de transports	265
<i>Transports</i>	120
<i>Indemnités journalières</i>	145
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	205
TOTAL ONDAM	4185

Sources : réponses aux questionnaires des rapporteurs pour avis.

Le rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie fournit des éléments plus étayés sur les économies envisagées dans son champ d'action (qui exclut notamment le prix des produits de santé) pour contribuer au respect de l'ONDAM. Au total, ce sont 2,07 milliards d'économies qui sont attendus par la CNAM.

Les rapporteurs soulignent que ces actions, qui contribuent fortement à la maîtrise de la dépense de santé, favorisent l'amélioration globale de la qualité des soins.

ÉCONOMIES ATTENDUES DES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE EN 2020

Actions de l'assurance maladie	Impact sur l'ONDAM	Détails des actions
<i>Prescriptions plus responsables des produits de santé</i>	887	
Favoriser un recours soutenable aux produits de santé	236	Une économie de 150 millions d'euros est envisageable en mobilisant plusieurs leviers pour lutter contre la surconsommation d'antibiotiques, parmi lesquels une campagne de communication de grande ampleur auprès du public et des praticiens, ainsi qu'un accès simplifié au test rapide d'orientation diagnostique. En outre, la lutte contre le gaspillage des produits de santé, et notamment la limitation des prescriptions hospitalières exécutées en ville des pansements en sortie d'hospitalisation pourrait permettre de réaliser 75 millions d'euros d'économies. Enfin, une campagne sur la « délivrance raisonnée » et la réduction de 20 jours de la durée de transition en cas de modification du prix d'une spécialité pourrait permettre de réaliser 56 millions d'économies.
Renforcer les dispositifs d'intéressement des professionnels de santé en ville	171	Un meilleur suivi des recommandations, par la mise en œuvre d'un dispositif d'intéressement des libéraux venant en complément de la ROSP, pourrait permettre de générer 40 millions d'euros d'économie par une baisse potentielle des prescriptions de 10 %. Le traitement du diabète 2 représente notamment un gisement d'économies potentielles important. Par ailleurs, le développement du dispositif d'intéressement des établissements prescrivant des médicaments biosimilaires délivrés en ville permettrait de réaliser 50 millions d'euros d'économies. Dans le même temps, la mise en place d'un dispositif d'intéressement en ville incitant à la prescription des biosimilaires pourrait représenter 48 millions d'économies.
Développer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée – Médicaments	380	Concernant la prescription médicamenteuse, des campagnes de maîtrise médicalisée ciblées pourraient permettre de dégager 220 millions d'économie. En complément, des actions de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse (les effets indésirables provoqués par la prise de médicaments), qui génère au moins 1,28 million de journées d'hospitalisation et 10 000 décès, pourrait permettre de générer 40 millions d'économie. Enfin, le déploiement des actions de maîtrise médicalisée concernant les dispositifs médicaux permettra 75 millions d'économie, tandis que la poursuite des actions en faveur de la diffusion des médicaments génériques permettra de dégager 45 millions d'économie.
Autres	100	L'accélération des modalités de gestion de la liste sus pourrait permettre 100 millions d'économies.
<i>Efficiences des prescriptions et des actes</i>	715	
Déployer les nouveaux leviers de régulation des transports	160	La mise en œuvre des nouvelles conventions départementales avec les taxis, conjuguée au développement des transports des personnes à mobilité réduite par la mise en œuvre d'une tarification majorée de 20 euros pourrait permettre d'économiser 45 millions d'euros au total. Selon la CNAM, il convient également d'accompagner le changement organisationnel par le déploiement de plateformes. Ainsi, 50 millions d'économies peuvent être réalisés en remplaçant 10 % des trajets en ambulance par des trajets en transport assis professionnalisés, tandis que la montée en charge du transport partagée permettra de réaliser 45 millions d'économie. Enfin, la facilitation du remboursement du transport en véhicule personnel pourrait permettre de dégager 20 millions d'euros d'économies en basculant 1 % des trajets assis professionnels vers des transports en véhicules personnels.

Maîtriser l'évolution des dépenses d'arrêt de travail	100	Afin de limiter le montant des indemnités pour arrêt de travail, qui ont coûté en 2017 12,9 milliards d'euros, la CNAM propose plusieurs actions. Tout d'abord, il conviendrait d'engager une démarche d'accompagnement individualisé des prescripteurs. En outre, une campagne de communication spécifique en direction des établissements de santé est proposée, ainsi qu'un accompagnement plus poussé des entreprises dites atypiques (qui présentent des taux d'indemnités journalières importants par rapport aux entreprises comparables). L'amélioration de la performance du service médical dans le contrôle des assurés, ainsi que le renforcement de la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés sont les deux autres priorités de cet axe de travail.
Poursuivre l'élaboration négociée de protocoles de régulation avec certaines professions de santé	238	Le protocole pluriannuel de régulation conclu avec les biologistes en 2016 pour les années 2017 à 2019 fixe un taux annuel d'évolution des dépenses de 0,25 %. La négociation d'un nouveau protocole démarre, celui en cours arrivant à son terme. Ces nouvelles négociations portent sur un enjeu particulier concernant l'intégration des actes innovants. Si ces concertations aboutissent selon les prévisions de la CNAM, 180 millions d'euros d'économies pourraient être réalisés en 2020. En outre, les actions inscrites au protocole signé avec les radiologues permettront de réaliser 58 millions d'euros d'économies, dont 36,2 millions au titre d'actions de pertinence.
Adapter les nomenclatures des actes	87	Alors que la fluoroscopie de l'œil est un acte considéré comme obsolète, ses statistiques de remboursement montrent un volume en croissance. Afin de lutter contre la sur-prescription et le dévoiement de cet acte, un meilleur contrôle de la juste facturation des examens de la cornée et du fond d'œil présente un potentiel d'économies de 36 millions d'euros. La prise en charge à domicile de 8 % des patients en hémodialyse permettrait de réaliser 41 millions d'euros d'économies. En outre, une évolution pourrait être envisagée quant à l'obligation de présence d'une personne de l'entourage du patient lors de la procédure à domicile – cette spécificité française est pointée du doigt comme un frein au développement de l'hémodialyse à domicile. Enfin, la prise en charge en ambulatoire de la moitié des traitements des plaies par pression négative représenterait environ 10 millions d'euros d'économies.
Ajuster l'évolution des actes paramédicaux	130	La croissance des actes des paramédicaux doit rester proportionnelle à la part des soins transférés vers la ville, dans le contexte du virage ambulatoire souhaité. Ainsi, la maîtrise médicalisée des actes de masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers est un axe de travail important. Concernant les infirmiers, la stratégie instaurée en 2019 vise le développement des contrôles embarqués vérifiant le respect des règles de facturation dans les logiciels professionnels pour éviter les indus. La refonte de cet accompagnement est en cours : les nouveaux installés bénéficieront de nouveaux modules, et de nouvelles mesures conventionnelles seront présentées à l'ensemble de la profession. Concernant les masseurs-kinésithérapeutes, un nouveau programme d'accompagnement démarre en 2019 pour les professionnels exerçant dans les EHPAD. Un contrôle contentieux sera mis en œuvre uniquement pour les professionnels qui n'auront pas modifié leurs pratiques de facturation à l'issue des phases d'accompagnement. La généralisation progressive du bilan de soins infirmiers doit permettre de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier et le niveau de complexité de certaines prises en charge.
Virage ambulatoire	247	
Amplifier la diffusion de la chirurgie ambulatoire	200	Pour atteindre l'objectif de 70 % de chirurgie ambulatoire (le taux de chirurgie ambulatoire est de 57,9 % en 2018), la CNAM vise les établissements les plus en retrait avec des mises sous accord préalable, et met en place un accompagnement à l'évolution des pratiques professionnelles et organisationnelles vers les 20 % d'établissements les plus performants. Une progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire devrait permettre de réaliser 200 millions d'euros d'économies pour 2020.

Développer les prises en charge en ville	47	<p>Le programme Prado est un service d'accompagnement au retour à domicile couvrant les sorties précoces de la maternité, la chirurgie et les pathologies chroniques, et visant à éviter des retards dans la reprise des soins lors du retour à domicile, du fait des difficultés à trouver un praticien. L'optimisation du parcours permise par Prado étant estimée à 220 euros en moyenne, une économie de 20 millions d'euros serait permise en atteignant 90 000 inclusions pour Prado Chirurgie en 2020 (contre 69 392 en 2018).</p> <p>En outre la CNAM propose de prolonger la mise sous accord préalable (MSAP) des orientations en SSR, afin de faire évoluer les pratiques d'orientation dans les établissements qui ont un taux significativement plus élevé que la moyenne régionale. Le coût moyen d'un séjour en SSR est de 5 115 euros contre 923 euros pour une prise en charge en ville. La poursuite de MSAP SSR devrait pouvoir éviter 6 500 séjours de SSR, soit 27 millions d'euros d'économie.</p>
<i>Lutte contre la fraude et les abus</i>	220	<p>Entre 2010 et 2018, l'assurance maladie a détecté et stoppé environ 1,8 milliard d'euros de fraudes et activités fautives. Le dispositif prévoit 5 axes de recherche de fraudes : Axe 1 : professionnels de santé, prestataires et fournisseurs (inclut une accentuation des contrôles dans le cadre du virage ambulatoire) ; - Axe 2 : établissements et centres de santé publics et privés (porte une attention particulière aux doubles facturations forfait/soins de ville des établissements médico-sociaux) ; - Axe 3 : prestations en espèces (par recoupement d'informations et par MSO/MSAP des prescriptions d'arrêt de travail) ; - Axe 4 : droits de base et complémentaires (mise en œuvre du référentiel de contrôle sur la PUMa, lancement des contrôles de résidence, poursuite des plans de contrôle annuels sur l'attribution de prestations sous conditions de ressources, et expérimentation de nouvelles méthodes d'exploitation ou échanges de données) ; - Axe 5 : nouvelles méthodes d'identification des fraudes potentielles (exploitation de données avec un projet « datamining LPP » et un projet « big data médicaments »)</p>
Total	2069	

Une approche renouvelée de la place des établissements de santé dans le développement de l'ambulatoire

La meilleure prise en charge des maladies longues ou chroniques modifie trois paramètres des besoins du système de santé : l'horizon temporel des prises en charge, l'objectif des soins, et le besoin de pluridisciplinarité des soins. Le « virage ambulatoire » est l'une des réponses apportées à ces trois défis. Il place au centre du raisonnement la qualité de vie et la pertinence du service.

La CNAM note que l'hospitalisation de jour s'est installée comme un mode majeur de prise en charge en médecine et en chirurgie entre 2000 et 2012. Les séjours d'hospitalisation partielle représentent en 2017 plus de la moitié des séjours dans les services de chirurgie et environ un séjour sur cinq dans les services de médecine. Néanmoins, si le « virage ambulatoire » se confirme en chirurgie, il peine à se déployer pleinement pour la médecine. Ainsi, les dispositifs incitatifs ont permis un développement accéléré de l'ambulatoire qui s'est arrêté dès 2014 pour la médecine.

Malgré cela, l'analyse du développement de la médecine ambulatoire nous donne à voir deux adaptations déterminantes et bénéfiques de 2013 à 2017 :

- hospitalisation partielle et développement des séjours sans nuit : entre 150 000 et 250 000 journées d'hospitalisation ont été évitées, le nombre de séjours ambulatoire augmentant de près de 160 000 ;

- réduction des durées moyennes de séjour : réduction de la durée des séjours (près de 250 000 journées d'hospitalisation évitées) et du nombre de séjours très longs (près de 500 000 journées d'hospitalisation en 4 ans).

Cependant, la CNAM relève que ces marges libérées de 2013 à 2017 – surtout concernant les patients les plus jeunes - ont été largement réutilisées pour prendre en charge les patients les plus âgés.

Pour la CNAM, l'analyse actualisée du développement de l'ambulatoire révèle que le modèle de substitution de l'activité est efficace en chirurgie mais ne l'est pas en médecine. Elle propose donc de changer le modèle pour :

- calculer les potentiels d'ambulatoire non pas sur les actes mais sur les « univers médicaux » (identification d'un périmètre de séjours hospitaliers, hospitalisation complète et partielle, dans lequel les prises en charge ambulatoires sont majoritaires) ;

- tester un nouveau modèle d'organisation et de financement de l'ambulatoire à l'hôpital avec des pôles hospitaliers rassemblant les activités de médecine de très courts séjours, financés sur une dotation populationnelle, l'activité et un intéressement.

D. LES AUTRES PRINCIPALES MESURES RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1. La maîtrise des prix et l'évolution des conditions de prise en charge de certains des dispositifs médicaux et des médicaments particuliers.

● **L'article 15 du PLFSS pour 2020 introduit un mécanisme tendant à ce que, si la dépense liée au remboursement de dispositifs médicaux de la « liste en sus » croît plus vite que la cible, les exploitants reversent le surplus à la branche maladie.** Son exposé des motifs précise que le but n'est pas de mettre en œuvre ce dispositif, mais d'encourager les négociations conventionnelles pilotées par le comité économique des produits de santé (CEPS) et de respecter l'ONDAM. Ce dispositif, dit « clause de sauvegarde », est comparable à celui en vigueur pour les médicaments. Les rapporteurs notent cependant que le dispositif dérogoire de l'article L. 138-10 du code de sécurité sociale n'est pas reproduit pour les dispositifs médicaux.

● **L'article 16 du PLFSS pour 2020 procède à l'actualisation annuelle d'une contribution *ad hoc* à laquelle sont assujetties les entreprises du médicament.**

Les mécanismes de « clauses de sauvegarde » des articles 15 et 16 ne devraient pas générer d'économies en 2020.

● **L'article 28 du PLFSS pour 2020 propose de modifier les conditions de prise en charge de certains produits et prestations afin de diminuer le reste à charge pour les patients et de diminuer les prix pratiqués.** Les fauteuils roulants sont notamment concernés : leurs prix de vente, non encadrés, sont très élevés, conduisant à des restes à charges importants.

Le mécanisme « **référencement sélectif** » proposé pourrait permettre de diminuer les prix de vente. En outre, cet article propose de favoriser la réutilisation des dispositifs médicaux en état d'être utilisés à nouveau, sur le modèle des pratiques en vigueur dans de nombreux pays. Pour ce faire, elle introduit un encadrement sanitaire de la remise en bon état de certains dispositifs médicaux, et propose d'introduire un engagement des assurés à rapporter les dispositifs dont ils n'ont plus l'utilité.

Il convient toutefois de veiller à ce que ce système ne crée pas d'oligopoles, qui pourraient apparaître du fait de l'impossibilité pour un nouvel entrant de pénétrer le marché pendant la durée de référencement.

Les mesures de l'article 28 devraient permettre d'économiser 10 millions d'euros dès 2021 et 40 millions d'euros à partir de 2022.

Les rapporteurs pour avis notent que ces dispositifs s'inscrivent dans un contexte de croissance des dépenses des dispositifs médicaux en ville

(6,4 milliards d'euros en 2018, soit une augmentation de 4 %), une croissance qui devrait poursuivre son accélération, portée par l'aide à domicile.

- Les médicaments dits particuliers sont ceux faisant l'objet d'importation ou de distribution parallèle (achetés dans un autre pays européen et vendus en France), les médicaments financés via les tarifs hospitaliers, les médicaments de nutrition parentérale.

Cette mesure vise tout d'abord à **combler un vide juridique qui permettait à des distributeurs de vendre des unités qui échappaient aux dispositifs de régulation contractuelle établis avec l'exploitant français**. La distribution parallèle, phénomène récent en France, n'est pas encadrée à ce stade par un cadre juridique clair, ce qui peut conduire à engendrer des difficultés lors de la prise en charge de certains médicaments et créer des surcoûts pour l'assurance maladie.

L'**article 29 du PLFSS** pour 2020 introduit également une disposition concernant les prix de certains médicaments financés par les prestations d'hospitalisation. En effet, les produits sur la liste « collectivité » (pris en charge au titre des forfaits prévus par groupes homogènes de séjours) voient leurs prix fixés par les industriels, les établissements de santé négociant directement le prix d'achat des produits. Dernièrement, des hausses importantes de prix des médicaments pris en charge par ce biais ont été observées.

Enfin, cet article clarifie les conditions de délivrance des médicaments biosimilaires, pour leur majorité initiée dans les établissements hospitaliers. Il semble en effet impossible à ce stade, pour des raisons de traçabilité et de sécurité, de mettre en œuvre une substitution par le pharmacien au moment de la délivrance du produit. Cet article réaffirme et clarifie ce point.

Cet article propose enfin l'instauration d'un site internet unique, le *Bulletin officiel des produits de santé*, réunissant les informations portant sur le remboursement et la prise en charge des produits par l'assurance maladie.

2. L'amélioration du dispositif des ATU, pour une meilleure soutenabilité financière

L'**article 30 du PLFSS** pour 2020 propose d'améliorer le dispositif des ATU pour assurer sa soutenabilité financière.

Le coût des dispositifs concernés s'élève désormais à plus d'un milliard d'euros par an pour l'assurance maladie, alors que le nombre de patients concernés tend à décroître. Ce paradoxe s'explique par la hausse des prix fixés par les industriels. En outre, les négociations à l'issue des périodes ATU sont souvent complexes, en raison des indemnités dont la valeur augmente (en raison des prix fixés à la hausse durant la période d'ATU), et en raison de la faible part des médicaments pour laquelle la HAS reconnaît un caractère innovant. En outre, les

laboratoires n'ont aucun intérêt à négocier, étant donné que le prix qui sera appliqué sera moindre que le prix appliqué en ATU.

En outre, les laboratoires n'anticipent pas toujours les niveaux des remises dues, ce qui rend leur recouvrement complexe et parfois incertain. À ce stade, il n'existe pas de mécanisme permettant de demander au laboratoire de provisionner une somme dédiée.

Le dispositif proposé vise à assurer aux laboratoires une plus grande visibilité sur les remises qu'ils pourraient à voir à verser en permettant au CEPS d'établir un calendrier de versement des remises sur une période supérieure à un an. En outre, il propose de renouveler l'encadrement des ATU nominatives, afin d'éviter que cet outil ne soit utilisé pour détourner le dispositif d'ATU de cohortes. Pour ce faire, le nombre d'ATU nominatives sera encadré, et leur remboursement sera pris en charge sur la base d'une indemnité de dédommagement fixée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces dispositions permettront d'économiser 60 millions d'euros en 2020, 120 millions d'euros en 2021 et 200 millions d'euros à partir de 2022.

La définition juridique de l'innovation thérapeutique

Ni les mécanismes d'ATU pour les médicaments (articles L. 5121-12 du CSP et L. 162-16-5-1-1 du CSS), ni les mécanismes d'accès précoce pour les médicaments et dispositifs médicaux (article L. 162-16-5-2 du CSS) ne donnent une définition d'un produit innovant. Les seuls éléments de définition de l'innovation disponibles dans le droit se trouvent au 11° de l'article L. 161-37 du CSS qui permet à la HAS d'organiser « *des consultations précoces avec [...] des entreprises développant des spécialités pharmaceutiques, des produits ou prestations innovants du fait de leur nouveau mécanisme d'action et d'un besoin médical insuffisamment couvert, avant la mise en œuvre des essais cliniques [...]* ».

Il existe en revanche une définition du dispositif médical innovant pour le « forfait innovation ». L'article R. 165-63 du même code précise qu'un DM ou un acte est « *considéré comme innovant lorsqu'il répond à l'ensemble des quatre conditions suivantes* :

« 1) *il présente un caractère de nouveauté autre qu'une simple évolution technique par rapport aux technologies de santé utilisées dans les indications revendiquées ;*

« 2) *il se situe en phase précoce de diffusion, ne justifie pas un service attendu suffisant compte tenu des données cliniques ou médico-économiques disponibles, ne fait pas et n'a jamais fait l'objet d'une prise en charge publique dans les indications revendiquées ;*

« 3) *les risques pour le patient et, le cas échéant, pour l'opérateur liés à l'utilisation du produit de santé ou de l'acte ont été préalablement caractérisés comme en attestent des études cliniques disponibles ;*

« 4) *des études cliniques ou médico-économiques disponibles à la date de la demande établissent que l'utilisation du produit de santé ou de l'acte est susceptible de remplir l'un des objectifs suivants* :

« – *apporter un bénéfice clinique important en termes d'effet thérapeutique, diagnostique ou pronostique, permettant de satisfaire un besoin médical non couvert ou insuffisamment couvert ;*

« – *réduire les dépenses de santé, du fait d'un bénéfice médico-économique apprécié en termes d'efficacité ou d'impact budgétaire sur le coût de la prise en charge. Le bénéfice médico-économique n'est pris en compte que lorsque le produit de santé ou l'acte considéré est estimé au moins aussi utile au plan clinique que les technologies de santé de référence* ».

3. Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

Actuellement, seules les jeunes femmes âgées d'au moins 15 ans bénéficient d'une contraception gratuite prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elles disposent à ce titre d'une dispense d'avance sur ces soins. Par conséquent, les jeunes femmes de moins de 15 ans doivent supporter les frais liés à l'accès à la contraception. Or, environ 1 000 jeunes filles de 12 à 14 ans sont enceintes en France chaque année ⁽¹⁾.

(1) Exposé des motifs de l'article 33 du PLFSS pour 2020.

Cet article propose de remédier à cette inégalité face à l'accès à la contraception en permettant aux jeunes femmes de moins de 15 ans de bénéficier de la gratuité des contraceptifs remboursables et des frais relatifs aux actes et consultations liés, sans avance des frais.

4. Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments

Les pénuries de médicaments se multiplient : selon l'ANSM, les situations de tension sur l'approvisionnement de médicaments ont été multipliées par 20 entre 2008 et 2019, pour atteindre 868 cas en 2018. En outre, ces ruptures ne sont en général pas expliquées par la fixation des prix, mais parfois par des défauts de la chaîne de production et de la qualité. Par exemple, en 2018, 11 % des signalements ont concerné des médicaments touchés par des rappels de lots mondiaux à la suite de la détection d'impuretés.

Le PLFSS pour 2020 prévoit plusieurs mesures pour répondre à cet enjeu :

– l'obligation de constituer un stock de sécurité sur les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur ;

– l'obligation pour les industriels de disposer de solutions alternatives d'approvisionnement en cas de pénurie, à leurs frais. En outre, l'entreprise défaillante versera à l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés au titre de la voie d'approvisionnement alternative et les montants qui auraient été remboursés en temps normaux ;

– le renforcement des sanctions afin de garantir le respect des obligations des industriels.

Ces mesures s'intègrent à la feuille de route pour lutter contre les pénuries annoncée le 8 juillet 2019 par la ministre des solidarités et de la santé, et qui a pour objectif de « mieux prévenir, gérer et informer les patients et les professionnels de santé » et ainsi « répondre aux légitimes attentes des patients ». Elle prévoit notamment la généralisation du DP-Ruptures, qui permet aux pharmaciens de signaler les ruptures d'approvisionnement au laboratoire concerné et aux autorités sanitaires et de recevoir en retour les informations concernant la disponibilité ou substituabilité du médicament. Dès la fin de l'année 2019, le DP-Ruptures intégrera une fonction de dépannage d'urgence concernant les médicaments pour lesquels une rupture de traitement aurait des conséquences cliniques importantes.

Brexit et approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux

Selon l'industrie pharmaceutique européenne, le flux mensuel est de 45 millions de boîtes de médicaments du Royaume-Uni vers l'Union européenne et de 37 millions de l'Union européenne vers le Royaume-Uni. Parmi les principaux risques identifiés pour les médicaments et dispositifs médicaux se trouvent les délais d'approvisionnement ou ruptures – phénomènes qu'aggraverait une sortie sans accord – sous l'effet conjugué de plusieurs facteurs :

- le rétablissement de barrières douanières et de contrôles spécifiques applicables aux médicaments en provenance d'un pays tiers ;
- les mesures de précaution recommandées par les autorités britanniques en 2018, conseillant notamment aux industriels de constituer six semaines de stocks supplémentaires ;
- la perte de reconnaissance des autorisations de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments ayant actuellement une AMM britannique, ou pour ceux perdant le bénéfice de leur AMM européenne (cette problématique est anticipée par les agences du médicament et une partie des laboratoires) ;
- les difficultés de stratégie et de production posées aux fabricants par l'incertitude sur l'applicabilité des nouvelles législations européennes, ainsi que la baisse des subventions aux institutions de recherche britanniques de haut niveau.

En décembre 2018, l'Agence européenne du médicament (EMA) signalait un risque de pénurie dans l'Union pour 24 médicaments à usage humain et 12 médicaments vétérinaires ayant une AMM centralisée. L'Agence du médicament française (ANSM) a récemment rappelé qu'« *une attention particulière doit être portée aux conséquences du Brexit sur l'approvisionnement en médicaments commercialisés ou faisant l'objet d'essais cliniques* ».

Il est aussi à noter qu'en l'absence d'accord, le Royaume-Uni sera déconnecté de toutes les bases de données européennes concernant les médicaments et dispositifs médicaux (pharmacovigilance, authentification, fournisseurs autorisés...).

L'Agence du médicament britannique a indiqué que, dans l'éventualité d'une sortie sans accord, elle considérerait les AMM centralisées comme des AMM britanniques, reconnaîtrait les dispositifs médicaux disposant d'un marquage CE, maintiendrait le régime actuel d'importations parallèles et resterait alignée sur certaines règles européennes pour les essais cliniques et les bonnes pratiques de fabrication et de distribution.

II. LES BRANCHES VIEILLESSE, ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES ET FAMILLE : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

Les branches vieillesse (A), AT-MP (B), et famille (C), se trouvent dans des situations financières diverses.

A. DES EFFORTS À POURSUIVRE QUANT À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE, AU REGARD DES RÉFORMES AMBITIEUSES À VENIR

Si le solde de la branche vieillesse tend à se dégrader (1), le déficit du FSV se réduit progressivement (2). L'objectif de dépenses et la revalorisation différenciée des pensions pour 2020 contribuent à limiter la dégradation de l'équilibre financier de la branche tout en garantissant la protection des retraités les plus modestes (3).

1. Un solde de la branche vieillesse en dégradation à court terme

La dégradation à court terme du solde de la branche vieillesse (a) soulève des interrogations quant à sa capacité à atteindre à moyen terme un équilibre pourtant nécessaire pour la mise en œuvre des réformes prévues (b).

a. À court terme, une nouvelle dégradation du solde de la branche vieillesse

Le solde de la CNAV s'est fortement dégradé en 2018, son excédent passant de 1,8 milliard d'euros à 0,2 milliard d'euros. Ce résultat déficitaire s'explique par deux dynamiques concomitantes.

La croissance des dépenses s'est accélérée, augmentant de 2,9 % en 2018 après 1,6 % en 2017. Plusieurs facteurs expliquent cette hausse importante des dépenses :

– la croissance des effectifs de retraités, qui découle à la fois de l'allongement de l'espérance de vie et de nombreux départs récents en retraite ;

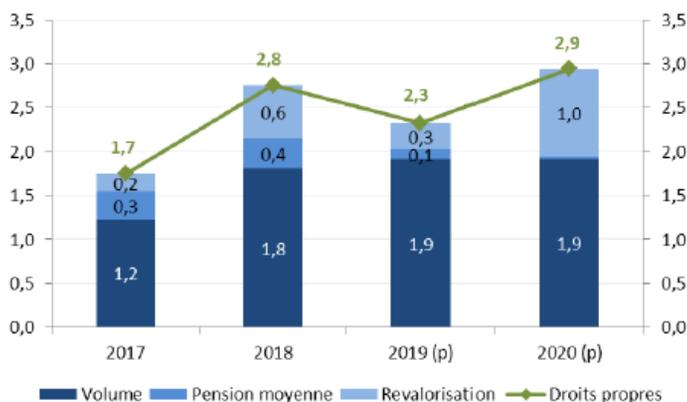
– l'achèvement du recul de l'âge légal de départ en retraite dans les régimes alignés et de fonctionnaires. Ces régimes représentant 90 % de la population, cet effet est important ;

– la croissance de la pension moyenne des retraités, en raison d'un effet de noria : les nouveaux retraités ont des pensions en moyenne plus élevées, en raison de carrières plus favorables et d'une participation croissante des femmes au marché du travail ;

– la revalorisation des pensions a davantage contribué à l'évolution des prestations retraites qu'en 2017 (+ 0,6 point en 2018, contre + 0,2 point en 2017) ;

– les transferts démographiques à la charge de la CNAV ont augmenté, en raison de la plus forte dégradation des ratios démographiques des autres régimes.

CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS FACTEURS À L'ÉVOLUTION DES DROITS PROPRES



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

Les produits ont, en parallèle, eu tendance à ralentir, leur croissance n'atteignant que 1,6 % contre 2,4 % en 2017. En outre, la masse salariale sous plafond de la sécurité sociale a été moins dynamique.

Il ressort des auditions menées par les rapporteurs pour avis que cet indicateur devra être surveillé dans les années à venir, au regard de l'impératif d'équilibre à moyen terme de la branche vieillesse. En effet, la progression du salaire moyen sous plafond de la sécurité sociale, qui représente l'assiette de cotisation de la CNAV, est moins dynamique que celle des autres salaires.

La dégradation du solde de la branche vieillesse se poursuivrait en 2019, année durant laquelle le régime redeviendrait déficitaire, atteignant un solde de – 0,8 milliard d'euros en compte tendanciel, et de – 2,1 milliards d'euros après application des mesures du PLFSS pour 2020.

Les charges confirmeraient en effet leur tendance à la hausse (+ 2,9 %). La revalorisation limitée à 0,3 % appliquée en 2019 contribue cependant à la modération des prestations légales, ces dernières diminuant de 2,6 %. Les transferts versés (hausse de la charge de compensation démographique et nouvelle hausse des transferts versés à la CNIEG), en hausse, expliquent le maintien de la progression des charges.

En outre, la croissance des recettes resterait moindre que celle des dépenses, sous l'effet du ralentissement de la croissance de la masse salariale soumise à cotisations. En outre, l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'exonération

de cotisations sociales sur les heures supplémentaires représenterait un coût de 1,2 milliard d'euros.

En 2020, le solde de la branche vieillesse devrait se dégrader encore davantage, **son déficit atteignant 2,7 milliards d'euros**. Cette dégradation est principalement due à la non-compensation des décisions de la loi MUES, et notamment à l'absence de compensation à la branche du coût de l'anticipation au 1^{er} janvier 2019 de l'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires.

Les facteurs évoqués pour 2019, dont le ralentissement de la masse salariale sous plafond, restent également valables.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE VIEILLESSE (RÉGIME GÉNÉRAL)

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	126,6	133,8	135,5	139	142,4	146,5	151,1
Dépenses	124,8	133,6	137,5	141,7	146,3	151,3	156,2
Solde	1,8	0,2	-2,1	-2,7	-3,9	-4,8	-5,1

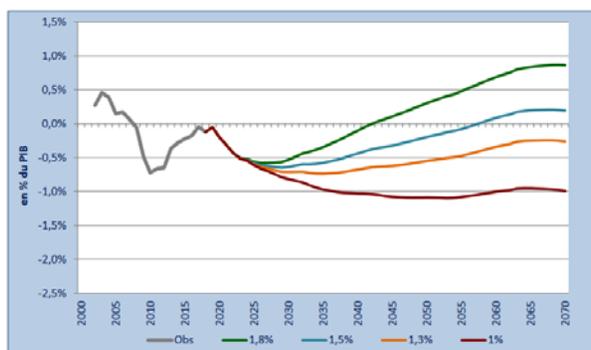
Source : annexe B du PLFSS.

b. À moyen terme, un déséquilibre de la branche vieillesse problématique au regard des réformes d'ampleur à venir

À moyen terme, en raison des modalités d'indexation en vigueur, **la part des dépenses de retraite dans le PIB devrait se stabiliser à 13,8 %** (pour un scénario de croissance de la productivité de 1 %) **ou diminuer** jusqu'à atteindre 11,8 % (pour un scénario de croissance de la productivité de 1,8 %).

Toutefois, en l'état actuel des prévisions du COR, **le système de retraite connaîtrait des besoins de financement dans tous les scénarios économiques au moins jusqu'au début des années 2040**. Selon les scénarios retenus, il pourrait rester en déficit permanent, au moins jusqu'en 2070. Le solde financier du système de retraite est en effet très sensible au rythme de croissance des revenus d'activité (ou de la productivité du travail), mais également aux hypothèses démographiques.

SOLDE FINANCIER OBSERVÉ ET PROJETÉ DU SYSTÈME DE RETRAITE



Source : Conseil d'orientation des retraites.

Cet équilibre dégradé de la branche vieillesse pourrait présenter, à moyen terme, une contradiction avec l'impératif d'équilibre formulé par le haut-commissaire à la réforme des retraites, Jean-Paul Delevoye. En effet, le rapport publié en juillet 2019 affirme la nécessité d'atteindre l'équilibre du régime des retraites en 2025, afin de mettre en œuvre un nouveau régime de retraite universel et fondé sur un fonctionnement par points. Par conséquent, les rapporteurs pour avis soulignent l'importance de ce retour à l'équilibre.

Les leviers à mobiliser pour ce faire, ainsi que leur ampleur, restent à ce stade à déterminer. Ils dépendront en effet en grande partie du déficit de la CNAV à échéance 2025, information que devrait communiquer le COR dans les semaines à venir.

2. Vers une réduction progressive du déficit du fonds de solidarité vieillesse

Le FSV présente un déficit structurel depuis les années 2000. La crise économique de 2008 a notamment concouru à dégrader fortement son équilibre : la dégradation du marché de l'emploi a pesé sur les produits du fonds ainsi que sur ses charges, le montant des cotisations pris en charge au titre des chômeurs ayant mécaniquement augmenté. La mise à charge en 2011 du financement partiel du minimum contributif a également dégradé son équilibre.

Toutefois, les déficits semblent progressivement se réduire, et le PLFSS pour 2020 prévoit un retour à l'équilibre en 2023.

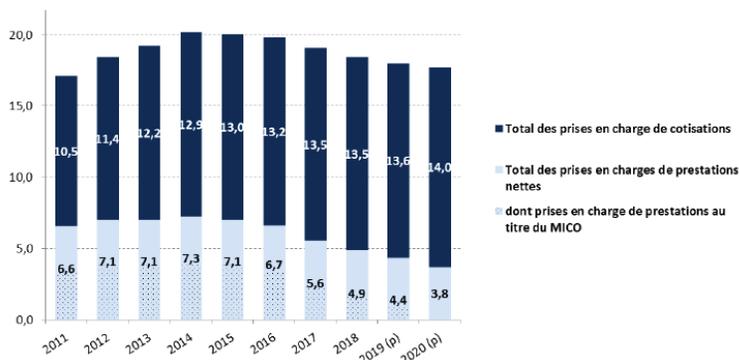
Le déficit devrait en effet continuer sa décrue en 2018, pour atteindre 1,8 milliard d'euros. Depuis trois exercices, les crédits prévus en LFSS sont supérieurs à la consommation constatée du FSV, en raison du dynamisme de ses recettes portant sur le patrimoine et les placements. Ses produits ont en effet augmenté de 3,6 % en 2018, malgré la perte de recettes de 0,1 milliard d'euros

engendrée par le transfert à l'État d'une fraction de CSG sur les revenus du capital dont il bénéficiait jusque-là.

La diminution des charges s'explique principalement par le transfert à la CNAV de la charge du minimum contributif, décidé en LFSS pour 2017. En 2018, la prise en charge par le FSV des dépenses des régimes au titre du MICO a été fixée à 1,7 milliard d'euros, soit 0,8 milliard d'euros de moins qu'en 2017. Cette mesure explique 4 points de la baisse de charge.

**PRISE EN CHARGE DE COTISATIONS ET DE PRESTATIONS,
DONT LE MINIMUM CONTRIBUTIF, PAR LE FSV**

(en millions d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

En 2019, le FSV verrait à nouveau son déficit se creuser de 0,5 milliard d'euros, pour atteindre 2,3 milliards d'euros. Cette dégradation serait due au recul de ses produits (-3,7%), qui ne permet pas de compenser entièrement le nouveau recul de ses charges (-0,5%). La baisse des recettes pour 2019 s'explique par la diminution prévue des produits de la CSG sur les revenus du capital, ainsi que par les réaffectations de recettes prévues par la LFSS pour 2019, conduisant à une perte de 0,2 milliard d'euros pour le FSV.

En 2020, le déficit se réduirait de 0,9 milliard, pour atteindre 1,4 milliard d'euros. Une importante diminution des dépenses (-3,5%) ainsi que des recettes plus dynamiques (+1,5%) permettent d'atteindre ce résultat. La diminution progressive de la contribution du FSV au financement du minimum contributif continue en effet de tirer à la baisse ses dépenses, pour la dernière année : le transfert sera en effet achevé en 2020. En outre, les prises en charge de cotisations chômage devraient diminuer en 2020 (-0,2%), contribuant à la diminution des dépenses de 0,1 point.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DU FSV

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	16,6	17,2	16,6	16,8	17,4	17,9	18,5
Dépenses	19,6	19	18,9	18,2	18,3	18,5	18,8
Solde	-3	-1,8	-2,3	-1,4	-0,9	-0,6	-0,3

Source : annexe B du PLFSS.

Les rapporteurs souhaitent toutefois souligner que d'ici le retour à l'équilibre du FSV, ce dernier aura accumulé de la dette supplémentaire. Cette

accumulation de dette supplémentaire s'inscrit dans la problématique plus générale de la prise en charge et de l'amortissement de la dette sociale (*cf. supra*).

3. L'objectif de dépenses pour 2020 intègre la revalorisation différenciée des pensions

Pour 2020, l'objectif de la branche vieillesse est fixé à :

– 247,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, en progression de 2,4 % ;

– 141,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale, en hausse de 3,1 %.

Plusieurs mesures du PLFSS pour 2020 ont des conséquences budgétaires sur l'équilibre de la branche vieillesse.

● L'article 52 du PLFSS pour 2020 propose l'instauration d'une **revalorisation différenciée** des pensions : les personnes dont le montant total mensuel des pensions (additionnant les pensions de base et complémentaires) est inférieur à 2 000 euros bruts se verront appliquer une revalorisation indexée sur l'inflation (1 %).

Pour les personnes dont les pensions cumulées sont supérieures à 2 000 euros bruts, la revalorisation de 0,3 % sera conservée. Les économies pour la CNAV par rapport à une revalorisation générale sur l'inflation sont évaluées à 0,3 milliard d'euros.

Toutefois, le dispositif comprend un mécanisme de lissage pour les assurés très proches du seuil de 2 000 euros (ceux dont le montant total mensuel n'excède pas 2 014 euros).

Cette revalorisation se fera en deux étapes, en raison de l'instauration d'un mécanisme de lissage visant à limiter les effets de seuil. L'économie permise par cette mesure est de 0,7 milliard d'euros pour les pensions de retraite ⁽¹⁾.

Les rapporteurs rappellent que cette revalorisation doit être mise en parallèle avec la revalorisation exceptionnelle de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

B. L'AUGMENTATION DE L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE AT-MP SE CONFIRME

Après une amélioration du solde de la branche en 2019 **(1)**, l'objectif de dépenses pour 2020 permet de stabiliser son excédent **(2)**, et ce malgré des nouvelles mesures **(3)**.

(1) Études d'impact fournies par le Gouvernement.

1. L'excédent de la branche repartirait à nouveau à la hausse pour 2019, après une dégradation en 2018

En 2018, l'excédent de la branche AT-MP se réduirait pour atteindre 0,7 milliard d'euros, après 1,1 milliard en 2017. Cette diminution de l'excédent s'explique par une baisse des produits de 1,2 %, ainsi que par une hausse des charges de 2,7 % tirées par une dynamique importante des prestations légales (+3,9 %).

La baisse des produits résulte de la diminution du taux de cotisation de 0,1 point décidé dans le cadre de la LFSS pour 2018. En outre, une provision supplémentaire de 0,12 milliard d'euros a été décidée au titre des litiges avec les entreprises contestant leur taux de cotisations appelées.

Le solde de la branche AT-MP s'établirait en 2019 à 1,1 milliard d'euros, au terme d'une amélioration expliquée principalement par l'augmentation de 3,7 % des produits, ainsi que par la quasi-stagnation des dépenses.

En effet, les dépenses de prestations sociales seraient notamment limitées par l'indexation à 0,3 % des rentes en 2019.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros)



Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

2. L'objectif de dépenses pour 2020

En 2020, l'évolution tendancielle de la branche permettrait une augmentation de l'excédent, qui atteindrait 1,4 milliard d'euros, en raison notamment d'une hausse de 2,7 % des produits.

Le PLFSS pour 2020 fixe l'objectif de dépenses de la branche AT-MP :

– 13,6 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, soit une hausse de 0,7 % ;

– 12,2 milliards d’euros pour le régime général de la sécurité sociale, soit une hausse de 0,8 %.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d’euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	12,9	12,7	13,2	13,5	13,7	13,9	14,1
Dépenses	11,7	12	12,1	12,2	12,3	12,5	12,7
Solde	1,2	0,7	1,1	1,3	1,4	1,4	1,4

Source : annexe B du PLFSS.

3. Les principales mesures concernant la branche AT-MP, les dotations aux fonds amiante et les versements au titre de la sous-déclaration des accidents du travail

Outre la rénovation des politiques d’indemnisation de l’incapacité de travail de longue durée évoquée ci-après, plusieurs mesures du PLFSS pour 2020 portent sur la branche AT-MP.

● **L’article 54 du PLFSS pour 2020 supprime le dispositif de rachat de rentes d’accident du travail ou de maladie professionnelle.** Actuellement, les bénéficiaires d’une rente d’AT-MP ont la possibilité de demander la conversion d’une partie cette rente en capital. Cette option peut être considérée comme une dérogation au fonctionnement de la sécurité sociale. Elle est en outre peu utilisée par les bénéficiaires : ils ne sont qu’entre 11 % et 15 % à la demander.

La suppression de cette possibilité de conversion permet de sécuriser l’indemnisation des assurés et de mettre un terme à un dispositif de sortie en capital qui repose sur un barème peu favorable aux bénéficiaires car obsolète. En outre, elle permet de simplifier la gestion des rentes par les caisses.

En outre, le même article prévoit de systématiser en 2020 la notification dématérialisée de leur taux de cotisation AT-MP aux employeurs.

● **L’article 56 du PLFSS pour 2020 permet un renforcement de la prévention de la désinsertion professionnelle, en assouplissant les conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel.** En effet, le « travail léger », prévu en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle, est un dispositif visant à permettre le retour à l’emploi du salarié sans dégrader son état de santé. Il s’agit de l’un des principaux outils des politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelles.

Afin d’assurer une cohérence avec l’assouplissement des conditions d’accès au temps partiel pour motif thérapeutique en cas de maladie d’origine non professionnelle introduit en LFSS pour 2019, le PLFSS pour 2020 propose de

supprimer la condition d'arrêt de travail préalable à temps complet pour ouvrir droit au bénéfice du « travail léger ». En outre, cet article propose de supprimer le délai de carence applicable aux arrêts de travail initiaux prescrits lors d'un temps partiel pour motif thérapeutique, afin d'inciter à recourir à un tel temps partiel. Les assurés seront ainsi pris en charge par la sécurité sociale dès leur premier jour de temps partiel thérapeutique.

En outre, dans un souci de simplification de la réglementation, cet article prévoit de fixer un taux unique de remplacement par les indemnités journalières servies par l'assurance maladie.

C. LA BRANCHE FAMILLE

L'équilibre de la branche famille s'améliore, à la fois pour 2018 (1), pour 2019 (2), et pour 2020, malgré une évolution tendancielle dégradée (3).

1. La branche famille renoue avec les excédents pour 2018

Pour 2018, le solde de la CNAF devrait être excédentaire pour la première fois depuis 2008. Son solde s'établit en effet à 0,48 milliard d'euros en 2018, en amélioration de 0,67 milliard d'euros par rapport à 2017. Ce résultat excédentaire est la conséquence de plusieurs évolutions. D'une part, les dépenses de la PAJE ont continué de diminuer (-3,3 %), sous l'effet conjugué de la baisse de la natalité et d'un moindre recours au congé parental depuis l'entrée en vigueur de la Prepara. Les prestations d'entretien ont toutefois augmenté de 2 % en 2018, en raison des revalorisations exceptionnelles du plan de lutte contre la pauvreté.

Les charges de gestion courante ont quant à elles diminué de 1,8 %.

2. L'amélioration des comptes de la branche famille devrait se poursuivre en 2019

En 2019, les comptes de la branche devraient poursuivre leur amélioration : **son solde positif devrait s'établir à 0,8 milliard d'euros**, en amélioration de 0,4 milliard d'euros. Cette dynamique s'explique par une progression des charges deux fois moins rapide que celles des produits.

Les charges nettes n'augmenteraient en effet que de 0,6 % en 2019. Le ralentissement des prestations d'entretien (+0,8 % contre 2 % en 2018) contribue à cette décélération des dépenses de la branche famille. La revalorisation annuelle des prestations, limitée à 0,3 % en vertu de la LFSS pour 2019, ainsi que la fin des revalorisations exceptionnelles prévues dans le plan de lutte contre la pauvreté de 2013 expliquent en grande partie ce ralentissement. La PAJE poursuivrait sa décélération également.

Toutefois, les autres prestations légales conservent leur dynamisme : elles augmentent de 5,4 % en 2019.

Les dépenses d'action sociale augmenteraient de 3,7 %, après une croissance atone enregistrée en 2018. Elles expliquent les deux tiers de la progression des dépenses de 2019.

RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d'euros)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Recettes	49,8	50,4	51,1	51	51,3	52,4	53,5
Dépenses	50	49,9	50,2	50,3	50,4	51,1	51,9
Solde	-0,2	0,5	0,9	0,7	0,9	1,3	1,6

Source : annexe B du PLFSS.

3. Malgré une croissance tendancielle dégradée, les mesures nouvelles permettent de maintenir la branche famille en excédent

Hors mesures nouvelles, la CNAF serait à nouveau déficitaire en 2020 : une dégradation du solde tendanciel de 1,4 milliard serait attendue, pour atteindre un déficit de 0,6 milliard d'euros. La baisse des recettes explique ce résultat déficitaire, et ne permettrait pas de compenser le ralentissement de la hausse des charges nettes. Ces dernières ne progresseraient pourtant que de 0,4 %, sous l'effet du fléchissement continu de la PAJE.

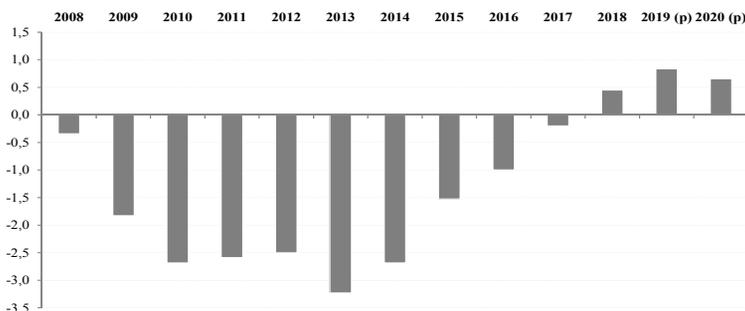
L'article 63 du PLFSS pour 2020 fixe un objectif de dépense de la branche famille de 50,3 milliards d'euros, en augmentation de 0,1 milliard d'euros. Afin de permettre le respect de cet objectif, le PLFSS pour 2020 supprime les affectations de recettes à la CADES et à l'État auxquelles la branche devait contribuer à hauteur de 1,2 milliard d'euros.

Les mesures du PLFSS pour 2020 tendent également à ralentir la croissance des dépenses, notamment en raison de la revalorisation différenciée. Les charges seront toutefois augmentées du fait des coûts liés au dispositif d'intermédiation des pensions alimentaires (voir infra) ainsi que par la réduction des frais de gestion supportés par l'État au titre des prestations servies pour son compte par la branche (- 0,1 milliard d'euros).

Ainsi, le solde de la branche devrait rester positif, et atteindre un excédent de 0,7 milliard d'euros.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d'euros)



Source : réponses aux questionnaires des rapporteurs spéciaux.

III. LA POURSUITE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET D'AIDE À DESTINATION DES PLUS VULNERABLES

Le PLFSS pour 2020 apporte de nouvelles garanties aux plus fragiles, tant par des mesures de simplification et d'accompagnement (A), par la garantie de nouveaux droits (B), que par l'adaptation de la sécurité sociale aux enjeux de son temps (C).

A. DES MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'ACCOMPAGNEMENT :

Tant la poursuite de la réforme de la complémentaire « santé solidaire » (1) que la simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (2) s'inscrivent dans une volonté d'accompagner les plus vulnérables lors des périodes de transition.

1. La poursuite de la réforme de la complémentaire « santé solidaire » : le lissage de la fin du droit à la protection complémentaire en matière de santé

Certains assurés dont les ressources deviennent supérieures aux seuils d'éligibilité aux dispositifs publics leur permettant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins. Afin de pallier ces difficultés, des « contrats de sortie » ont été mis en place : ils prévoient des dispositions d'encadrement des tarifs des contrats de complémentaires pour la première année de sortie de la CMU-C et de l'ACS, permettant l'accès à des tarifs préférentiels. Ces dispositifs sont toutefois peu connus et peu avantageux, notamment pour les jeunes publics.

En outre, la fusion de la CMU-C et de l'ACS en une complémentaire santé solidaire, instaurée par la LFSS pour 2019, pose la question de l'adaptation de ces contrats de sortie.

Le PLFSS pour 2020 propose de refondre ces dispositifs en un seul et d'en adapter les modalités de tarification et de gestion. En outre, il est proposé de fixer les frais de gestion applicables aux dépenses prises en charge par les organismes complémentaires gestionnaires au titre de la Complémentaire santé solidaire soumise à participation financière de l'assuré, sous la forme d'un montant forfaitaire en euro *per capita* et non plus sous la forme d'un coefficient de majoration sur les dépenses de CMU-C.

La transformation de l'ACS en « CMU-C étendue » par la LFSS pour 2019 : une mesure d'équité et de justice sociale qui bénéficiera en premier lieu aux plus âgés

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif qui poursuit des objectifs identiques à ceux de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour un public qui dispose de ressources très limitées mais ne les autorisant pas à demander cette dernière aide (entre 727 et 991 euros mensuels pour une personne seule, 1090 et 1486 euros mensuels pour un couple en métropole). Elle prend la forme d'une attestation-chèque, d'un montant croissant avec l'âge (de 100 euros par membre du foyer pour les moins de 16 ans à 550 euros pour les plus de 60 ans), que l'assurée remet à la complémentaire auprès de laquelle il souscrit un contrat d'assurance. Le contrat en question fait partie des contrats homologués répondant à des conditions particulières et qui sont classés en trois types (A/B/C) du moins au plus couvrant.

En 2018, le nombre de bénéficiaire de l'ACS reste limité. Son taux de recours serait ainsi de 35 à 51 % des personnes éligibles alors que celui de la CMU-C se situe entre 64 et 76 %. De plus, seulement trois quarts des personnes recevant l'attestation-chèque l'utilisaient par la suite auprès d'une complémentaire. Le dispositif est peu connu, relativement complexe et peu laisser aux assurés ACS un reste à charge relativement élevé. En effet, si les prestations de soins essentielles sont entièrement couvertes, l'étude des restes à charge sur les différents contrats ACS montre de fortes lacunes sur certains soins partiellement couverts.

Les attestations-chèques laissent souvent les bénéficiaires avec des primes importantes à payer sur leurs contrats. Celles-ci s'élèvent en moyenne à 104 euros par an pour les contrats A, 181 euros sur les contrats B et 263 euros pour les contrats C. Ces restes à charge créent un effet de seuil particulièrement important entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires de l'ACS qui se situent juste au-dessus de la limite de revenu de cette aide. Les personnes âgées sont celles pour qui l'écart entre ACS et CMU-C est le plus significatif. Pour eux, le reste à payer moyen augmente avec l'âge, passant d'environ 80 à 300 euros pour une personne âgée de 60 ans à de 380 à 500 euros pour une personne de plus de 90 ans (selon les types de contrats).

La réforme actée en LFSS 2019 étend la CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS, permettant ainsi de lisser immédiatement les différences entre les bénéficiaires des deux dispositifs et de faciliter l'accès à la protection complémentaire. Le nouveau dispositif entre en vigueur en novembre 2019 et les contrats ACS prendront fin au 31 décembre 2019.

La CMU-C demeure bien entendu gratuite pour ses bénéficiaires traditionnels, les allocataires du RSA se voyant désormais accorder automatiquement cette protection complémentaire.

La CMU-C étant bien plus utilisée que l'ACS, accordée selon des modalités plus simple et donnant droit à une meilleure couverture globale, le taux de recours au nouveau dispositif devrait progresser de 3 points en 2020, 6 points en 2021 et 9 points en 2022, selon l'étude d'impact du projet de loi. De plus, la transformation limitera les disparités entre bénéficiaires de l'ACS qui dépendaient du type de contrat choisis et conduisaient à des variations importantes de restes à charge sur les soins et à des restes à payer sur les contrats.

La nouvelle CMU-C contributive permettra aux bénéficiaires d'obtenir une protection complémentaire moyennant une participation, croissante avec l'âge, allant de 0,26 à 1 euro par jour. Le gain sera le plus significatif pour les personnes âgées, pour lesquelles la participation ne pourra dépasser les 30 euros par mois (soit 360 euros par an pour les plus de 75 ans). Notons aussi que nombre de personnes handicapées allocataires de l'AAH sont aujourd'hui en contrats ACS et bénéficieront directement de remboursements améliorés.

Le nouveau dispositif représente un effort financier pour l'État qui dépendra de l'évolution du taux de recours à la nouvelle « CMU-C étendue ». Si on se fie aux projections de l'étude d'impact, celui-ci devrait être de 60 millions d'euros en 2020, 90 millions d'euros en 2021 et 120 millions d'euros en 2022, soit 270 millions d'euros sur le quinquennat. À cette dépense supplémentaire devrait s'ajouter une perte de recettes de 85 millions provenant de la taxe de solidarité additionnelle à laquelle était soumis les contrats ACS.

2. Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires des minima sociaux (AAH et RSA)

Tous les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail à l'âge de 62 ans, et bénéficient par conséquent d'une retraite à taux plein, quelle que soit leur durée d'assurance. Ces assurés bénéficient également d'un âge abaissé de 65 à 62 ans pour l'accès à l'ASPA. Les bénéficiaires de l'AAH 1 (dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80 %) peuvent continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de la retraite, et n'ont plus, depuis 2017, l'obligation de liquider l'ASPA afin de continuer à percevoir l'AAH.

En revanche, les bénéficiaires de l'AAH 2 (dont le taux d'incapacité permanente est compris entre 50 % et 79 % et qui connaissent une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi) ne peuvent pas continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de la retraite. Ils doivent donc liquider leur retraite et ensuite demander l'ASPA, dont l'accès est conditionné à la liquidation des droits à la retraite. Ainsi, pour éviter toute rupture de droit, l'assuré doit avoir effectué toutes les démarches pour liquider ses droits avant ses 62 ans.

Ce système complexe conduit à des situations de rupture de droit.

En outre, les textes actuels instaurent un principe de subsidiarité du RSA par rapport aux autres prestations sociales, à l'exception des retraites qui en sont exclues pour les assurés non inaptes. Toutefois, les autres allocations par rapport auxquelles le RSA est subsidiaire incluent l'ASPA. Par conséquent, les bénéficiaires du RSA doivent faire valoir leur droit à l'ASPA dès qu'ils peuvent y prétendre, soit dès l'âge de 65 ans.

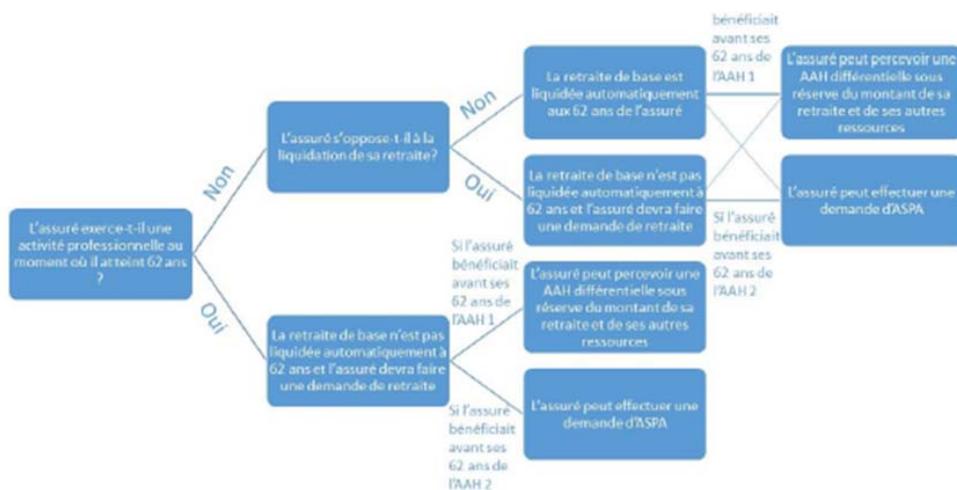
La réforme des retraites de 2010 ayant repoussé à 67 ans l'âge d'annulation de la décote, sans pour autant décaler l'âge d'accès à l'ASPA, toujours fixé à 65 ans. L'obligation pour les bénéficiaires du RSA de liquider l'ASPA les conduit à liquider leur retraite à 65 ans, ce qui les conduit parfois à se voir appliquer une décote.

Le dispositif propose la mise en œuvre d'un dispositif de substitution de la retraite à l'AAH à l'âge légal afin d'éviter les ruptures de droit entre l'AAH et la retraite. Il prévoit de fixer une date d'effet de la retraite à l'âge légal afin d'engager une liquidation automatique de la retraite visant à octroyer automatiquement la retraite de base aux assurés bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé lorsqu'ils atteignent l'âge de 62 ans.

En outre, il est prévu de repousser de 65 à 67 ans (soit l'âge annulant la décote) l'âge auquel le revenu de solidarité active (RSA) devient subsidiaire par rapport aux retraites et au minimum vieillesse (ASPA). L'objectif de cette mesure est double : il s'agit d'éviter les ruptures de droit et de permettre aux assurés de liquider leur retraite sans décote.

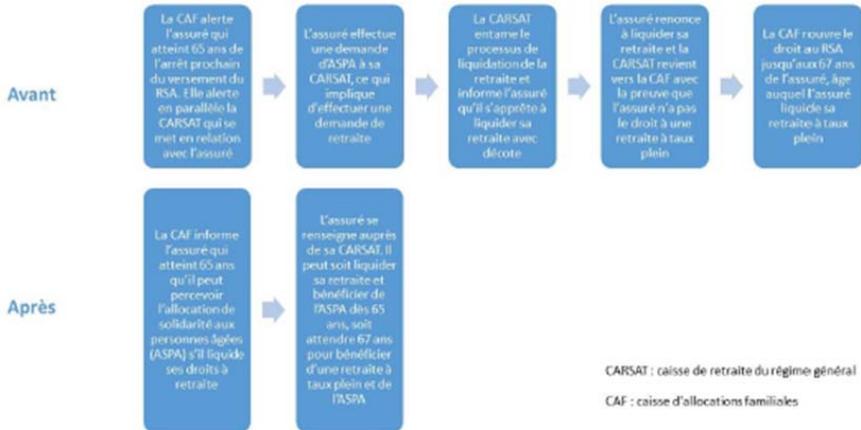
La transition des bénéficiaires du RSA et de l'AAH vers la retraite à la suite de la réforme est récapitulée dans les schémas suivants :

SCHÉMA DE TRANSITION VERS LA RETRAITE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH À LA SUITE DE LA MESURE



Source : études d'impact fournies par le Gouvernement.

SCHEMA DE TRANSITION VERS LA RETRAITE DES BENEFICIAIRES DU RSA N'AYANT PAS ETÉ DÉCLARÉS INAPTES (AVANT ET APRÈS MESURE)



Source : études d'impact fournies par le Gouvernement

La revalorisation exceptionnelle de l'AAH

En 2018, l'AAH concernait 1,17 million de foyers pour un montant de 9,3 milliards d'euros. Au 1^{er} novembre 2019, l'AAH atteindra 900 euros par mois, soit une augmentation de 11 % en seulement deux ans. Le plafond applicable aux couples est révisé en conséquence à 181 % du montant applicable pour une personne seule soit 1 629 euros, en s'assurant qu'aucun couple ne soit pénalisé.

Par ailleurs, la LFSS 2019 a fusionné le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome en élargissant les conditions d'ouverture de la majoration pour la vie autonome et en maintenant le complément de ressources à ses bénéficiaires pour une durée de dix ans.

3. Renforcement de l'obligation d'évaluation médicale et psychologique à l'entrée en protection de l'enfance

L'article 35 du PLFSS propose une nouvelle tarification de la visite médicale opérée lors de l'entrée à l'aide sociale à l'enfance. Elle doit permettre de tenir compte de l'ensemble des facteurs de complexité identifiés, pour améliorer la prise en charge sanitaire des enfants et des adolescents protégés, tout en valorisant l'investissement des médecins généralistes et pédiatres qui y participent.

La nouvelle consultation complexe sera facturable une seule fois par les pédiatres et les médecins généralistes pour chaque enfant ou adolescent protégé, et adressé par les services du conseil départemental. La consultation est prise en charge par l'assurance maladie.

Ces dispositions permettront à la ministre des solidarités et de la santé de demander aux professionnels de santé et à l'UNCAM d'ouvrir des négociations pour la création au plus tard le 1^{er} janvier 2021 d'une nouvelle consultation complexe (dont le prix serait 46 euros) pour la réalisation de ce bilan de santé. Le coût estimé de cette mesure est de 5 millions d'euros par an à partir de 2021.

B. DE NOUVEAUX DROITS GARANTIS

L'engagement maternité **(1)**, la création d'un congé proche aidant rémunéré **(2)**, la rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée **(3)** ainsi que l'augmentation des minima sociaux **(4)** sont autant de mesures permettant de doter de nouveaux droits des personnes en situation de vulnérabilité.

1. L'engagement maternité : faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités

L'accès de toutes les femmes à une maternité satisfaisant à toutes les exigences de sécurité et de qualité des soins est un impératif pour un système de santé à la fois efficace et égalitaire dans son organisation territoriale.

En 2017, environ 60 000 femmes déclaraient avoir mis plus de 45 minutes pour se rendre à la maternité. Afin de répondre aux enjeux d'accessibilité de l'offre de soin que représente la distance géographique, le PLFSS pour 2020 propose la mise en œuvre, pour les femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, d'un ensemble de services d'accompagnement durant leur grossesse. La prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité seront notamment inclus dans ce dispositif.

Les rapporteurs souhaitent que cette mesure aux effets sociaux et territoriaux importants, notamment en matière de déploiement des solutions d'hébergement temporaires, soit suivie avec attention.

2. La création d'un congé proche aidant rémunéré

Actuellement, entre 8 et 11 millions de personnes aident un proche en situation de dépendance, contribuant fortement à leur maintien à domicile, souhait de la grande majorité des personnes en situation de dépendance. Les proches aidants sont eux-mêmes dans des situations souvent difficiles : beaucoup indiquent que l'aide apportée a des conséquences négatives sur leur activité professionnelle, voire sur leur propre état de santé.

Des mesures ont déjà été prises afin d'apporter un soutien aux proches aidants. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi dite ASV) a notamment renforcé leur prise en compte, en créant un congé de proche aidant. Ce dernier remplace depuis 2016 le congé de soutien familial. Le congé proche aidant, accessible sous conditions, présente toutefois des limites importantes : non indemnisé, il est peu utilisé. En outre, il ne peut dépasser

une durée maximale fixée soit par convention ou accord de branche, ou à défaut par convention ou accord collectif d'entreprises, soit à trois mois en l'absence de dispositions conventionnelles. Il peut être renouvelé sans toutefois dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié.

En réaction à la faible mobilisation du dispositif et en cohérence avec les recommandations portées notamment par le rapport de M. Dominique Libault, l'**article 45 du PLFSS** pour 2020 propose l'instauration, au plus tard le 30 septembre 2020 d'une allocation journalière du proche aidant. Sa rémunération pourrait être comparable à celle du congé pour enfant malade (52 euros par jour pour une personne seule et 43 euros par jour pour une personne vivant en couple). Le versement de cette allocation interviendrait pour une durée limitée. Le congé pourra bénéficier à 270 000 personnes.

Les rapporteurs notent que le chiffrage du dispositif est particulièrement imprécis, du fait de sa sensibilité au taux de recours.

3. La rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée

Il apparaît que les personnes en arrêt de travail de plus de 6 mois ou en invalidité sont de plus en plus fréquemment atteintes par des maladies chroniques ou des pathologies mentales. Le suivi médical qui en découle est nécessairement plus long et plus coûteux. Cette évolution s'est vue accélérée par le recul de l'âge minimal de départ en retraite, les assurés de plus de 55 ans ayant une probabilité plus importante de devoir interrompre leur activité professionnelle pour des raisons de santé. Il découle de cet état de fait un allongement de la durée moyenne de versement d'indemnités journalières, ainsi qu'une augmentation des dépenses liées.

Cette situation est toutefois paradoxale : un certain nombre de pathologies justifiant le passage en invalidité, et notamment certaines très fréquentes, n'empêchent pas l'exercice d'une activité professionnelle, à condition que cette dernière fasse l'objet d'aménagements.

Toutefois, les conditions d'indemnisation des incapacités de travail longue durée semblent inadaptées à la reprise d'une activité professionnelle par les assurés, en raison notamment des règles peu avantageuses de cumul de la pension d'invalidité et des revenus professionnels.

L'indemnisation de l'incapacité présente d'autres limites :

– elle appréhende avec difficultés la situation des assurés en arrêt de travail itératif lié à une maladie chronique, contraints parfois de poser des jours de congé pour suivre leur traitement et ayant des difficultés d'accès au temps partiel thérapeutique (ce dernier ne pouvant être attribué sur des périodes longues) ;

– les pensions d’invalidité des non-salariés agricoles, calculées sur une base forfaitaire, aboutissent à des montants très faibles qui obligent les bénéficiaires à recourir à d’autres minima sociaux ;

– les prestations accessoires à l’invalidité que sont l’allocation supplémentaire d’invalidité (ASI) et la majoration pour tierce personne sont peu avantageuses et gagneraient à être modernisées.

En réponse à ces limites, le PLFSS pour 2020 propose une réforme en deux temps :

– dans un premier temps, la mise en œuvre d’une clarification juridique de la définition de l’invalidité, la rénovation du mécanisme de cumul d’une part entre pensions d’invalidité et revenus d’activité afin d’inciter à la reprise d’un emploi, et, d’autre part entre pensions d’invalidité et pension de retraite. En outre, une revalorisation de l’ASI et des pensions d’invalidité des non-salariés agricoles est proposée ;

– dans un second temps, le déploiement d’une expérimentation visant à modifier les règles d’ouverture de droits et d’évaluation de l’invalidité, afin de disposer à terme de données fiables avant une potentielle réforme globale.

Dans le cadre de cette expérimentation de réforme globale du dispositif d’invalidité, ce dernier serait renommé « prestation de compensation maladie » (PCM) et ferait l’objet de plusieurs modifications. L’évaluation de la perte de capacités et de gains serait dans ce cadre clarifiée et intégrerait la dimension aujourd’hui manquante de la dégradation de l’état de santé. Les catégories d’invalidité seraient redéfinies pour instaurer un dispositif de compensation des arrêts de travail régulier dus à un état de santé durablement dégradé. En outre, le critère premier de distinction serait la capacité à exercer à une activité professionnelle à taux partiel. Enfin, la majoration pour tierce personne serait rendue plus progressive, en fonction des besoins de l’assuré.

Les rapporteurs notent que l’article 54 permet un renforcement de la solidarité tout en préservant le caractère contributif des prestations.

4. Augmentation des minima sociaux, dans le cadre d’une revalorisation différenciée des prestations sociales

Le PLFSS pour 2020 introduit une revalorisation différenciée des pensions selon leur montant (voir *supra*).

Cette logique est également appliquée aux autres prestations :

– seront revalorisées au niveau de l’inflation les minima sociaux, dont le RSA, l’allocation de veuvage, l’allocation supplémentaire d’invalidité, le revenu de solidarité outre-mer et l’allocation de solidarité spécifique (ASS) ;

– le minimum vieillesse bénéficie d’une revalorisation exceptionnelle, portant son montant pour une personne seule à 903,20 euros au 1^{er} janvier 2020 ;

– les autres prestations sociales seront revalorisées à hauteur de 0,3 % en 2020. Sont notamment concernés l’ensemble des montants des prestations familiales et les prestations ATP-MP.

C. UNE SÉCURITÉ SOCIALE QUI RÉPOND AUX ENJEUX DE SON TEMPS

La création d’un fonds d’indemnisation des victimes de pesticides (1), le renforcement du service public des pensions alimentaires (2) et l’amélioration de l’information des familles quant aux modalités d’accueil des jeunes enfants (3) visent la prise en compte par la sécurité sociale de problématiques nouvelles et en développement.

1. La création du fonds d’indemnisation des victimes de pesticides

L’**article 46 du PLFSS** pour 2020 propose la création du fonds d’indemnisation des victimes de pesticides, à la suite des travaux confiés à l’ANSES et à l’INSERM.

Actuellement, la réparation des victimes de pesticides s’effectue principalement dans le cadre de la branche AT-MP en s’appuyant sur deux tableaux de maladies professionnelles spécifiques aux pesticides (maladie de Parkinson et hémopathies malignes). Si ce dispositif permet d’alléger la charge de la preuve pour les victimes, toutes les personnes potentielles exposées ne sont pas couvertes par ces tableaux : les professionnels victimes d’une pathologie ne rentrant pas dans les critères des tableaux et les retraités non-salariés agricoles relevant d’un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT/MP obligatoire au 1^{er} avril 2002 sont notamment dans ce cas de figure. S’agissant des salariés du régime général, l’absence de tableaux de maladies professionnelles conduit à instruire leurs demandes de reconnaissance dans le cadre de comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

En outre, les enfants dont la pathologie est liée à l’exposition professionnelle de l’un de leurs parents durant la période prénatale ne bénéficient d’aucune indemnisation à ce stade.

En conséquence, la création d’un fonds permettant la centralisation et l’instruction des demandes de reconnaissance contribuera à fluidifier les démarches. Ce fonds prendra la forme d’une entité dédiée au sein de la CCMISA ou de caisses MSA référentes, et il sera ouvert aux populations actuellement non couvertes (retraités et conjoints ayant travaillé dans l’exploitation avant la mise en place de l’assurance AT-MP ou du statut de conjoint collaborateur). Une plus grande équité et un traitement harmonisé des dossiers devraient résulter de la mise en œuvre de ce fonds. Le fonds garantira en outre l’indemnisation des enfants exposés durant la période prénatale.

Le financement de ce fond reposera sur les cotisations AT-MP du régime général et des régimes agricoles, ainsi que sur l'affectation de ressources fiscales assises sur les ventes de produits phytopharmaceutiques.

Le volume d'indemnisation serait de l'ordre de 13,8 millions d'euros en 2020, 40 millions d'euros en 2021 et 53 millions d'euros en 2022. Les rapporteurs soulignent cependant que ce chiffre ne prend pas en compte les cas liés au chlordécone, qui pourraient représenter de 2 à 27 millions d'euros d'indemnisation par an et ne seraient alors pas finançables par la taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques dans sa trajectoire actuelle. Le rapport de la commission d'enquête parlementaire sur l'utilisation du chlordécone et du paraquat sera à cet égard précieux et permettra de mieux comprendre les besoins de financement de ce fonds.

2. Le service public des pensions alimentaires

Le Grand débat national a contribué à faire émerger des difficultés rencontrées par nos concitoyens en raison des impayés de pension alimentaire. En effet, deux ans après un divorce, la pension alimentaire n'est pas versée ou de façon incomplète ou irrégulière dans 9 % des cas et n'est jamais versée dans 11 % des cas, selon les données du ministère de la justice ⁽¹⁾. Ceci met en difficulté un grand nombre de foyers, souvent monoparentaux. La pension alimentaire représente en moyenne 18 % du revenu disponible du parent qui a la garde de l'enfant.

Afin de répondre à ces difficultés, une garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA) a été mise en place en 2016, ainsi qu'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (ARIPA), installée en janvier 2017. Cette agence est en charge du recouvrement des impayés et de l'avance de l'allocation de soutien familial pour les parents isolés créanciers, l'intermédiation financière sur décision du juge pour les créancières victimes de violence conjugales, et la délivrance de titres exécutoires sur la base d'un barème national aux parents concubins et pacsés qui se séparent.

Toutefois, les procédures de recouvrement ne concernent qu'une faible part des situations d'impayés de pensions alimentaires. Selon le rapport de l'IGAS et de l'IGF sur la création d'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire de 2016, le taux d'impayés de pensions alimentaires se situerait entre 20 % et 40 %. En prenant comme référence l'hypothèse moyenne de 30 % d'impayés, le nombre de foyers subissant des impayés de pensions alimentaires en France serait d'environ 300 000. Les conséquences de ces impayés peuvent être lourdes : les pensions alimentaires reçues représentent en moyenne 18 % du revenu disponible du parent qui a la garde exclusive de l'enfant.

(1) *Études d'impact fournies par le Gouvernement.*

Afin d'apporter une réponse concrète à ces difficultés, l'article 48 du PLFSS pour 2020 propose de renverser la logique du recouvrement des pensions alimentaires, pour passer d'une logique de recouvrement *a posteriori* à une logique de prévention des impayés. Pour ce faire, l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires verra sa mission d'intermédiation financière étendue. Concrètement, l'agence recevra du parent débiteur les pensions et elle les reversera directement au parent créancier. En cas de carence, l'agence pourra engager immédiatement une procédure de recouvrement de l'impayé et versera au parent créancier, s'il est parent isolé, l'allocation de soutien familiale.

Ce nouveau dispositif sera tout d'abord mis en place au bénéfice des nouvelles séparations si un parent en fait la demande ou si les parents s'accordent sur ce point, ainsi qu'au bénéfice des parents déjà séparés pour qui des impayés ont déjà été constatés. En 2021, le dispositif sera élargi à tous parents en faisant la demande.

Le coût de ce nouveau service public serait de 44 millions d'euros en 2020. Le dispositif monterait en charge progressivement pour atteindre un coût de 122,5 millions d'euros en 2022. 354 équivalents temps pleins seront mobilisés dès 2020 pour assurer le fonctionnement du service (pour une masse salariale de 26,5 millions d'euros).

Les rapporteurs soulignent que le chiffrage retenu repose sur une amélioration importante du taux de recouvrement de l'ASF qui passerait de 24 % à 34 % en 2021 et à 44 % en 2022.

3. Le renforcement de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

Des moyens importants ont été mobilisés pour le développement de l'offre des modes d'accueil des jeunes enfants, dans le cadre d'un travail de long terme avec la CNAF. Toutefois, le déploiement de l'offre n'est pas suffisant pour permettre aux parents en ayant le plus besoin, et notamment les familles monoparentales, de bénéficier pleinement des différents modes de garde.

Afin de faciliter leur recours aux solutions existantes, le PLFSS pour 2020 propose de conduire les professionnels et les structures d'accueil de la petite enfance à déclarer leurs disponibilités d'accueil au fil de leur évolution. L'objectif est notamment de répondre aux besoins ponctuels des parents, qui conditionnent parfois une démarche de reprise d'emploi. Une plateforme internet permettrait d'héberger et de présenter les informations relatives à la disponibilité d'accueil sur un territoire donné.

Le coût de cette amélioration de l'accès à l'information serait de 15 millions d'euros en 2020. Cette amélioration devrait déclencher une hausse des taux d'occupation des établissements et du recours au complément mode de garde, pour un coût total atteignant 90 millions d'euros en 2022.

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté

La stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté est un plan pluriannuel, dont le montant total initial est de 8,5 milliards d'euros sur 4 ans. Toutefois l'augmentation de la prime d'activité a conduit à augmenter fortement les montants alloués.

Plusieurs priorités du plan sont financées par des mesures du PLFSS, au titre de la branche famille notamment. Dans cette optique, le développement des modes d'accueil individuel ou collectif du jeune enfant et la valorisation de la mixité sociale dans ce cadre sont des mesures du plan porté par le PLFSS, en complémentarité avec les missions budgétaires dédiées.

ANNEXE N° 1 : EFFET DES MESURES PROPOSÉES PAR LE PLFSS POUR 2020 SUR LE SOLDE

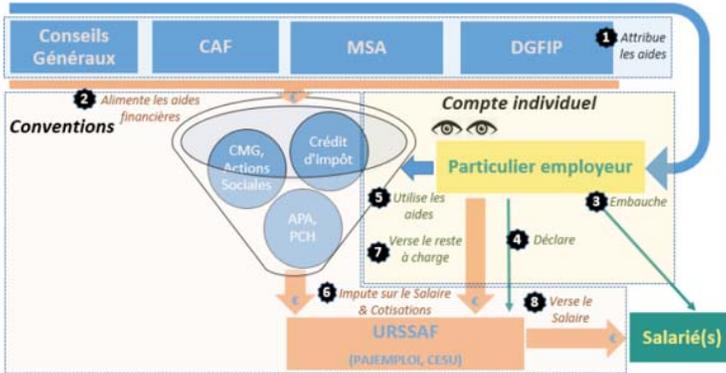
(en milliards d'euros)

MoE	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	RG	FRV	M&A	CH&A	ACOSS	Unédif	AGIRC-ARRCO	Cadees	RCO	Etat
Impact des mesures en dépenses sur le solde														
Mesure pour le respect de l'indam	4,1	0,06				4,2								
Revalorisation différenciée des prestations		0,02	0,3	0,1		0,5								0,3
Suppression du dispositif de versement des rentes AT en capital		0,03				0,0								
Economie de gestion administrative	0,1					0,1								
Baies de la prise en charge des frais de gestion au titre de la prime d'activités				-0,1		-0,1								
Indemnisation du congé proche aidant			0,0			0,0								
Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides						0,0		-0,03						
Création du service public des pensions alimentaires				-0,04		0,0								
Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée	-0,02					0,0								
Autres mesures				-0,02		-0,02								
Total des mesures en dépenses	4,1	0,1	0,3	0,0	4,5		-0,03	-0,3						0,3
Impact des mesures en recettes sur le solde														
Annulation de la reprise de dette CADES (annulation transferts de CSG)	1,6				1,6	0,02							-1,6	
Annulation de la rétrocession de la TVA à l'Etat	1,5				1,5									-1,5
Non compensation de la loi MUES (effet 2020 : annulation de la hausse de CSG)	-1,6				-1,6									
Limitation du coût de certaines niches sociales	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2		0,0		0,0	0,1				0,0
<i>dont réduction de la DFS (mesure réglementaire)</i>	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3		0,0		0,1	0,1				0,0
<i>dont suppression de l'exonération SAP sur critère d'âge (mesure réglementaire)</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1		0,0		0,0	0,0				0,0
Plafonnement de la compensation des exonérations JEB	-0,01		-0,01	0,00	-0,03									0,03
Renforcement de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques							0,03							
Suppression de la taxe sur les huiles													-0,1	
Transferts Intra-Sécurité sociale														
Transfert de droits alcools au RCO	-0,1				-0,1								0,1	
Réaffectation de la taxe sur les salaires	-1,4		0,2	1,2										
Reattribution de la part Acofos de taxe sur les salaires au RG	1,5				1,5				-1,5					
Transferts Etat-sécurité sociale														
Transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP	-0,3				-0,3									0,3
Effet année pleine du renforcement des AG à l'Unédif										-2,7				
Compensation à l'Unédif de la perte de cotisations patronales liée aux AGR en année pleine									-2,7	2,7				
Changement du mode de compensation de TODE	-0,1				-0,1									0,1
Ajustement de la fraction de TVA	-1,0				-1,0				4,2					-3,2
Total des mesures en recettes et de transferts	0,1	0,0	0,3	1,2	1,6	0,02	0,03	0,0		0,04	0,1	-1,6		-4,2
Effet total des mesures	4,2	0,1	0,6	1,2	6,1	0,02		-0,3	0,0	0,04	0,1	-1,6		-4,0

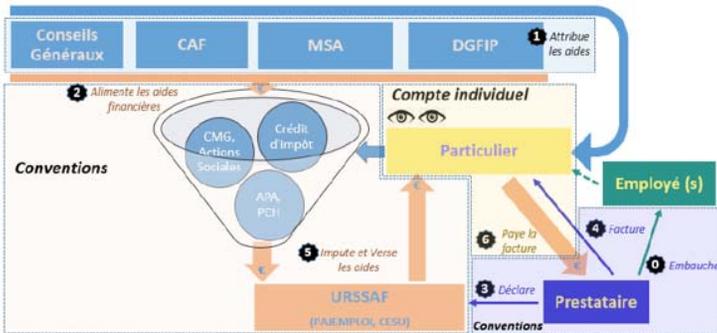
Source : annexes du PLFSS.

ANNEXE N° 2 : FONCTIONNEMENT DU COMPTE INDIVIDUEL POUR LES AIDES RELATIVES AUX SERVICES À LA PERSONNE

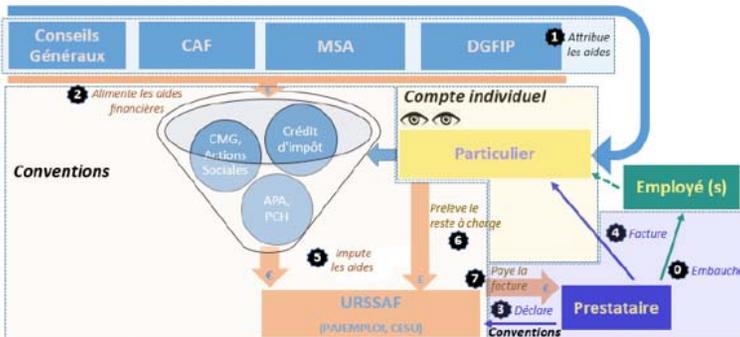
EMPLOI DIRECT



EMPLOI INDIRECT : OPTION DE LA PERCEPTION PAR LE PARTICULIER



EMPLOI INDIRECT : OPTION DU VERSEMENT AU PRESTATAIRE



Source : documentation annexée au PLFSS.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du mercredi 16 octobre 2019, la commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (n° 2296).

M. le président Éric Woerth. L'ordre du jour appelle l'examen pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, dont notre commission, comme à son habitude, s'est saisie. Je rappelle que la commission des affaires sociales, saisie au fond, a commencé hier après-midi ses travaux sur ce texte, dont l'examen en séance publique débute le mardi 22 octobre.

Avant de passer à l'examen des soixante-quatre articles du texte et des dix-huit amendements déposés dans notre commission, nous allons entendre nos rapporteurs.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Cendra Motin et moi-même avons le plaisir, ce matin, de vous présenter les grandes lignes d'un texte cohérent et ambitieux.

D'abord, le PLFSS pour 2020 fait montre de cohérence. Il est cohérent dans la trajectoire qu'il fixe pour les comptes sociaux : d'un côté, il acte – sans la masquer – une dégradation de l'équilibre ; de l'autre, il la justifie clairement au regard de l'environnement social et économique dans lequel l'action du Gouvernement s'inscrit.

En 2019, le solde du régime général et du fonds de solidarité vieillesse affichera un déficit de 5,4 milliards d'euros, au lieu d'un excédent initialement prévu à hauteur de 100 millions d'euros. Ce décalage tient à l'encaissement de recettes à un moindre niveau que ce qui était envisagé. L'explication est double.

D'une part, nous avons voté la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (MUES). L'avancement au 1^{er} janvier 2019 des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires compte pour 1,2 milliard d'euros, tandis que la réduction du taux de contribution sociale généralisée (CSG), de 8,3 % à 6,6 %, pour les retraités ou personnes en situation d'invalidité percevant entre 1 200 euros et 2 000 euros par mois, représente 1,5 milliard d'euros. Les trois quarts des écarts constatés avec la prévision sont imputables à ces éléments. Sur les 17 milliards d'euros de mesures de pouvoir d'achat consenties en décembre, je souligne que 14 milliards d'euros sont financés par l'État, soit près de 80 % – la sécurité sociale n'en finance donc que 20 %.

Par ailleurs, et cela explique le quart restant, les perspectives macroéconomiques ont été réajustées. L'évolution du PIB – 1,4 % au lieu de 1,7 % –, celle de la masse salariale – 3,3 % au lieu de 3,5 % – et celle des prix – 1 % au lieu de 1,3 % – ont en effet été moins dynamiques. Je veux insister sur le sérieux de ces chiffres. Le Haut conseil des finances publiques, le Haut conseil du financement de la protection sociale et la Cour des comptes les ont d'ailleurs jugés réalistes.

En 2020, le régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) devraient afficher un solde déficitaire de 5,1 milliards d'euros, avec 400,2 milliards d'euros en recettes et 405,6 milliards d'euros en dépenses. Dans le détail, la branche maladie sera à – 3 milliards d'euros ; la branche vieillesse à – 2,7 milliards d'euros ; le FSV à – 1,4 milliard d'euros ; la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) à + 1,4 milliard d'euros et la branche famille à + 0,7 milliard d'euros.

En prenant en considération l'effet des mesures des derniers textes financiers adoptés, ceux en cours de discussion et les perspectives économiques générales que je vous citais, il est possible de prévoir désormais un retour à l'équilibre des comptes en 2023. Le report de cette courbe ne porte que sur le flux, c'est-à-dire sur le déficit constitué et en cours de résorption. En effet, s'agissant de la réduction de la dette sociale, le cap est maintenu et réaffirmé.

Les déficits qui s'accumuleront d'ici à 2023 seront quant à eux gérés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), où les comptes des branches du régime général sont consolidés. Si, en trésorerie, elle devrait connaître un déficit de 17,7 milliards d'euros en 2019 et 23,5 milliards d'euros en 2020, il faut noter qu'à très court terme, l'Agence bénéficie de conditions de financement extrêmement favorables, avec un taux moyen de - 0,5 %. Mais, bien évidemment, cela ne relativise pas la question de l'endettement.

J'en viens au stock de la dette. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) gère la dette transférée par l'ACOSS. Les volumes restants s'élèvent à 72,7 milliards d'euros, 188 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse. En 2020, la CADES remboursera 16,7 milliards d'euros, soit 700 millions d'euros de plus qu'en 2019.

À ce rythme, la dette de la CADES sera éteinte en 2024, comme prévu. Nous sommes tous deux opposés à tout report de cette échéance, pour une question de soutenabilité et de crédibilité. Nous préconisons donc de ne plus renoncer aux transferts et de mettre en place, dès 2020 ou 2021, une instance de concertation entre le Gouvernement, le Parlement, l'ACOSS et la CADES pour préparer l'avenir et assurer la bonne fin de nos prévisions.

Le deuxième marqueur de la cohérence du PLFSS pour 2020, c'est son ambition pour les publics les plus vulnérables. Nous faisons un effort assumé en faveur de la justice sociale, dans la continuité de la politique de revalorisation exceptionnelle des minima sociaux.

En plus, par exemple, de préserver l'effet incitatif du bonus malus d'assurance chômage en fonction du taux de séparation, le PLFSS prolonge la prime de fin d'année, dite prime Macron, exonérée de cotisations sociales salariales et patronales, de CSG, de CRDS et d'impôt sur le revenu. En cohérence avec la loi PACTE, son exonération est conditionnée à la mise en place d'un accord d'intéressement.

De plus, le PLFSS pour 2020 prévoit l'extension des droits et l'accompagnement des personnes en difficulté, en intégrant les problématiques de son temps, avec la création du service public de versement des pensions alimentaires, l'ouverture du fonds d'indemnisation des victimes des pesticides, le bénéfice des congés de proche aidant ou encore la préparation du versement contemporain des aides en matière de services à la personne.

La cohérence de ce PLFSS est aussi celle de lancer la transformation du système de santé actée par le plan « ma santé 2022 ». Il s'agit de poser les bases d'une médecine accessible à tous, sur tout le territoire, avec une qualité des soins accrue et une meilleure répartition de l'activité médicale, pour une dépense maîtrisée, avec, notamment, le déploiement des hôpitaux de proximité, les crédits au plan d'urgence - 600 millions d'euros en 2020 -, la simplification et la rénovation des incitations à l'installation en zone sous-dense et la mise en place de nouveaux modes de tarification au plus proche de l'activité des établissements ou des caractéristiques des pathologies traitées.

Je souligne l'effort marqué dans le domaine médico-social, effort qui s'élève au total à 500 millions d'euros supplémentaires, portés par le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour préparer la réforme du grand âge.

Plus globalement, l'équilibre s'obtient par des efforts tant sur les recettes que sur les dépenses. Toutes les mesures contenues dans le PLFSS seront mises en application de manière rigoureuse, ce qui permettra de limiter la progression de l'ONDAM à 2,3 %— contre 2,5 % en 2019. Ce chiffre est à mettre en rapport avec une augmentation de la dépense publique à hauteur de 0,7 % : notre pays conserve une préférence marquée pour la couverture des besoins sociaux de la santé et la couverture sociale en général.

Voilà qui fait écho avec ce par quoi nous avons commencé, à savoir la maîtrise des dépenses et l'instauration de garanties pour retrouver l'équilibre des comptes sociaux. Chers collègues, je sais que nous aurons l'occasion de revenir sur des questions importantes, notamment sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, à la faveur de l'examen des amendements.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Le projet de loi de financement pour 2020 est, à mon sens, annonciateur de réformes d'ampleur et porteur de transformations importantes pour notre système de soins et pour notre protection sociale.

Plusieurs éléments démontrent en effet que le texte accompagne la mise en œuvre d'évolutions structurantes. D'une part, le PLFSS pour 2020 s'inscrit dans une perspective suivie et cohérente d'évolutions, qui vont permettre une transformation profonde du système de soins dans les années à venir. Je pense ainsi aux mesures d'aide à l'installation des jeunes médecins dans les zones sous-denses, qui répondent à un besoin fort de nos territoires. D'autre part, il comporte de nombreuses mesures attendues depuis de nombreuses années par nos concitoyens, les acteurs de la santé et de la dépendance et les spécialistes de la protection sociale. Le PLFSS pour 2020 s'inscrit dans une succession de textes, présents et à venir, dont l'objectif est l'évolution en profondeur de notre sécurité sociale et de ses différentes branches.

Le premier pilier de cette transformation qui trouve sa traduction dans le PLFSS est le plan « ma santé 2022 ». À titre d'exemple, je citerai le renforcement des hôpitaux de proximité, soutenu par des mesures visant à réformer leur financement.

En deuxième lieu, le PLFSS pour 2020 est l'une des étapes importantes avant la publication d'un projet de loi ambitieux, annoncé par le Gouvernement et attendu par tous les parlementaires, portant sur le grand âge et l'autonomie. La dépendance, son financement et sa prise en charge ont été l'un des fils rouges des auditions que nous avons menées. Le PLFSS pour 2020 amorce, d'une certaine manière, le texte à venir, sans proposer de solutions de financements pour des mesures dont la pertinence, la cohérence et la complémentarité doivent être discutées.

Pour autant, je souhaite souligner l'avancée fondamentale que représente la création, proposée par le PLFSS pour 2020, d'un congé de proche aidant rémunéré. Je vois dans cette mesure, non pas la réponse à tous les problèmes, mais bien une première étape vers la reconnaissance par la collectivité nationale du rôle essentiel des aidants. Ce congé permet également de répondre partiellement à une aspiration exprimée par la majorité de nos aînés et par leur entourage, à savoir la possibilité de rester chez soi malgré une perte d'autonomie et celle pour leurs proches de prendre soin d'eux dans des moments particuliers.

Le PLFSS fait également écho à la réforme des retraites, annoncée par le Gouvernement et pour laquelle des concertations sont en cours, sans pour autant être le PLFSS de la réforme des retraites, ni même du retour à l'équilibre des comptes de la branche vieillesse, dont je rappelle que nous avons fait un préalable à la future réforme. Je le redis donc : l'équilibre de la branche vieillesse et la solidarité en faveur des retraités les plus

modestes sont deux combats que le Gouvernement et la majorité parlementaire mènent et ils trouvent leur place dans le texte que nous examinons aujourd'hui. En témoigne la mesure de transition vers la retraite sans rupture de droits des allocataires du revenu de solidarité active (RSA) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Je veux évoquer les principaux éléments qui me conduisent à qualifier ce PLFSS de PLFSS de la transformation. Ce texte contient en effet de nombreuses mesures fortes et innovantes, dont nous nous réjouissons, Éric Alauzet et moi-même.

Tout d'abord, je souhaiterais aborder la question du recouvrement des cotisations, l'un des enjeux majeurs du texte. L'éclatement entre les URSSAF et les caisses en charge des régimes particuliers est porteur de lourdeurs administratives, de surcoûts de gestion, d'insécurité et reste peu lisible pour les assurés. Le PLFSS pour 2020 poursuit et acte le rapprochement, initié en 2018, de l'ancien régime social des indépendants (RSI), devenu SSI, et des URSSAF, chantier qui sera définitivement achevé début 2020 et dont je salue le bon déroulement. On peut déjà en mesurer les impacts positifs auprès des chefs d'entreprise dans nos territoires. Il prévoit également d'aller encore plus loin dans cette dynamique de simplification, en allégeant les obligations déclaratives des indépendants et en proposant de fusionner la procédure relative aux cotisations et contributions sociales dues par les indépendants avec celle qui est applicable à leurs impôts. Nous serons donc passés, en moins de trois ans, de trois déclarations à une seule pour ces chefs d'entreprise.

L'autre transformation majeure est celle de l'unification du réseau de recouvrement de la sphère sociale. Concrètement, cela signifie qu'à horizon 2023, pour les salariés du privé affiliés à l'AGIRC-ARRCO – et, dans un calendrier restant à définir, pour les régimes spéciaux et les employeurs publics –, l'URSSAF deviendra le collecteur de la quasi-totalité des cotisations auprès de tous les employeurs. Pour quelqu'un qui a connu, comme moi, la clause de respiration, cela constitue une avancée majeure dans la simplification de la vie administrative des entreprises.

Dans cette optique, le PLFSS pour 2020 s'inscrit pleinement dans la logique que nous défendons depuis le début de notre mandat et qui a présidé à l'élaboration de la loi pour un État au service d'une société de confiance, celle de la simplification des procédures et de l'amélioration du service aux entreprises et aux assurés. À ce titre, les URSSAF offriront des services plus personnalisés aux entreprises et la déclaration sociale nominative permettra, à très court terme, de simplifier les démarches et de sécuriser la situation des salariés.

Concernant le système de santé, notamment le monde hospitalier, la transformation engagée vers un financement plus adapté à ses missions et qui puisse être moteur d'amélioration de la qualité est une autre thématique à laquelle ce PLFSS apporte des réponses. Il propose en effet de s'adapter aux missions des hôpitaux de proximité, qui, comme je l'ai rappelé, sont redéfinies dans le cadre du plan « ma santé 2022 ». Le dispositif proposé à ces hôpitaux repose sur quatre axes principaux, dont une garantie pluriannuelle leur permettant de projeter leur activité sur le temps long, en totale cohérence avec les souhaits exprimés par les professionnels et les experts de la santé dans le cadre des auditions qu'Éric Alauzet et moi-même avons menées.

Pour terminer sur le thème de la santé, je tiens à saluer tout particulièrement l'article 40 du PLFSS, qui propose de créer un parcours global de soins destinés aux patients souffrant des effets secondaires d'un traitement contre le cancer. La création de ce forfait répond aux besoins d'un nombre malheureusement croissant de nos concitoyens, par des modalités budgétaires innovantes.

Je tiens enfin à signaler l'importance donnée par ce PLFSS à la branche famille. Le recouvrement des pensions alimentaires et les difficultés qu'il entraîne sont l'une des préoccupations de nos concitoyens, que le grand débat national a permis de mettre en lumière. Afin d'apporter une réponse concrète et opérationnelle à ce problème, le PLFSS pour 2020 propose la création d'un véritable service public de recouvrement des pensions alimentaires. Chargé de l'intermédiation entre le parent débiteur et le parent créancier, il instaurera un système de compensation permettant non pas de traiter les incidents de paiement *ex post*, mais de les prévenir et de les amortir immédiatement. La montée en charge de ce service se fera progressivement, jusqu'à couvrir, en 2021, tous les parents qui en feront la demande. Cette mesure est, à mes yeux, l'une des plus emblématiques du PLFSS pour 2020.

Bien sûr, je n'ai pas épuisé tous les sujets de ce texte, fort riche. Comme vous l'aurez compris, il s'inscrit pleinement dans la dynamique de transformation, à la fois, de notre système de santé et de la relation entre l'administration et ses usagers. Il amorce enfin, sans les dévoyer, les deux prochains textes majeurs que seront la réforme pour un système universel de retraite et celui sur l'autonomie et le grand âge.

M. le président Éric Woerth. La principale question est celle des relations entre l'État et la sécurité sociale. Sur ce point, nous assistons à une sorte de volte-face. L'année dernière, en effet, pensant que la sécurité sociale reviendrait à l'équilibre, vous aviez considéré qu'il ne fallait plus compenser. Mais tel n'est pas le cas. Se pose ainsi de nouveau, et plus crûment, le problème de ces relations. Jusqu'à présent, il était tout de même assez clair que, lorsque l'État prend des mesures d'exonération d'un certain nombre de cotisations sociales ou des décisions qui pèsent sur les comptes de la sécurité sociale, il doit les compenser.

La sécurité sociale n'a à prendre en charge que les mesures de gestion qui relèvent d'elle-même. Pour faire toute la clarté sur les responsabilités, il faut absolument rétablir la compensation des mesures de l'État qui pèsent, comme c'est le cas aujourd'hui, sur les comptes de la sécurité sociale.

Mme Marie-Christine Verdier-Jouclas. Je commencerai par saluer le travail de nos deux rapporteurs pour avis sur ce PLFSS 2020, comme je saluerai l'engagement qui est pris d'un retour à l'équilibre pour 2023 et la transparence de l'énoncé : oui, cette année, nous allons encore être en déficit.

Je veux à mon tour me réjouir de toutes les mesures importantes que vous avez citées : le congé de proche aidant ; pour les indépendants et les agriculteurs, les droits renforcés pour les pensions d'invalidité ; pour la famille, la possibilité de pouvoir prélever la pension alimentaire pour les mauvais payeurs ; l'augmentation des minimums sociaux, de l'AAH et du minimum vieillesse... Sans attendre la réforme du grand âge et la réforme des EHPAD, un chèque de 500 millions d'euros doit permettre de faire face tout de suite aux difficultés que connaissent ces établissements. L'ONDAM est augmenté. Ainsi, depuis le début de notre mandat, 5 milliards d'euros supplémentaires sont injectés chaque année pour la santé des Françaises et des Français. Citons aussi la suppression des charges, pendant deux ans, pour les jeunes médecins, afin de les encourager à s'installer dans les zones tendues : c'est une réelle incitation pour lutter contre les déserts médicaux. Rappelons encore la prise en charge des frais d'hébergement et de transport pour les femmes enceintes qui sont loin de la maternité. Et cette liste est loin d'être exhaustive ! Autant de mesures de ce PLFSS que nous devons saluer.

Pour autant, j'ai une inquiétude et une interrogation.

Mon inquiétude porte sur le renouvellement de la prime exceptionnelle, dite prime Macron. Même si les entreprises disposeront cette fois d'un délai de six mois, contre trois mois l'année dernière, pour se saisir de ce dispositif et donner la prime, sa corrélation avec la conclusion d'un accord d'intéressement et de participation me fait craindre que les délais de signature ne permettent pas aux entreprises d'être aussi libres dans le versement de cette prime.

Mon interrogation est celle que je formule en tant que rapporteure spéciale de la mission *Travail et emploi*. L'exonération des cotisations sociales pour les aides à domicile est en effet compensée sur ce budget, tout comme celle des charges pour les auto-entrepreneurs de l'aide à la création ou à la reprise d'une entreprise (ACRE). Est-il cohérent que, s'agissant de deux mesures sur lesquelles la ministre du travail ne peut pas forcément peser, la compensation financière soit néanmoins imputée sur son budget ?

Mme Véronique Louwagie. La non-compensation des mesures d'urgence économiques et sociales et la question du transfert entre les branches de la sécurité sociale constituent le point crucial de ce PLFSS. Le lourd déficit du budget de la sécurité sociale cette année en est une conséquence directe. Il est important de souligner que ce déficit est dû, non pas à un échec de l'organisation des partenaires sociaux par branche, mais à une décision extérieure à eux, qui vient interférer sur les équilibres et qui remet en cause le principe de compensation qui existait depuis 1994. Cela vaut tant pour l'article 3 que pour l'article 17 du texte, par lequel l'État décide de réduire forfaitairement sa compensation au titre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes.

J'en viens à mon deuxième point. Dans le cadre de la prévision des recettes et des tableaux d'équilibre des branches, nous constatons que la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est en excédent de 1,4 milliard d'euros, ce qui n'est pas rien au regard du déficit. Cela montre que ce sont finalement les entreprises qui contribuent largement au financement, au titre de la compensation avec les autres branches.

Troisièmement, on note une modification importante de l'évolution du mode de financement des hôpitaux de proximité. Avez-vous des simulations ? Il importe de connaître les impacts de ces décisions.

Quatrièmement, vous avez parlé, madame Motin, de mesures ambitieuses s'agissant de l'installation des jeunes médecins. À la lecture de l'article 36, je suis quant à moi très déçue. Certes, il y a des annonces, mais quel impact auront-elles ?

Cinquièmement, sur la reconduction de la prime Macron, il me semble nécessaire de mettre en place une simplification de la procédure du contrat d'intéressement, notamment pour les petites entreprises.

Enfin, l'article 36 prévoit la création d'un fonds d'indemnisation des victimes des pesticides. C'est l'État qui crée ce fonds, mais il ne fait pas partie des contributeurs. Il n'y contribue pas du tout ! Il y a pourtant là une vraie responsabilité des pouvoirs publics... Je m'interroge donc sur la mise en œuvre concrète de ce fonds. Pour avoir été confrontée à des difficultés s'agissant du fonds d'indemnisation des victimes de la Dépakine, je me demande si nous n'allons pas retrouver le même problème.

Mme Sarah El Haïry. Nous saluons évidemment l'équilibre de ce PLFSS, et nous souhaitons également l'améliorer. Nous proposerons ainsi l'élargissement de la prime Macron aux associations. Vous nous retrouverez aussi dans le combat pour la famille, notamment dans le débat autour du quotient familial. Enfin, nous pensons que l'équilibre

peut aussi être atteint en envoyant des signaux, par exemple en taxant plus lourdement ce qui est mauvais pour la santé. Nous avons donc déposé un certain nombre d'amendements sur le sucre et sur le sel, qui visent à mieux accompagner l'évolution de notre société.

M. Jean-Louis Bricout. Pour nous, comme pour vous, il y a des moments où nous avons l'occasion de souhaiter une bonne santé à nos concitoyens et au personnel du secteur médical. Et puis il y a les moments budgétaires, tel l'examen du PLFSS, qui sont des moments de vérité sur les moyens mobilisés pour faire coller les paroles aux actes... Or force est de constater qu'avec un ONDAM à 2,3 %, et même à 2,1 % pour le secteur hospitalier, les moyens ne sont pas en adéquation avec les besoins.

Il faut certes se féliciter de mesures que nous n'avons eu de cesse de vous souffler à l'oreille, comme la création d'une agence de recouvrement des pensions alimentaires, le début du financement du congé de proche aidant ou encore l'instauration d'un fonds de financement des victimes des produits phytosanitaires.

Mais vos prévisions de dépenses semblent ignorer l'environnement économique. Fixer un ONDAM à 2,3 %, et même à 2,1 % pour le secteur hospitalier, alors que la croissance s'établit à 1,3 % et l'inflation à 1 %, revient ni plus ni moins à une baisse de la part des dépenses de santé dans le PIB...

Ce budget semble ne rien savoir du sentiment qu'éprouvent nos concitoyens sur leur prise en charge, quand la santé vient à leur manquer. Ils ont alors le sentiment de se trouver plutôt en face d'un parcours du combattant que d'un parcours de soins. Ce budget semble ignorer la souffrance des personnels. Le personnel médical est à bout, fuit quelquefois l'hôpital, passe parfois du statut de soignant à celui de patient. Vous n'entendez pas ses revendications, ses demandes de renforts humains et son besoin de reconnaissance. Ce budget et ses prévisions de dépenses n'ont que faire non plus du vieillissement constaté de la population, de son augmentation, ni même des progrès technologiques, scientifiques, techniques, médicaux, qui ouvrent d'autres perspectives de soins, certes souvent plus coûteuses... Vous semblez aussi indifférents aux enjeux de démographie médicale sur nos territoires. Vos politiques poussent souvent à une concurrence malsaine entre les territoires et à des comportements de négociation de salaire qui frisent quelquefois l'indécence. Les zones de carence médicale présentent également beaucoup d'incohérences...

Après dix-huit ans de déficit, alors que l'on s'acheminait enfin vers un équilibre, vous avez pris la fâcheuse initiative de ne pas compenser par le budget de l'État les mesures « gilets jaunes ». La sécurité sociale est ainsi de nouveau plongée dans les déficits... Une petite éclaircie seulement : hier, en commission des affaires sociales, on y a rejeté cette très mauvaise idée. Pourvu que le vote soit confirmé en séance publique !

Nous prendrons toute notre part dans l'amélioration de ce budget. Mais il vous faudra beaucoup de courage pour terminer vos cérémonies de vœux par la formule consacrée : « bonne année et bonne santé ! »

Mme Lise Magnier. L'examen du budget de la sécurité sociale est toujours un moment fort du calendrier parlementaire. Il traduit les efforts particuliers consentis par la nation pour protéger nos concitoyens face aux aléas de la vie. Le PLFSS que nous examinons cette année présente des comptes dégradés à hauteur de 5,4 milliards d'euros pour cette année et 5,1 milliards d'euros pour l'année prochaine, alors que nous avons salué l'an dernier le retour à l'équilibre des comptes, après dix-huit ans de déficit.

Ce déficit tient à une conjoncture moins favorable qu'anticipé, mais surtout à la non-compensation des mesures adoptées en fin d'année dernière. Faisant preuve d'esprit de responsabilité, nous avons soutenu ces mesures d'urgence. Elles concrétisaient des choix forts opérés en réponse au sentiment d'injustice qui traversait alors notre pays.

La commission des affaires sociales a choisi symboliquement, hier, de rejeter le principe de non-compensation de ces mesures, en vue de susciter un débat sur ce sujet en séance publique. Je suis personnellement convaincue qu'il faut s'intéresser globalement au déficit des comptes publics, mais je comprends que cela fasse l'objet d'un débat et, surtout, je crois que cela pose la question de nos capacités futures à financer un cinquième risque, celui de la dépendance.

Sur ce PLFSS, je souhaite saluer différentes mesures et, d'abord, la naissance d'une obligation de constituer des stocks pour faire face à la pénurie de médicaments. Dans le contexte actuel, c'est plus que nécessaire. Je me réjouis également de la création du contrat de début d'exercice ouvert à l'ensemble des médecins s'installant dans une zone sous-dense et regroupant quatre dispositifs, ou encore de l'enveloppe de 50 millions d'euros supplémentaires en faveur des services d'aide à domicile.

D'autres mesures posent question, notamment les économies dans le secteur du médicament, mais aussi du dispositif médical. Et je m'interroge, comme madame Louwagie sur la création du fonds d'indemnisation pour les victimes professionnelles des produits phytosanitaires, dans lequel l'État ne prend pas sa part...

Je veux surtout saluer deux mesures particulières, à commencer par la pérennisation de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat conditionnée à un accord d'intéressement, ce qui va dans le bon sens. Nous appelons cependant votre attention sur le fait qu'en l'état, cette disposition écarte les entreprises de moins de onze salariés dans lesquelles la mise en place d'un tel accord se heurte à de nombreux obstacles d'ordre technique et financier. Je me réjouis, à cet égard, de l'adoption, hier soir, d'un amendement de mon collègue Paul Christophe qui permettra précisément aux entreprises de moins de onze salariés de s'inscrire dans ce dispositif.

Par ailleurs, nous nous réjouissons de la création d'une indemnisation du congé de proche aidant, mesure à laquelle notre groupe est très attaché. Certes, nous comprenons bien qu'il s'agit d'une première brique, mais nous restons convaincus qu'il faudra aller bien au delà de la durée de trois mois pour couvrir l'ensemble des situations.

M. Charles de Courson. Le tableau relatif à l'ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse fait apparaître qu'on ne parvient pas à redresser les comptes sociaux : - 1,4 milliard d'euros en 2018, - 5,5 milliards d'euros en 2019, - 5,6 milliards d'euros en prévision 2020 et - 4,6 milliards d'euros pour 2021.

Ma première question porte sur la dégradation continue – et rapide – de la branche vieillesse. Or, les réformes envisagées ne s'appliqueraient qu'à partir de 2025. Quelle est votre analyse ?

Deuxièmement, les pensions seront revalorisées de 0,3 %, ou de 1,3 % si elles sont inférieures à 2 000 euros. Les Français ayant en moyenne trois retraites, comment allez-vous procéder ? Les retraites complémentaires sont-elles comprises dans ces 2 000 euros ?

Troisièmement, savez-vous combien représentent au total les mesures de non-compensation, décision qui rompt avec une règle respectée, gouvernement après

gouvernement, depuis une quinzaine d'années ? Pour les heures supplémentaires, c'est, je crois, de l'ordre de deux milliards d'euros, et pour la baisse de la CSG, c'est environ un milliard et demi d'euros. Pourriez-vous nous donner des chiffres précis ?

Enfin, s'agissant de la branche maladie, pourriez-vous nous donner votre appréciation sur la capacité de ramener une augmentation tendancielle de 4,4 % à 2,3 %, puisque tel est le niveau de l'ONDAM ? Cela représente en effet quelques milliards d'euros d'économie... Cela vous semble-t-il réaliste ? Je pense notamment à la restructuration de l'offre de soins.

Mme Sabine Rubin. Je voudrais rappeler la philosophie de La France insoumise : nous ne sommes pas favorables à la logique de compensation, par l'État, des pertes de recettes de la sécurité sociale. La sécurité sociale existe en soi, avec ses propres recettes et sa propre logique de solidarité. Quand on affaiblit la sécurité sociale à coups de désocialisation et de révision des taux, on affaiblit ce qui fait précisément l'originalité du dispositif français. Cela étant, puisque le mécanisme de compensation existe depuis un certain temps, le supprimer complètement revient à détruire complètement le dispositif.

M. Fabrice Brun. Je poserai deux questions à nos rapporteurs.

La première portera sur l'évaluation de la loi Touraine de 2016. Quel est le dispositif prévu dans ce PLFSS pour l'évaluation des périmètres des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ? Certains fonctionnent, d'autres pas. Par ailleurs, des départements entiers, dont l'Ardèche – 330 000 habitants –, sont dépourvus d'hôpitaux supports.

Ma deuxième question est relative à la désertification médicale. Dans le contexte de démographie médicale nationale tendue que nous connaissons, des territoires et des vallées entières sont sans médecin. Cela concerne des zones rurales, des zones périphériques, mais aussi certains quartiers. Combien de temps notre système de santé pourra-t-il tenir sans réguler l'installation de médecins ? En quoi le PLFSS répond-il à cette préoccupation majeure de nos concitoyens ?

Mme Christine Pires Beaune. Avez-vous des informations sur le coût de l'intérim des professions médicales, notamment pour ce qui concerne les médecins et les spécialistes ? Par ailleurs, avez-vous mesuré l'effet d'éviction vers le revenu de solidarité active (RSA) qu'aura indéniablement la réforme de l'assurance chômage ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Commençons par la question de la non-compensation par l'État de certaines dépenses sociales décidées dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales en fin d'année dernière, qui anime beaucoup nos débats et ceux de la commission des affaires sociales. Nous avons tous vécu la fin de l'année 2018 comme un moment important d'écoute de nos concitoyens. Nous avons tous entendu les demandes prégnantes qui étaient formulées. Le Gouvernement et la majorité ont souhaité y répondre par des mesures qui nous étaient d'ailleurs proposées depuis quelque temps par nos collègues Les Républicains. Je pense notamment à celles relatives aux heures supplémentaires. Ces mesures ont été conçues, dès l'origine, pour être portées par la sécurité sociale sans compensation de l'État. Certes, elles ne devaient s'appliquer qu'à partir du mois de septembre 2019, et non du mois de janvier 2019, mais vous conviendrez avec moi que les événements exceptionnels que nous avons vécus en fin d'année nécessitaient une réponse immédiate. Nous avons donc décidé ensemble – puisque nombreux sont ici ceux qui ont voté ces mesures – de faire mieux et de prévoir la mise en place, dès janvier 2019, du dispositif relatif aux heures supplémentaires, celles-ci, étant, je le rappelle, non seulement désocialisées, mais également défiscalisées – ce dernier aspect étant par définition totalement supporté par l'État.

Cette mise en œuvre anticipée constitue effectivement un surcoût qui n'est pas compensé, car, encore une fois, la mesure n'était pas initialement prévue pour être compensée en 2019. En outre, le programme de stabilité que nous avons adopté et présenté à nos amis européens intégrait complètement la non-compensation de cette charge.

Par ailleurs, nous avons dû faire face au problème de l'augmentation de la CSG. Vous nous aviez alertés sur tous les bancs et nous étions tous d'accord pour revoir la copie, mais cela a effectivement un coût : 1,2 milliard d'euros.

Il reste que l'essentiel des 5,4 milliards d'euros de déficit n'est pas uniquement lié à ces mesures. Il s'explique aussi par la moindre dynamique de la masse salariale en France : nous avons créé des emplois, mais la masse salariale n'a pas connu la dynamique que nous espérons. Nous n'avons pas non plus atteint totalement l'objectif des prévisions macro-économiques de croissance, même si les décisions que nous avons prises en loi de finances l'année dernière ont permis à la France de maintenir un taux de croissance bien meilleur que celui des autres pays de la zone euro. C'est la politique que nous menons en faveur de nos entreprises et de l'emploi qui nous permet d'atteindre ce niveau. Le déficit que nous constatons ne nous réjouit évidemment pas plus que vous, mais nous avons décidé de l'assumer.

La loi Veil de 1994 a posé le principe, au moment de la création des allègements généraux de charges, de la compensation par l'État à la sécurité sociale des allègements en question. Mais dès 2005, la LOLFSS a prévu une exception qui a été maintes fois invoquée par la suite. Ainsi, je tiens à votre disposition une note qui montre qu'à peu près tous les ans, depuis le départ, il y a eu des exceptions à la compensation directe – parfois à la marge.

Le rapport Charpy-Dubertret refait précisément l'historique de cette loi et de ses effets. Il en tire des conclusions qui sont pour moi tout aussi valables dans le contexte de prévision d'excédents que nous connaissions l'année dernière que dans celui-ci. Certes, nous repoussons un peu l'objectif de retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, mais nous ne l'abandonnons absolument pas. Je vous propose, comme l'a fait le ministre Gérald Darmanin la semaine dernière devant la commission des affaires sociales, de recevoir les auteurs de ce rapport afin d'échanger avec eux. Et nous aurons de toute façon le débat dans l'hémicycle.

J'en viens aux autres points qui ont été abordés.

S'agissant de l'intéressement, je commencerai par rappeler que, grâce à la loi PACTE, des modèles d'accord d'intéressement sont aujourd'hui disponibles sur internet. Le ministère du travail les a validés et mis à disposition des entreprises, notamment des TPE. Par ailleurs, nous avons adopté l'année dernière l'exonération de forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés. En outre, la prime exceptionnelle sera conditionnée uniquement à l'intéressement, et non à la participation. Enfin, la possibilité de créer un accord pour une durée inférieure à trois ans répond à une vraie demande des TPE-PME. Elles vont disposer d'un outil qui leur permettra de le faire : un engagement pourra donc être pris sur une période adaptée aux TPE.

Nous avons fait en sorte que les entreprises puissent signer très rapidement des accords et les faire enregistrer puisque nous avons allégé les obligations d'enregistrement auprès des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

S'agissant de la prise en charge des mesures ciblées par les ministères, une règle de responsabilisation prévaut depuis plusieurs années. Elle est réaffirmée en quelque sorte au travers du rapport Charpy-Dubertret. Il est en effet important que chaque ministère soutienne, dans son budget, la politique publique qu'il a décidé de mettre en œuvre. Ainsi, l'année dernière, nous nous étions collectivement battus en faveur d'un allègement de charges pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE). C'est précisément le ministère de l'agriculture et de l'alimentation qui portait cette mesure dans son budget. De même, il est logique que le ministère du travail porte ses objectifs et ses choix de politique publique dans son propre budget.

Madame Louwagie, en ce qui concerne le financement des hôpitaux de proximité, la garantie pluriannuelle est extrêmement importante. Tous les acteurs de l'hôpital nous ont demandé cette visibilité pluriannuelle sur leur budget. Ce que nous mettons en place pour les hôpitaux de proximité constitue une véritable avancée, qui répond à leurs besoins et à leurs demandes. Nous mènerons, bien sûr, une évaluation de ce dispositif assez innovant dans le secteur de l'hôpital. De toute façon, nous sommes en train de changer un certain nombre de modes de financement : il faudra donc évaluer aussi le nouveau mode de financement de la psychiatrie, qui permettra en outre d'assurer une complémentarité des offres dans les territoires. L'idée est de prendre vraiment en compte les besoins des territoires au travers de ces hôpitaux et de ces financements, mais aussi d'avoir une meilleure articulation avec la médecine de ville. C'est pour cela que nous avons besoin de revoir en profondeur la façon dont les hôpitaux fonctionnent et sont financés. Ils pourront ainsi travailler avec des professionnels exerçant en libéral, qui n'ont pas le même type de rémunération. Tout cela est en lien avec le plan « ma santé 2022 ». Le dispositif sera bien évidemment évalué de manière très fine : quand on modifie aussi profondément un système de financement, on ne peut pas s'arrêter là.

Le fonds d'indemnisation des victimes des pesticides fonctionne selon une logique de pollueur-payeur : ce sont les recettes fiscales liées aux produits phytosanitaires qui vont le financer. Comme cela a été dit, la branche AT-MP est actuellement excédentaire. Or, l'exposition aux produits phytosanitaires est souvent liée à l'activité professionnelle – c'est le cas des agriculteurs, mais ils ne sont pas les seuls. L'idée est donc de financer le fonds à la fois par les recettes fiscales des produits phytosanitaires et par la branche AT-MP.

En ce qui concerne les jeunes médecins et leur installation, je suis un peu déçue que vous pensiez que le dispositif n'est pas assez ambitieux. Nous avons actuellement un véritable problème, lié au *numerus clausus*. Mais, comme madame la ministre des solidarités et de la santé l'a rappelé, ce n'est pas parce qu'on fait sauter aujourd'hui le *numerus clausus* qu'il va y avoir demain un afflux de médecins dans nos territoires. Il faudra un peu de temps pour les former. En attendant, nous essayons, à travers les mesures en question, de rendre un peu plus attractifs les territoires sous-denses, ceux où l'on manque cruellement de généralistes et de spécialistes. L'objectif est aussi de répondre à ce qui constitue un changement sociétal : les jeunes médecins ne veulent plus nécessairement exercer et être rémunérés comme leurs aînés. On s'oriente donc vers une sorte de salariat, avec des contrats assez structurants pour l'activité et la rémunération des jeunes médecins. Nous considérons que cela correspond à leurs demandes, notamment parce que le dispositif a été construit avec eux. À nous de faire en sorte qu'il soit efficace et attractif.

Cela me permet de répondre en même temps à la question de monsieur Brun : il est vrai que la ministre a fait très clairement le choix de ne pas contraindre l'installation des médecins. La médecine de ville se veut une médecine libérale, garantissant la liberté d'installation ; à nous de rendre attractifs les territoires sous-denses. C'est l'objectif des

mesures s'adressant aux jeunes médecins. Je sais que les collectivités territoriales font énormément, elles aussi, pour les accueillir : au delà de la mise à disposition de locaux, elles mettent tout en œuvre pour favoriser leur vie de famille. Je pense – c'est en tout cas ce que nous souhaitons – que les efforts conjoints des collectivités territoriales et de l'État pour offrir également des garanties de rémunération aux jeunes médecins seront de nature à encourager la réinstallation de praticiens dans les zones sous-denses.

Madame El Haïry, nous étudierons les propositions du MoDem avec exigence et bienveillance.

Monsieur Bricout, la progression de l'ONDAM hospitalier est effectivement un peu moins importante cette année, mais je ne voudrais surtout pas que l'on oublie, d'une part, qu'un ONDAM en progression de 2,1 %, cela représente quand même de l'argent en plus pour la santé et pour l'hôpital, et que, d'autre part – et même surtout –, des efforts très importants avaient été consentis en 2018 et en 2019. Il s'agissait, notamment, d'opérer un rattrapage : l'ONDAM avait progressé très faiblement les années précédentes pour ce qui est de l'hôpital. Il n'est donc pas vrai de dire que nous oublions l'hôpital : nous continuons à faire progresser les dotations, mais la hausse retenue s'appuie sur l'analyse du tendancier, lequel fait apparaître clairement une diminution de l'activité dans les hôpitaux, aussi étonnant que cela puisse paraître. On observe en effet une baisse de la fréquentation des hôpitaux, alors même qu'il y a une hausse de la demande et de l'activation de l'ONDAM de ville. De fait, celui-ci ne concerne pas seulement les médecins, mais inclut aussi les suites d'hospitalisation. Ainsi, quand un traitement médical est prescrit à l'hôpital, une fois que vous êtes rentré chez vous, c'est l'ONDAM de ville qui en supporte le coût. Il ne faut donc pas se focaliser uniquement sur des montants ou sur des écarts. Très clairement, le secteur hospitalier n'est pas oublié.

De la même façon, le vieillissement de la population est pris en compte, à hauteur de 500 millions d'euros. Nous avons discuté avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des efforts de l'État et de son financement propre.

S'agissant des médicaments innovants, je voudrais saluer deux articles du texte qui me semblent importants : ils concernent les clauses de sauvegarde sur le prix des médicaments. Il s'agit de continuer à financer l'innovation avec les laboratoires, mais aussi de réguler les prix, car l'innovation, dans le domaine de la santé, peut coûter très cher. Il importe donc d'y prendre garde.

Monsieur de Courson nous a interrogés sur la branche vieillesse et le problème que constitue son déficit. Il est vrai que, cette année, on observe un accroissement lié à une liquidation des retraites plus importante que ce qui était prévu. Cela s'explique en partie par un phénomène démographique. Quoi qu'il en soit, les prévisions étaient trop basses par rapport à l'exécution réelle. Pour les pensions de retraite inférieures à 2 000 euros mensuels, cette année, la revalorisation tiendra compte en effet de l'inflation. Pour apprécier ce montant, sont considérées les pensions de retraite du régime général et du régime complémentaire – vous faites bien de le noter. Comment connaît-on les montants des pensions perçues par les retraités ? Grâce à la déclaration sociale nominative (DSN). Je tiens à préciser que la revalorisation porte uniquement sur la retraite de base. Les complémentaires ont cependant annoncé une revalorisation au niveau de l'inflation à partir du 1^{er} novembre 2019.

Madame Pires Beaune, je ne suis pas en mesure de vous répondre sur l'intérêt des médecins. C'est en effet un sujet important, auquel la ministre s'attaque, même si je n'ai pas vu dans ce PLFSS des dispositions permettant de remédier spécifiquement au problème. Enfin, je ne vois pas de lien entre l'éviction du RSA et la réforme du chômage. Les deux sujets me semblent assez éloignés.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Cendra Motin a été très complète et a parfaitement répondu aux différentes interrogations. Je me contenterai donc d'une remarque.

En effet, on s'étonne des déficits, mais ils étaient attendus du fait de l'épuisement des mesures d'âge et de la situation économique. On a frôlé l'équilibre en 2019, puis le déficit est reparti à la hausse : d'où les débats actuels et la préparation de la réforme à venir, qui va au delà de ce que le candidat Macron avait annoncé dans sa campagne, à savoir l'introduction d'un système par points. Nous devons en effet nous saisir de la question de l'équilibre des régimes de retraite. Les choses sont plutôt simples à comprendre : le déséquilibre s'explique par le vieillissement de la population – qui est une bonne chose en soi –, le nombre croissant d'allocataires, la crise économique, ou encore le nombre d'années de cotisation. Sur ce point précis, l'évolution n'est pas liée à un problème de compensation accordée par l'État aux régimes de retraite.

M. le président Éric Woerth. Ce que vous dites à propos des régimes de retraite est exact, monsieur le rapporteur pour avis ; le problème est que la non-compensation des décisions liées à la crise sociale obscurcit quelque peu la vision du déficit de la sécurité sociale, mais aussi les mesures de régulation qui doivent être prises. En effet, la régulation devrait intervenir ailleurs, car c'est l'État qui décide de jouer sur les charges sociales ou sur la fiscalité. Pour la clarté des choses, il faut que les déficits apparaissent chez ceux qui les ont créés.

Madame Motin, vous avez évoqué la dynamique de la masse salariale. Il en a toujours été ainsi : quand la masse salariale est dynamique, cela va très bien pour la sécurité sociale, car les recettes progressent très vite et un certain nombre de dépenses n'interviennent pas. Depuis plusieurs années, du fait de la croissance, la masse salariale est dynamique : cela aurait dû amener à essayer de réguler le déficit de la sécurité sociale sur le plan structurel, et non conjoncturel. Or il n'y a pas eu grand-chose de fait à cet égard. On peut le regretter car, dans ce schéma, dès que la dynamique ralentit, le déficit augmente très vite.

La commission aborde l'examen des articles du projet de loi, sur lesquels elle est saisie pour avis.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} sans modification.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3 : *Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours*

La commission examine l'amendement CF13 de M. Éric Coquerel.

Mme Sabine Rubin. Cet amendement vise à supprimer l'article 3 en raison des non-compensations. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus précisément avec les amendements suivants.

M. Charles de Courson. Quel est le montant des exonérations et décisions non compensées ? Si j'ai bien compris, il y a donc 2 milliards pour les heures supplémentaires et 1,2 milliard ou 1,5 milliard pour la CSG, soit 3,2 milliards ou 3,5 milliards. Est-ce bien cela ?

Mme Valérie Rabault. C'est 3,5 milliards, en effet !

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Concrètement, le fait d'avoir avancé au 1^{er} janvier 2019 les exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires représente un surcoût de 1,2 milliard. La réduction du taux de CSG pour les retraités coûte quant à elle 1,5 milliard d'euros. Le surcoût est donc très précisément de 2,7 milliards d'euros.

M. Charles de Courson. Mais l'anticipation n'est qu'un élément. Le reste avait-il été compensé ? Non. Dans le rapport figurant à l'annexe B, le Gouvernement évoque 2 milliards à propos de la non-compensation de l'exonération des cotisations sur les heures supplémentaires. À cela s'ajouterait donc 1,7 milliard. Cela fait-il donc 3,7 milliards, madame la rapporteure pour avis ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. La non-compensation initialement prévue concernant les heures supplémentaires représentait 0,6 milliard. Si on ajoute cette somme, on est donc à 3,3 milliards.

Mme Valérie Rabault. J'ai moi aussi fait le décompte. Je suis d'accord avec vous : la mesure concernant la CSG et celle qui est relative aux heures supplémentaires représentent 2,7 milliards. Mais il faut y ajouter les 800 millions non compensés du forfait social, ce qui donne un total de 3,5 milliards.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Cette mesure-là avait déjà été votée. Le principe en avait même été accepté lors de la discussion de la loi pour la croissance et la transformation des entreprises (PACTE). Elle est très clairement décorrélée des mesures d'urgence économiques et sociales.

Mme Valérie Rabault. J'aime bien les additions complètes et il faut que les choses soient claires pour tout le monde. Selon ce qui est envisagé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, l'ensemble des mesures non compensées à la sécurité sociale représentent un total de 3,5 milliards : 2,7 milliards pour la CSG et les heures supplémentaires, plus les 800 millions du forfait social. Il manque donc 3,5 milliards dans les caisses de la sécurité sociale du fait de décisions prises par le Gouvernement et qui ne sont pas compensées.

M. Charles de Courson. La CSG représente 1,5 milliard. Qu'en est-il pour les exonérations de cotisations sociales sur les heures supplémentaires, si l'on tient compte aussi bien de la mesure initiale que de la mesure complémentaire ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Pour 2020, donc en année pleine, cela fait 1,2 milliard.

M. Charles de Courson. Madame Motin distingue la première et la seconde mesure, qui n'ont été compensées ni l'une ni l'autre. Or, en faisant la somme des deux, on arrive bel et bien à 2 milliards – cela figure dans le rapport annexé –, auxquels il faut ajouter le forfait social.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. En 2019, sur l'année pleine, on a 0,6 milliard plus 1,2 milliard, soit 1,8 milliard pour les heures supplémentaires ; en 2020, on aura 1,2 milliard.

Mme Valérie Rabault. Comment expliquez-vous cette évolution ?

M. le président Éric Woerth. On prévoit moins d'heures supplémentaires ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. En effet. La prévision repose sur l'évolution tendancielle des masses salariales.

Je vous entends dire, madame Rabault, qu'on retire de l'argent à la sécurité sociale, que l'État ne prend pas sa part... Rappelons cependant que la défiscalisation des heures supplémentaires, le fait d'avoir renoncé à la trajectoire de la taxe carbone – ce qui était aussi une forte demande des « gilets jaunes », et même, en réalité, de tous les Français ayant une voiture –, et un certain nombre d'autres mesures qui avaient été prises l'année dernière dans le PLF, pèsent environ pour 14 milliards d'euros. Ce n'est pas une broutille pour le budget de l'État. Nous pourrions poursuivre encore longtemps cette discussion autour de la compensation et de la non-compensation. Ce qui est important, c'est de regarder la dette globale de la France : c'est cela qui intéresse nos compatriotes. Or, eux ne font pas la

distinction entre la dette de la sécurité sociale et celle de l'État : ils voient que, globalement, la dette est élevée, et cela les inquiète.

M. Gilles Carrez. J'ai toujours trouvé que la loi de 1994 était trop systématique. Elle a entraîné des comportements...

Mme Marie-Christine Dalloz. Irresponsables !

M. Gilles Carrez. ... pas toujours très responsable. Que de fois n'ai-je entendu des collègues de la commission des affaires sociales dire : « il n'y a pas de problème, de toute façon le budget de l'État paiera ! » Il faut bien se rendre compte que, si on n'a pas la même pression, en matière de prélèvements obligatoires, sur les impôts et sur les cotisations sociales, on n'aura pas non plus la même pression sur les économies à trouver du côté des dépenses sociales et du côté du budget de l'État ; c'est évident. Or, une règle trop systématique conduit à avoir une double approche en matière de recherche d'économies.

M. le président Éric Woerth. Certes, mais il y a un modèle de financement de la sécurité sociale. Dès lors qu'il se trouve amoindri, il faut compenser, sinon on ne comprend plus rien.

M. Gilles Carrez. Sans pression sur les recettes, il n'y a aucun espoir de faire pression sur les dépenses.

M. le président Éric Woerth. Mais on peut se tromper de cible si on a une vision erronée des recettes.

Mme Valérie Rabault. Madame Motin, il est quand même curieux que celui qui prend les décisions les fasse payer à d'autres. L'État doit compenser à la sécurité sociale les mesures d'exonération qu'il prend car elles reviennent à diminuer ses rentrées. Je rappelle que, pendant le précédent quinquennat et celui d'avant encore, le Gouvernement compensait à la sécurité sociale les exonérations de cotisations. Il est incroyable de tenir un autre raisonnement que celui-là !

Par ailleurs, vous dites que tout est consolidé à la fin, quand on transmet nos chiffres à la Commission européenne. Tel est bien le cas, en effet. Alors, *a fortiori*, l'État n'a qu'à payer ce qu'il doit à la sécurité sociale. Il y a un tuyau entre la sécurité sociale et l'État, mais vous avez décidé d'arrêter le transfert. Le Gouvernement prend des décisions ayant un impact sur la sécurité sociale et ne les compense pas *via* le budget de l'État : je ne suis pas d'accord avec cette façon de procéder.

M. Julien Aubert. Je ne suis pas du tout d'accord avec l'argumentaire de madame Motin. Que l'on procède à une consolidation pour l'Union européenne, c'est normal, mais on ne fait pas un budget uniquement pour l'Union européenne : on le fait pour savoir où on impute les dépenses, combien on impute et comment on rend des comptes. C'est une affaire de sincérité des comptes. D'un côté, le ministre du budget annonce un certain niveau de déficit de l'État et met en avant des économies, et, de l'autre, on s'aperçoit que plusieurs milliards d'euros ne sont pas compensés. À cet égard, excusez-moi de le dire, je n'ai rien compris à vos additions, que vous avez dû reprendre trois fois. Il y a une différence de 800 millions d'euros ! C'est à peu près le budget de la rénovation de Notre-Dame de Paris. Autrement dit, à plus ou moins 800 millions d'euros, on sait exactement ce qui a été compensé ou pas. À quoi sert d'avoir une commission des finances et une commission des affaires sociales, si nous ne sommes pas en mesure d'avoir une vision plus claire de la situation !

En plus, il découle de ce cas d'espèce une déresponsabilisation des partenaires sociaux. Il ne sert à rien, en effet, de dire que la sécurité sociale doit être gérée par les acteurs si, dans les faits, on les prive – comme on le fait, par ailleurs, pour les collectivités territoriales – de la possibilité d'équilibrer les comptes. En outre, du point de vue de la cohérence du système, les Français n'y comprennent plus rien : d'un côté, ils paient des impôts, de l'autre, ils cotisent, mais on a totalement décorrélé les prestations et les cotisations. Enfin, là encore s'agissant de la cohérence du système, on traite dans des commissions différentes de deux parties qui sont de plus en plus imbriquées. Charles de Courson l'a montré : 50 % du budget de la sécurité sociale vient de l'impôt. Il va falloir clarifier les relations entre les deux parties. Pour inciter précisément à cette clarification, je vais voter cet amendement de suppression et les amendements qui suivent.

M. Éric Coquerel. Non, madame Motin, les Français ne se lèvent pas tous les matins en pensant à la dette. Ça, c'est ce qu'on veut leur faire croire. En revanche, ils se lèvent tous les matins en se demandant s'ils vont avoir de quoi finir le mois, s'il reste encore des services publics, si les pompiers, par exemple, auront les moyens de faire leur métier... Voilà quelles sont leurs préoccupations centrales ! Vous dites que les 14 milliards « pèsent » sur l'économie, mais c'est aussi ce qui a permis à la France, pour la première fois depuis très longtemps, d'avoir 0,7 point de croissance. Cela a engendré des recettes supplémentaires.

Par ailleurs, on nous parle sans arrêt du « trou » de la sécurité sociale, on nous dit qu'on ne peut plus se permettre de payer les prestations sociales, mais le problème vient-il vraiment de la sécurité sociale ? Non, il n'est pas de son fait. À coups d'exonérations et de non-compensations, on est en train de tuer la sécurité sociale ! Fin 2018, la sécurité sociale était excédentaire de 500 millions d'euros ; là, on va la rendre artificiellement déficitaire, l'État refusant de compenser les mesures qu'il a décidé de prendre après le mouvement des « gilets jaunes ». Or, l'État n'a pas à doper la consommation populaire en puisant dans les ressources de la sécurité sociale ! De manière transpartisane, nous devrions tous pouvoir nous mettre d'accord sur ce point ! On peut avoir telle ou telle analyse politique, faire tel ou tel choix budgétaire : il n'est pas acceptable d'appauvrir artificiellement la sécurité sociale. À la suite de la mobilisation des « gilets jaunes », le Gouvernement a décidé de mettre de l'argent dans la consommation populaire mais ce n'est pas à la sécurité sociale de payer. C'est tout le problème ici.

M. le président Éric Woerth. Ce sont des opinions que nous partageons, monsieur Coquerel : il y a donc bien un côté transpartisan. Le problème est qu'à l'intérieur des partis eux-mêmes, il y a des opinions différentes. (*Sourires.*)

M. Charles de Courson. Madame la rapporteure, je vous lis les deux dernières phrases de l'alinéa 35 du rapport annexé au projet de loi : « en effet, pour 2020, la LFSS pour 2019 avait déjà prévu de compenser à cette branche le coût de l'exonération des cotisations salariales au titre des heures supplémentaires et complémentaires et de préserver ses recettes. L'assurance vieillesse bénéficiera à ce titre à compter de 2020 de l'affectation de ressources aujourd'hui affectées à la branche famille à hauteur de 2 milliards d'euros. » Autrement dit, on prélève 2 milliards sur la branche famille pour compenser à la branche retraite ; ce n'est pas l'État qui compense. Le coût de l'exonération des heures supplémentaires est donc bien de 2 milliards. Si on prétend le contraire, c'est qu'on marche sur la tête !

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Il faut revenir au point de départ, c'est-à-dire à la situation exceptionnelle que notre pays a traversée et qui nous a tous secoués profondément. (*Exclamations.*)

Mme Valérie Rabault. Ce n'est pas faute de vous avoir prévenus !

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. J'espère que la situation que nous avons connue nous a tous profondément interrogés. Nous avons, à cette occasion, pris des mesures sans précédent. Jamais un mouvement social n'aura d'ailleurs débouché sur de telles avancées. Sur l'ensemble de la séquence, avec la baisse de l'impôt sur le revenu à venir, il y a eu, tout de même, 17 milliards restitués à nos concitoyens. Eu égard à cette situation exceptionnelle, vos références doctrinales me semblent quelque peu déconnectées du terrain. La réalité sociale et économique peut justifier que l'État – pour 14 des 17 milliards – et la protection sociale – pour 3 milliards – contribuent ensemble à apaiser la crise.

Par ailleurs, Gilles Carrez l'a rappelé, ce n'est pas la première fois qu'il y a des mouvements plus ou moins équilibrés entre l'État et la sécurité sociale. En outre, comme en toute matière, quand il y a des règles, il y a aussi des exceptions. Il ne faut donc pas être trop doctrinaire sur le sujet.

Au delà des mesures qui ont été prises en faveur de nos concitoyens, l'objectif est bien l'amélioration des revenus du travail. Il s'agit de favoriser l'emploi. Or, qui dit plus d'emplois dit aussi plus de cotisations sociales. Il existe évidemment des passerelles économiques et sociales entre l'État et la sécurité sociale. Si l'État consent des dépenses sur son propre budget ou par un transfert à la sécurité sociale et que cela améliore l'emploi et les revenus des Français, ce seront autant de recettes nouvelles pour lui, bien sûr, mais aussi pour la sécurité sociale. Il est important de prendre en compte cette imbrication entre les deux dans notre modèle économique et social.

À cet égard, je suis assez choqué par l'exposé sommaire de votre amendement, monsieur Coquerel : nous aurions pour intention de provoquer l'effondrement de la sécurité sociale ! Comment peut-on avoir des débats sérieux dans notre assemblée si on tient de tels propos ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Je voudrais rétablir la vérité sur au moins un point, monsieur Coquerel. Vous nous avez dit qu'en 2018, les comptes de la sécurité sociale étaient à l'équilibre. Or, si j'en crois les chiffres de la Cour des comptes, il y avait plutôt un déficit de 1,2 milliard. Je rappelle aussi que le niveau d'endettement de la sécurité sociale auquel nous revenons en 2019 est celui que nous avons trouvé en arrivant en 2017 et que, dès 2020, avec un déficit prévu de 5,1 milliards, nous renouons avec une trajectoire de diminution de la dette. Nous gardons l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2023. Nous n'abandonnons donc rien du tout ; nous ne cassons rien.

Par ailleurs, certaines des mesures que nous avons prises pour répondre à la crise sociale relèvent des prestations sociales et pèsent directement sur le budget de l'État. Il en est ainsi par exemple de la prime d'activité. Or, elle représente plus de 4 milliards. On pourrait considérer qu'elle devrait entrer dans la sphère sociale. On pourrait, de la même façon, dissenter longuement pour savoir si telle ou telle mesure relève du bon budget.

En l'occurrence, ce qui est important, je persiste à le dire, c'est d'observer le niveau global de l'endettement. Certes, les Français ne se réveillent pas tous les matins en pensant à la dette ; nous sommes bien d'accord sur ce point. Il n'empêche que c'est une préoccupation qui est remontée du terrain. De plus, de la même manière que, quand on parle des

prélèvements obligatoires, on fait rarement – vous faites rarement – la différence entre ce qui est dans la sphère sociale et ce qui relève du domaine fiscal pour expliquer la répartition entre les deux, il faut parfois envisager les choses globalement. Je vous rejoins sur un point, monsieur Aubert : il ressort effectivement de la mission d’information sur la mise en œuvre de la loi organique relative aux lois de finances (MLOLF) que les deux budgets sont tellement imbriqués qu’il va peut-être falloir envisager de les examiner de manière conjointe, pour mieux comprendre l’ensemble. C’est une vraie demande, en tout cas de la part de notre commission – il n’en va peut-être pas forcément de même pour la commission des affaires sociales. Il faut que nous ayons une meilleure vision d’ensemble de la politique budgétaire, parce que tout est imbriqué. L’évolution naturelle de nos politiques publiques peut conduire à changer certains principes.

M. Éric Coquerel. Une précision, madame Motin : selon les chiffres du ministère lui-même, en 2018, le régime général était en excédent de 500 millions d’euros. Le déficit de 1,2 milliard était dû au fonds de solidarité vieillesse.

M. le président Éric Woerth. Le principe du « qui décide paie » doit être évidemment la règle.

La commission rejette l’amendement CF13.

Elle examine ensuite, en discussion commune, l’amendement CF1 de Mme Valérie Rabault et l’amendement CF14 de M. Éric Coquerel.

Mme Valérie Rabault. Cet amendement pose un principe très clair : celui qui décide paie. Il est ahurissant d’imposer des mesures telles que celles-ci aux administrations de sécurité sociale. Je constate que la commission des affaires sociales a adopté hier un amendement similaire à celui que je défends ; j’espère que la commission des finances aura la même sagesse. Dans l’hémicycle, vous en appelez souvent à la responsabilité. Être responsable, c’est aussi être respectueux de la sécurité sociale.

M. Charles de Courson. Il faudrait simplement corriger l’exposé des motifs de l’amendement CF1 : le montant des exonérations non compensées est de 4,3 milliards, et non de 3,5 milliards. Par ailleurs, je fais mienne cette logique, qui était partagée par tous les courants politiques jusqu’à l’année dernière : quand on prend une décision ayant un impact financier, on la compense, sinon personne n’y comprend plus rien.

M. le président Éric Woerth. Non seulement on n’y comprend rien, mais on prend souvent des mesures de régulation qui n’ont aucun sens.

M. Jean-Louis Bricout. Monsieur Alauzet a parlé de doctrine à propos de la non-compensation : c’est tout simplement un acte politique pur et dur. Vous avez fait le choix d’imputer les nouvelles dépenses liées aux mesures en faveur des « gilets jaunes » sur le budget de la sécurité sociale, alors qu’elles auraient pu l’être sur le budget de l’État. Cela nous renvoie bien sûr aux équilibres budgétaires. Si les dispositions visées étaient restées dans le budget principal, on aurait pu, par exemple, revenir sur des avantages comme la suppression de l’ISF ou la flat tax. Cela permettait de rétablir les équilibres budgétaires tout en répondant aux « gilets jaunes ». Or, votre décision de faire peser la dépense sur le budget de la sécurité sociale va entraîner des économies dans le domaine de la santé.

M. Éric Coquerel. L’amendement CF14 vise à supprimer les alinéas concernant les mesures dites « gilets jaunes », à savoir l’exonération des cotisations sociales et la création d’un taux de CSG à 6,6 %. Je ne reviens pas sur ce que vient de dire excellemment Jean-

Louis Bricout : la non-compensation est une décision politique forte. Enfin, ne l'oublions pas, le budget de la sécurité sociale est composé de salaires différés, puisqu'il s'agit de cotisations sociales – et non pas de « charges », comme on l'entend trop souvent. Autrement dit, *in fine*, c'est aux salariés que vous demandez de financer les sommes que vous avez versées pour répondre aux « gilets jaunes ». Ceux qui ont protesté sont aussi ceux qui vont payer la note ! Il y a là un vrai problème de fond et j'espère vraiment que cet amendement va être adopté.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Monsieur Coquerel, plus de 50 % du budget de la sécurité sociale est financé par de la TVA et de la taxe sur les salaires. On est donc très loin du salaire différé.

La commission rejette successivement les amendements CF1 et CF14.

Elle est alors saisie de l'amendement CF17 de Mme Sabine Rubin.

Mme Sabine Rubin. Il est possible de trouver des financements pour compenser la perte de recettes programmée. Le présent amendement vise ainsi à relever les cotisations sociales sur les plus hauts salaires, puisque c'est la multiplication des exonérations de cotisations sociales qui creuse la dette de la sécurité sociale.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Contrairement à ce qu'a dit monsieur Coquerel précédemment, les salariés sont bel et bien les principaux bénéficiaires des mesures d'urgence que nous avons prises. Nous sommes tous d'accord, je pense, sur le principe de compensation. En l'occurrence, pardon de le dire, mais un peu plus de 3 milliards, au regard de l'ensemble du budget, c'est vraiment l'épaisseur du trait. Qui plus est, à situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles. C'est pour cela que j'ai tenu à rappeler le contexte. On a beau fixer des règles, il y a toujours des exceptions. Or, nous sommes précisément dans un moment exceptionnel.

La commission rejette l'amendement CF17.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 3 sans modification.

Article 4 : *Modification du montant M applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables*

La commission examine l'amendement CF15 de M. Éric Coquerel.

Mme Sabine Rubin. L'article 4 vise à faire passer le taux d'évolution du chiffre d'affaires à partir duquel les entreprises pharmaceutiques sont assujetties à une contribution spécifique de 0,5 % à 1 %. Or, l'industrie pharmaceutique se porte très bien. Je pense par exemple à Sanofi, dont le chiffre d'affaires croît, de même que le montant des dividendes versés aux actionnaires, alors même qu'une part importante de ses bénéfices provient, comme c'est le cas pour toute l'industrie pharmaceutique, de fonds publics dédiés à la santé et à la sécurité sociale. L'amendement CF15 a donc pour objet de supprimer cet article qui, selon nous, ne fixe pas à un niveau suffisant la contribution des laboratoires à la sécurité sociale, alors même qu'ils bénéficient de fonds publics.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Madame Rubin, vous souhaitez donc que l'on augmente la contribution *ad hoc* sur les entreprises du médicament. Pour notre part, nous ne voulons pas pénaliser l'innovation, notamment dans le secteur pharmaceutique, où elle coûte très cher. Certes, des financements publics sont apportés – ils sont nécessaires

et bénéficient d'ailleurs aux malades –, mais l'industrie pharmaceutique prend sa part de l'innovation et du coût qui lui est associé. En outre, en 2018, les ventes de médicaments remboursables ont baissé, après plusieurs années de croissance. Peut-être l'industrie pharmaceutique ne se porte-t-elle pas aussi bien que vous le pensez. Enfin, sur la forme, vous demandez la suppression pure et simple de l'article, ce qui est un peu dommage : si vous aviez proposé un autre taux, nous aurions pu avoir un débat. En tout état de cause, nous en aurons un au sujet des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) des médicaments à l'hôpital, qui sont elles aussi extrêmement importantes pour l'innovation. En l'état, nous émettons un avis défavorable.

Mme Sabine Rubin. Non, malheureusement, les bénéfices de ces entreprises ne sont pas affectés à la recherche et au développement, ou alors très peu : ils sont prioritairement reversés sous forme de dividendes. Là est bien le problème et c'est la raison pour laquelle nous souhaitons effectivement supprimer l'article 4. Cela dit, j'entends votre argument : on pourrait trouver quelque chose de plus subtil pour taxer les entreprises pharmaceutiques comme elles doivent l'être.

La commission rejette l'amendement CF15.

Elle émet ensuite un avis favorable à l'adoption de l'article 4 sans modification.

Article 5 : *Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2019*

La commission examine l'amendement CF3 de Mme Valérie Rabault.

Mme Valérie Rabault. Je retire l'amendement CF3.

L'amendement CF3 est retiré.

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 5 sans modification.

Article 6 : *Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2019*

La commission examine l'amendement CF4 de Mme Valérie Rabault.

Mme Valérie Rabault. Cet amendement vise à procéder à une réallocation de moyens. Il s'agit notamment de verser 300 millions d'euros aux hôpitaux pour l'année 2019. Il ne vous aura pas échappé que, depuis le mois de juin, 200 services d'urgences sont en grève et que le plan annoncé par la ministre des solidarités et de la santé n'apporte pas d'argent nouveau puisque, comme elle l'a dit elle-même, il consiste dans des redéploiements de crédits. L'amendement CF4 vise donc à affecter 300 millions d'euros de plus à l'hôpital pour 2019, de manière à répondre à un certain nombre de demandes concernant les urgences. Comme vous le savez, les parlementaires sont contraints : nous devons gager toutes les décisions que nous prenons. La disposition que je propose est donc gagée, mais il s'agit bien entendu d'un jeu d'écriture : j'ai pris 300 millions sur un autre poste, qui s'appelle « autres charges », tout en n'ayant aucune intention de diminuer les charges en question. Je le répète, il s'agit d'un gage. L'objectif de l'amendement est d'allouer tout de suite 300 millions d'euros aux urgences.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Madame Rabault, vous souhaitez augmenter de 300 millions l'ONDAM des établissements de santé pour 2019 et flécher ces crédits vers les urgences. Nous reconnaissons, de même que le Gouvernement, que les

urgences occupent une place centrale dans notre système de santé, peut-être même à notre corps défendant, puisque nous souhaitons retrouver un équilibre avec la médecine de ville. Nous voulons mettre en place une organisation différente de la santé, qui ne reposerait pas seulement sur les urgences. Dans le plan de refondation proposé par Agnès Buzyn, 750 millions vont être fléchés vers les services d'urgence ; ce n'est pas négligeable. D'autres mesures vont également être prises, telles la revalorisation des salaires ou la réhabilitation de certains bâtiments, car ces derniers nécessitent eux aussi une attention particulière. La réorganisation du système de santé dans les territoires prévue dans le plan « ma santé 2022 » ne peut pas se faire d'un claquement de doigts : un tel projet est long à mettre en place, il se concrétisera sur le moyen terme. Pour l'heure, les dispositions prévues par le Gouvernement, dont certaines figurent dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous semblent de nature à répondre à un rythme soutenu aux besoins des services des urgences.

J'ai bien entendu que votre proposition de prélever des fonds sur les autres prises en charge était là uniquement pour le gage. Il était bon de le préciser car on a tendance parfois à bouger des lignes budgétaires sans trop savoir ce qu'il y a derrière – je sais qu'en l'espèce vous avez fait l'effort de vous y intéresser. Pour la bonne compréhension de tout le monde, je précise que cette ligne budgétaire regroupe des dépenses médico-sociales qui ne sont pas déléguées à la CNSA, des soins spécialisés pour les toxicomanes et des cures en alcoologie. En tout état de cause, avis défavorable.

Mme Émilie Cariou. Nous avons voté l'article 3 pour les raisons qui ont été très bien expliquées par nos rapporteurs. Cela étant, l'hôpital public connaît en effet une situation de tension extrême, due notamment aux conditions de travail. À ce stade, nous vous proposons de débattre de la question dans l'hémicycle. Comme l'a rappelé madame Motin, le plan « ma santé 2022 » a été lancé. Par ailleurs, un certain nombre d'annonces vont être faites par la ministre des solidarités et de la santé. Je vous propose donc de repousser cet amendement, tout en sachant que des efforts importants vont être faits en faveur de l'hôpital public. Ce seront aussi des efforts de restructuration de l'action même de l'hôpital public.

M. Charles de Courson. Une question toute simple : le plan de 750 millions annoncé par Mme Buzyn est-il inclus, au moins en partie, dans les 82,6 milliards de crédits ouverts par le PLFSS ? Si oui, à combien s'élève sa part ?

Mme Véronique Louwagie. Madame la rapporteure pour avis, je crois que vous ne mesurez pas l'ampleur de la crise que connaissent les hôpitaux, notamment les services des urgences. Or, aucune réponse n'y a été apportée. Il y a aussi une crise dans l'ensemble des hôpitaux de proximité, qui n'ont plus de budget pour réaliser un certain nombre d'investissements de première importance, tels des travaux de maintenance et d'entretien. Il y a un vrai problème de financement de nos hôpitaux.

M. le président Éric Woerth. La question de Charles de Courson est importante : quelle part des 750 millions annoncés retrouvons-nous dans le PLFSS ? Ce n'est pas si clair que cela. La réponse est peut-être évidente, mais je ne la connais pas.

Mme Valérie Rabault. Je vous remercie pour les précisions que vous avez apportées, madame la rapporteure pour avis. Vous avez eu l'honnêteté de reconnaître que la deuxième partie de mon amendement était un gage. Si la ministre accepte l'amendement dans l'hémicycle, il lui suffira de le lever. Il ne s'agit donc pas de prendre 300 millions d'euros sur les autres dépenses que vous avez citées, qui sont effectivement très importantes.

J'en profite pour souligner à mon tour à quel point la question de notre collègue Charles de Courson est importante : il faut que vous nous disiez quels crédits, parmi les 750 millions d'euros annoncés, figurent dans le PLFSS. J'ai eu beau lire les quelque 190 pages du projet de loi, moi non plus je ne les y ai pas trouvés : il n'y en a nulle trace,

nulle mention, y compris dans les tableaux. Pouvez-vous nous dire quelles lignes budgétaires ont été diminuées en conséquence, dès lors que la ministre a dit qu'il s'agirait de redéploiements de crédits ?

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Sachez, Madame Louwagie, que nous mesurons parfaitement l'ampleur de la crise que connaît actuellement l'hôpital, spécifiquement dans les urgences. Nous y sommes tous confrontés dans nos territoires, et nous avons tous eu l'occasion de la vivre en tant que patients. Bien évidemment, nous mettons tout en œuvre pour y apporter une réponse. Toutefois, une crise aussi profonde ne saurait être résolue facilement. Les réponses devront être multiples. Madame la ministre des solidarités et de la santé a annoncé, d'ici à 2022, 750 millions. Ces crédits existent déjà, mais ils seront fléchés vers les urgences. Il est difficile de retrouver leur trace dans le PLFSS, puisqu'il s'agit de plusieurs mesures concernant déjà les hôpitaux : il s'agit de revalorisations salariales, d'achats de matériels, ou encore de la réhabilitation de bâtiments. Tout cela fait partie du budget de fonctionnement des hôpitaux. Les ARS, elles aussi, vont flécher spécifiquement des crédits vers les urgences.

Par ailleurs, et la ministre a été très claire sur ce point, des réponses différenciées seront apportées dans les territoires, car la situation des services des urgences n'est pas la même partout. À Paris, par exemple, le service des urgences de l'hôpital Bichat accueille énormément de monde, mais tourne très bien ; il fait même figure de modèle. Au contraire, dans mon territoire, au centre hospitalier Pierre Oudot, à Bourgoin-Jallieu, les urgences sont en grève depuis le début du mouvement. Or la situation et l'organisation de ces deux services n'ont rien à voir : les besoins ne sont absolument pas les mêmes dans un grand hôpital parisien et dans un hôpital de proximité. Il faut donc que les réponses soient adaptées aux divers établissements hospitaliers. C'est pour cela qu'il n'est pas simple de retrouver ces mesures dans les grandes masses du projet de loi.

M. le président Éric Woerth. Il faudra tout de même faire clarifier par la ministre l'affectation des 750 millions d'euros ! Et savoir également d'où ils viennent... Si ces choix ne sont pas nécessairement contestables et qu'ils peuvent répondre à certaines priorités, il faut qu'ils soient clairs, ce qui n'est pas le cas à ce stade.

Mme Marie-Christine Dalloz. Une commission qui examine le PLFSS n'a pas vocation à enfoncer des portes ouvertes. Dire que tout le monde a conscience des difficultés et de la crise des urgences et que la situation n'est pas nouvelle ne résoudra pas le problème. Répondre par le plan « ma santé 2022 » : 2022, c'est dans trois ans ! Les hôpitaux sont en train de craquer partout. Quand il y aura eu des décès à la suite de cette carence dans la prise en charge des urgences...

M. Charles de Courson. C'est déjà le cas !

Mme Olivia Grégoire. On marche sur la tête ! Qui a inventé la T2A en 2007 ?

Mme Marie-Christine Dalloz. ...on se posera peut-être la question différemment. Les 750 millions d'euros ne sont pas inscrits dans le budget. C'est seulement du redéploiement. C'est une façon malhonnête de prétendre faire quelque chose, grâce à une réorganisation interne, sans crédits nouveaux. Il fallait apporter une autre réponse à cette crise aiguë de notre système d'urgences. Cette non-réponse me fait comprendre d'autant mieux pourquoi le mouvement continue.

Mme Valérie Rabault. Dans le rapport économique et financier (REF), il est écrit que les économies demandées à l'hôpital seront de 4,2 milliards d'euros en 2020, contre

3,8 milliards d'euros en 2019. Cela signifie que 400 millions d'économies supplémentaires seront demandés en 2020 à l'hôpital. À ce stade, je crains que l'on demande 400 millions d'euros d'économies supplémentaires à l'hôpital et que les 750 millions d'euros ne figurent pas dans le PLFSS – ou 250 millions d'euros par an, si la somme était répartie sur trois ans. Tant qu'une mesure n'est pas inscrite dans la loi, elle n'existe pas ! L'ancien ministre du budget ne me contredira pas... Or la seule chose écrite aujourd'hui, ce sont les économies de 4,2 milliards d'euros sur l'hôpital.

La commission rejette l'amendement CF4.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6 sans modification.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre 1^{er} Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs

Article 7 : Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales

La commission examine l'article CF7 de Mme Sarah El Haïry.

Mme Sarah El Haïry. L'amendement vise à faire bénéficier 1,8 million de salariés du monde associatif de la prime Macron, en les dispensant d'instaurer un accord d'intéressement, dans la mesure où, dans le monde de l'économie sociale et solidaire, la notion d'intéressement n'est pas valide. Nous souhaitons corriger l'angle mort dans le dispositif de cette prime qui nous tient à cœur, puisqu'elle permet de redonner du pouvoir d'achat.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. L'amendement vise à ne pas soumettre les associations à la condition d'instauration d'un accord d'intéressement quant à la prime exceptionnelle dite de fin d'année ou Macron, qui est exonérée. Sur la forme, il pose un problème, puisque l'instauration d'un accord d'intéressement ne vaut pas pour le versement de la prime, mais pour son exonération. Sur le fond, j'hésite également. C'est pourquoi je vous invite à retirer votre amendement pour avoir la position du Gouvernement en séance.

Néanmoins, vous avez soulevé un vrai problème auquel nous sommes tous sensibles. La plupart des associations n'ont pas de but lucratif ; or l'accord d'intéressement est un dispositif d'épargne salariale lié aux résultats et aux performances de l'entreprise. D'ailleurs, comme il est indiqué dans l'annexe 9 du PLFSS, le Gouvernement s'est assuré que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), qui ne peuvent pas conclure d'accord d'intéressement, au sens de l'article L. 3311-1 du code du travail, puissent être éligibles tout de même. Il semblerait juste, dans ce cadre, que les associations ne soient pas exclues, même si je me demande si beaucoup d'associations sont capables de verser cette prime. Je n'ai pas besoin de vous rappeler, madame El Haïry, en votre qualité de rapporteure

spéciale de la mission *Sport, jeunesse et vie associative*, que les dépenses fiscales spécifiquement consacrées aux associations sont estimées à 1,88 milliard d'euros pour 2020.

Je vous suggère de retirer votre amendement et de reprendre la discussion en séance.

Mme Valérie Rabault. Nous allons soutenir l'amendement CF7. La condition que vous avez ajoutée suppose que les entreprises fassent du profit pour verser de l'intéressement. Toutes celles qui ne font pas de profit n'ont pas d'intéressement et, partant, pas d'exonération de la prime exceptionnelle.

Mme Sarah El Haïry. Tout à fait !

Mme Valérie Rabault. Les députés avaient ainsi la possibilité de verser une prime à leurs collaborateurs. Mais ils ne versent pas d'intéressement... en tout cas, pas que je sache ! Monsieur le rapporteur pour avis, vous nous avez dit que le Gouvernement s'était engagé par le biais d'une note. Mais il n'y a que la loi qui compte ! Les notes ne valent rien. Ce serait un signal fort que la commission des finances demande au Gouvernement pourquoi les salariés du monde associatif sont pénalisés et discriminés.

M. le président Éric Woerth. L'amendement concerne spécifiquement les associations. Il faudrait viser plus globalement tous les accords d'intéressement.

Mme Véronique Louwagie. Le contrat d'intéressement ne porte pas forcément sur la rentabilité et le résultat. Il peut y avoir d'autres critères et d'autres unités de compte retenus, selon l'activité particulière de l'association ou de l'entreprise. Nous avons tort de toujours faire porter le contrat d'intéressement sur le résultat.

Mme Sarah El Haïry. Hier, en commission des affaires sociales, l'amendement a été adopté à l'unanimité, parce que la particularité du monde associatif a bien été perçue. Même si j'entends l'argumentation de Mme Louwagie, faire de l'accord d'intéressement la condition nécessaire au versement de la prime est une discrimination de fait des salariés du monde associatif, étant donné que la culture associative est étrangère à ce type d'accord.

Par ailleurs, cela nous conduit aussi à nous interroger pour savoir comment permettre aux très petites entreprises d'instaurer la prime Macron, dont l'idée était d'apporter du pouvoir d'achat à certains salariés. La question est finalement simple : souhaitons-nous ou non verser une telle prime aux salariés du monde associatif ?

Mme Olivia Grégoire. Je suis sensible à l'amendement de Mme El Haïry.

Mais nous essayons tous ensemble de nettoyer un peu le budget en matière de niches et de taxes. Quitte à être rabat-joie, je soulignerai que ce sont encore des cotisations qui n'entreront pas dans les caisses de l'État... Qui plus est, il a été question, il y a dix-huit mois, de la création d'un statut de l'emploi associatif, sur laquelle vous aviez d'ailleurs travaillé, madame El Haïry. Malgré une certaine pertinence, votre amendement ne règle pas le sujet beaucoup plus général de l'emploi associatif, sur lequel il serait bon de légiférer, comme nous l'avions dit.

M. Charles de Courson. Je suis favorable à l'amendement CF7, dans la mesure où il existe une discrimination. L'exposé des motifs fait implicitement mention de ce qu'on appelle les associations lucratives sans but, qui existent – un excellent ouvrage a même été écrit sur le sujet –, sans constituer la majeure partie des associations. Comment justifier de

maintenir le principe d'un accord d'intéressement ? L'amendement de notre collègue ne crée pas de nouveaux droits, mais simplifie seulement l'accès à cette prime, sans accord d'intéressement, dans le milieu associatif.

M. le président Éric Woerth. Il vise à élargir le droit, ce qui sera coûteux.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Je rejoins madame Louwagie : nous avons tendance à confondre la participation, qui concerne clairement le bénéficiaire, et l'intéressement, qui peut avoir trait à la performance. La notion de performance n'est pas très courante dans le monde associatif, pas plus que dans la sphère publique. Je vois dans votre amendement l'expression d'un léger opportunisme de la part du monde associatif. Je regrette que la demande n'ait pas été plus forte au moment de l'examen de la loi PACTE, quand nous avons avancé sur le forfait social.

Par ailleurs, alors que dans les petites associations, on a avant tout affaire à des problèmes de trésorerie, je ne vois pas très bien comment on peut concilier cela avec le versement d'une prime. Je crains que l'amendement ne profite réellement qu'à de grandes associations très organisées, qui auront une trésorerie suffisante. En l'occurrence, comme Éric Alauzet, je pense que vous devriez défendre votre amendement devant le ministre, qui peut vouloir élargir la base des bénéficiaires. Pour ma part, je suis très réservée.

M. Jean-Louis Bricout. Je suis un peu surpris et choqué d'entendre que le milieu associatif ne pourrait pas être performant. Son utilité, en matière de services rendus, relève d'une forme de performance. Beaucoup d'associations contractualisent sur plusieurs années sur des objectifs de moyens et de performance.

Mme Sarah El Haïry. Évidemment qu'il faut un contrat spécifique pour le monde associatif ! Mais, en attendant, il ne faut pas exclure une partie du champ. Souhaitons-nous aujourd'hui simplifier et permettre aux salariés du monde associatif de bénéficier de la prime Macron ? Comment expliquer que nous excluons une partie des salariés du bénéfice d'une prime que nous avons imaginée ? Au delà, se pose la question de l'intéressement dans nos structures associatives, qui sont des acteurs de l'économie.

Pour clarifier la genèse de notre amendement, je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas d'un lobbying mené *a posteriori* par les associations, mais d'un trou noir que nous avons repéré avec nos collaborateurs, après qu'une association territoriale, qui souhaitait le faire, n'a pas pu verser la prime.

M. le président Éric Woerth. Il est heureusement toujours possible de verser une prime – moins incitative, certes, car soumise à cotisations et à impôt.

La commission rejette l'amendement CF7.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 7 sans modification.

Article 8 : Ajustement du calcul des allègements généraux

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 8 sans modification.

Après l'article 8

La commission examine, en discussion commune, les amendements CF29 de M. Éric Woerth et CF12 de M. Jean-Noël Barrot.

M. le président Éric Woerth. L'amendement CF29 vise à supprimer la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Alors que cela fait plusieurs années que nous parlons beaucoup des impôts de production, pas grand-chose n'a été fait. Il faut passer aux actes. Sa suppression ne remettrait pas en cause la fiscalité des collectivités locales. La C3S est probablement l'impôt le plus sensible. Il représente presque 4 milliards d'euros et pèse beaucoup sur l'industrie manufacturière. Je propose de le supprimer en une seule fois, quand Jean-Noël Barrot, dans l'amendement CF12, suggère de procéder par étapes, ce qui serait probablement plus raisonnable d'un point de vue financier. Si cette suppression représenterait assurément un coût pour l'État, ce serait en réalité une autre manière de voir les baisses fiscales. Bruno Le Maire, au cours d'une réunion sur le pacte productif, a dit à peu près la même chose. Le Gouvernement aurait pu proposer, dès cette année, une trajectoire de réduction des impôts de production pour montrer clairement sa volonté.

M. Jean-Noël Barrot. L'amendement CF12 vise à sortir progressivement de la C3S. Il s'inscrit dans l'esprit des annonces de Bruno Le Maire sur le pacte productif 2025 et de certains engagements pris récemment par le Président de la République. Cette taxe sur le chiffre d'affaires est l'impôt que les entreprises détestent le plus. D'ailleurs, en 2015, un abattement de 19 millions d'euros avait été instauré. Les entreprises comprennent qu'on leur prenne plus d'impôts quand elles vont bien et moins quand elles vont mal ; mais qu'on les taxe au niveau du chiffre d'affaires, selon le même taux dans des situations différentes, elles ne le comprennent pas.

Grâce aux tables rondes organisées par la commission des finances, nous avons eu l'occasion d'entendre des économistes nous dire que c'était un impôt qui était très toxique pour l'économie française, dans la mesure où il fonctionne comme une subvention à l'importation. Les biens produits en France sont frappés par la C3S, ce qui crée une véritable discrimination vis-à-vis de la concurrence étrangère.

Comme la C3S rapporte 3,5 milliards d'euros, il n'est pas possible de la supprimer d'un seul coup sans risquer de déséquilibrer très fortement les comptes publics. On pourrait cependant s'engager sur une trajectoire très progressive de sortie de la taxe.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. La majorité serait évidemment favorable à l'objectif de votre amendement. Nous connaissons le poids des impôts de production. Je vous remercie d'ailleurs pour l'historique de la C3S que vous faites dans votre exposé sommaire. Vous oubliez cependant de mentionner le projet de baisse de l'impôt sur les sociétés, qui concerne à peu près la même masse financière que votre mesure. La C3S a déjà été supprimée pour environ 40 % des entreprises, principalement des PME et des entreprises de taille intermédiaire.

Comme vous, je pense que les impôts de production pénalisent les entreprises. Mais ils ont le mérite d'échapper à l'optimisation fiscale, ce qui n'est pas le cas de l'impôt sur les sociétés. Jean-Noël Barrot a dit que les entreprises étaient prêtes à payer l'impôt sur les sociétés quand tout va bien : moyennement quand même ! Le fait de baisser l'IS permet de rendre moins tentante l'optimisation fiscale. Mais il faudrait du donnant-donnant. Régions le problème de l'optimisation fiscale et je serai encore plus favorable qu'aujourd'hui à la baisse des impôts de production.

Mme Véronique Louwagie. Monsieur le rapporteur pour avis, je pense que vous ignorez la situation sur le terrain. Vous nous dites qu'il faut régler la question de

l'optimisation fiscale avant de nous attaquer aux impôts de production. Mais c'est cette situation qui a conduit à la désindustrialisation actuelle ! Les impôts sur la production représentent en effet 3 % du PIB en France, alors que la moyenne dans la zone euro est de 1,6 %. C'est pour cette raison que certaines entreprises quittent le territoire français. Il est primordial de nous soucier des impôts de production. Vous ne pouvez pas repousser le débat comme vous le faites. À force d'attendre, le moment viendra où toutes les entreprises seront parties ! (*Exclamations.*)

Mme Christine Pires Beaune. Restons prudents pour ce qui est des impôts de production ! Ils représentent une masse d'environ 72 milliards d'euros, dont la majorité va aux collectivités locales. Le budget de l'État participe de façon importante au titre des dégrèvements et des exonérations. Quand on parle des impôts de production, il faut regarder ce que l'État paie déjà à la place des entreprises. Prenez par exemple la barémisation de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) ! Il faudrait commencer par nous accorder sur une définition des impôts de production, surtout si nous voulons les comparer aux pays voisins.

Mme Olivia Grégoire. Je rejoins totalement les propos de monsieur Alauzet et de madame Pires Beaune. Cela fait deux ans et demi que le ministre de l'économie en parle : je confirme qu'il a annoncé, hier, lors de la conférence de presse sur le pacte productif, que ce sujet serait intégré dans le PLF pour 2021. Nous n'évitons pas le sujet ; bien au contraire.

Mme Marie-Christine Dalloz. C'est bien repoussé !

Mme Olivia Grégoire. Madame Dalloz, entre la baisse de l'IS, la réforme courageuse de la fiscalité du capital, l'évolution des seuils sociaux et les mesures de la loi PACTE, vous m'accorderez qu'en matière de compétitivité et de soutien aux entreprises nous n'avons pas grand-chose à nous reprocher de notre côté.

Le sujet est important. Il y a en réalité un dilemme entre C3S et CVAE. L'inspection générale des finances a d'ailleurs rendu une étude il y a quelque temps proposant la suppression de la C3S et la diminution d'un point du taux de CVAE. Dans le même temps, madame Dalloz, vous nous expliquez à longueur de journée que les collectivités locales ne sont pas financées et que nous avons une gestion irresponsable de notre budget.

Comme l'a dit madame Pires Beaune, avant de couper des milliards d'impôts de production, dont on sait pertinemment qu'ils grèvent la compétitivité de nos entreprises, regardons comment on les compense.

M. Charles de Courson. Mes chers collègues, la question est rapidement évoquée par Éric Woerth dans l'exposé des motifs : d'où vient ce débat ? Tout le monde constate la perversité économique de cet impôt dont le produit est affecté à la sécurité sociale. Sous François Hollande, il avait été décidé de le supprimer progressivement. Mais, comme à la fin de son mandat, il a monté l'usine à gaz du CICE, à laquelle vous êtes en train de mettre fin à juste raison, il n'a pas été possible de supprimer entièrement la C3S. C'est pourquoi il ne reste qu'une part de C3S, qui représentera quand même près de 4 milliards d'euros en 2020.

Le président Woerth relève que la C3S pénalise l'industrie, qui en paie à peu près 22 %, soit le double de sa part dans le PIB. Mais il faut dire toute la vérité à la commission ! Les grands bénéficiaires d'une suppression de la C3S seraient les banques et les assurances. Or, a-t-on 3,8 milliards d'euros à leur donner ? Bien sûr qu'il faudrait supprimer cet impôt ! Aucune personne de bon sens ne peut le nier. Mais en avons-nous les moyens ?

J'avais songé à une solution, mais je crains qu'elle ne soit anti-européenne. Il s'agirait de supprimer la C3S uniquement pour les industries. À supposer que l'on adopte ma solution, 22 % de 3,8 milliards, cela représenterait environ 800 millions d'euros à étaler sur trois ans, à des fins de compétitivité. Qu'en pensent les rapporteurs ?

M. Jean-Noël Barrot. Effectivement, on ne peut pas réfléchir à ces sujets sans tenir compte des pertes de recettes. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement visant à fixer un taux minimal d'impôt sur les sociétés – solution vers laquelle semblent converger les négociations avec l'OCDE. Dès lors qu'un tel taux serait en place, nous pourrions avancer rapidement sur la question des impôts de production.

M. le président Éric Woerth. J'ai bien conscience de tout cela. Je crois quand même que les impôts de production sont un boulet qui n'existe pas dans d'autres pays.

Dans le domaine fiscal, faire baisser l'impôt sur les sociétés, c'est ce que font tous les pays. Il est donc pertinent de nous maintenir à peu près au même niveau que les autres pays ou plutôt de conserver les mêmes écarts avec eux. La question de la baisse de l'impôt sur les sociétés ne se pose même pas, dans la mesure où le monde entier le baisse.

En revanche, les impôts de production à un tel niveau sont une anomalie française que nous devons tenter de régler. Nous devons légiférer pour véritablement réformer la fiscalité locale, ce que ne fait assurément pas l'article 5 du projet de loi de finances qui vise seulement à financer la suppression de la taxe d'habitation. Nous devrions, à tout le moins, définir une trajectoire de réduction des impôts de production. Je sais bien que l'industrie n'est pas la seule concernée. Cela étant, notre tissu bancaire est extrêmement fragilisé, et la baisse des taux continue de le fragiliser. Le modèle bancaire est également en train d'évoluer. Quant à la grande distribution, elle est désormais fortement concurrencée par les plateformes numériques. N'oublions pas qu'il y a quand même quelques salariés français qui y travaillent... Augmenter les marges de la grande distribution reviendrait aussi à augmenter la possibilité de redistribuer aux salariés.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Monsieur le président, vous nous avez parlé de 3D dans votre discours sur le projet de loi de finances : là, nous entrons dans la quatrième dimension ! 4 milliards d'euros ce n'est pas rien ! Compenser une telle somme dans le budget de la sécurité sociale ne serait pas une mince affaire... Sur le fond, nous partageons tous votre constat sur les effets d'un tel mode d'imposition. Nous avons pris une décision, en décidant de faire baisser progressivement l'impôt sur les sociétés, pour nous rapprocher d'un taux d'imposition plus acceptable au niveau européen et mondial. La question de la C3S et des impôts de production n'a pas été évacuée pour autant. Néanmoins, nous devons aussi nous assurer que cet allègement conséquent de 4 milliards d'euros se ferait dans le cadre d'un pacte donnant-donnant exigeant avec les entreprises.

Mme Émilie Cariou. Depuis le début de la réunion, on nous explique qu'on pourrait tout résoudre à coups d'amendements valant plusieurs milliards d'euros. Je rappelle que la C3S a été créée dans les années 90 et qu'on a ajouté une contribution additionnelle en 2005. J'entends que les impôts de production sont difficiles à supporter pour nos entreprises, parce qu'ils pèsent directement dans leur résultat d'exploitation. Mais ils ne sont pas nés il y a deux ans ! Nous sommes en train d'inverser la tendance, puisque nous avons d'ores et déjà fait baisser l'impôt sur les sociétés et plusieurs charges sociales. Nous réformons aussi le code du travail.

Il est difficile d'entendre de la part de personnes qui ont été en responsabilité ces trente dernières années, qui ont institué les taxes additionnelles à l'IS, la C3S ou la T2A,

qu'il faudrait revenir sur vingt ans de prélèvements obligatoires qui se sont surajoutés, notamment pour assurer le financement des caisses sociales, dans ce PLFSS qui prévoit des mesures d'urgence pour résoudre plusieurs crises !

Nous sommes conscients qu'il faut faire des efforts sur les impôts de production. Mais sachez que les autres États ont eux aussi des impôts de production. Nous ferons des efforts sur cette question, dans la mesure du possible et de l'équilibre des comptes. Le débat est ouvert pour l'année prochaine.

M. le président Éric Woerth. L'opposition a encore le droit de déposer des amendements !

Mme Olivia Grégoire. Et nous avons celui de les commenter !

M. le président Éric Woerth. Vous avez évidemment le droit de les contester. Mais il ne faut pas nous accuser systématiquement de crime budgétaire ! Posez-vous d'abord la question des 20 milliards d'euros que coûte la suppression de la taxe d'habitation ou celle des 5 milliards d'euros que coûte la réforme de l'impôt sur le revenu. Vous faites un choix dans vos baisses d'impôts et nous pouvons contester la pertinence de vos choix.

Mme Émilie Cariou. Nous défendons nos choix politiques !

M. le président Éric Woerth. Le rôle de l'opposition n'est pas de reconstruire la totalité du budget : nous contestons votre logique. Je pense qu'il aurait été pertinent de faire baisser les impôts de production, pour aller plus loin en matière de compétitivité. Vous ne pouvez pas nous reprocher la perte de 4 milliards d'euros pour la sécurité sociale alors que vous refusez de compenser les pertes qu'elle subit du fait de vos choix politiques !

Madame Cariou, il n'y a pas eu que des erreurs commises pendant vingt ans puis, depuis deux ans, uniquement des décisions optimales. C'est nettement plus compliqué que cela ! ...

La commission rejette successivement les amendements CF29 et CF12.

Article 9 : *Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9 sans modification.

(Mme Olivia Grégoire, vice-présidente de la commission, remplace M. le président Éric Woerth.)

Après l'article 9

La commission examine, en discussion commune, les amendements CF9 et CF10 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Sarah El Haïry. L'idée de ces deux amendements est simple. Puisque les produits transformés, qui contiennent beaucoup de sucres ajoutés, ne sont pas bons pour la santé, nous allons créer des recettes en les taxant.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Nous sommes en effet confrontés à un fléau. Nous sommes d'accord avec votre objectif, mais le chemin n'est pas toujours facile à définir. Or c'est l'efficacité qui importe. Toutefois, pour une raison de lisibilité de la norme fiscale et puisque votre amendement calque sa rédaction sur la disposition qui l'a créée, je vous invite plutôt à travailler sur une extension de l'existant, soit de la taxe dite soda. Ne multiplions pas les dispositifs ! Dans la mesure où nous partageons la même volonté, si nous trouvons de bonnes propositions, je pense qu'elles seront adoptées. Je vous invite à poursuivre en ce sens, pour protéger la santé de nos concitoyens. L'absence de chiffrage de votre amendement me contrarie également. Je prononce un avis défavorable.

M. Charles de Courson. Chers collègues, nous avons eu ce débat avec madame Peyrol, lors de la présentation de son rapport. La meilleure solution pour lutter contre l'obésité, c'est quand même de faire évoluer les pratiques alimentaires. Bientôt on va croire que ce sont les industriels qui commandent tout ! Il y a un vrai problème d'éducation dans les familles. La meilleure taxe, c'est de modifier les comportements. Les industriels suivront, comme nous l'avons vu dans d'autres domaines.

Mme Olivia Grégoire, présidente. Je crains que cela ne coûte très cher de taxer l'éducation !

M. Charles de Courson. L'effet de la taxe sur les produits risquerait d'être si faible qu'elle ne changerait rien.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Les barèmes proposés sont applicables par quintal de produit transformé. Pour en avoir discuté avec monsieur Isaac-Sibille, j'ai bien compris son objectif qui est de traquer les sucres ajoutés dans les produits très transformés. On trouve, de fait, du sucre absolument partout, et même là où on ne l'attendrait pas. Il y a du sucre, par exemple, dans une tranche de jambon. Monsieur Isaac-Sibille, qui est en pointe sur les sujets de prévention et d'éducation à la santé, voudrait trouver une solution pour inciter les industriels à mettre moins de sucre dans leurs recettes. Si l'idée est intéressante, créer une nouvelle taxe n'est pas forcément le meilleur moyen. Malgré tout, cela répondrait à une demande de nos concitoyens et à un enjeu de santé publique, parce que nous savons que les plats transformés sont majoritairement consommés par des familles qui ne sont pas toujours les plus perméables à l'éducation à l'alimentation et qui font avec leurs moyens. Cela étant, même si nous devons trouver des leviers pour inciter les industriels à utiliser moins de sucre dans leurs produits transformés, ce véhicule ne nous semble pas le bon.

Mme Sarah El Haïry. Les amendements posent également la question de l'attribution du produit de la taxe. Doit-il être affecté à la sécurité sociale ou à l'agence en charge de la santé publique ? Nous allons retravailler ces amendements en vue de la séance.

Les amendements CF9 et CF10 sont retirés.

La commission passe à l'examen de l'amendement CF8 de M. Richard Ramos.

Mme Sarah El Haïry. L'amendement de monsieur Ramos a été adopté hier en commission des affaires sociales de façon transpartisane. La logique est la même : l'excès d'additifs nitrités, en particulier dans la charcuterie, étant dangereux pour la santé, il doit être taxé. Nous envoyons un signal, et procurons une recette ! L'ajout d'additifs dangereux doit être assumé.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. J'ai eu l'occasion de discuter avec monsieur Ramos de son amendement dont je comprends tout à fait l'objectif. Les nitrites sont considérés par l'OMS comme étant extrêmement dangereux pour la santé. Ils font courir

un risque avéré de cancer colorectal. Cela étant, la rédaction de l'amendement n'atteint pas le but recherché, puisque ce sont les produits dans lesquels il y a un ajout de nitrites qui sont taxés, alors que l'objectif est de taxer les sels de nitrite. Nous n'allons pas taxer les produits, quand la filière porcine subit de plein fouet les effets de la fièvre porcine en Chine, que le prix des matières premières a flambé et que les transformateurs en sont à une deuxième renégociation. Je suggère à monsieur Ramos de récrire son amendement pour qu'il atteigne réellement le but qu'il s'est fixé.

M. Charles de Courson. Mes chers collègues, si les sels de nitrite sont dangereux pour la santé, il faut les interdire ou les limiter à une certaine proportion. Cette question ne relève pas du domaine de la taxe, mais de la santé publique ! J'ai peut-être des idées bizarres...

M. Paul Molac. C'est effectivement très bizarre, puisque cette taxation est presque d'ordre moral : il y aurait des choses bonnes à manger et d'autres qui ne le sont pas. Vous pouvez ajouter le beurre, les fromages et le vin ! On peut aller très loin sur ce chemin-là ! À un moment donné, il faut laisser les gens se déterminer. Je n'aime pas McDonald's et n'y vais jamais, mais je constate que c'est plein. Devons-nous aussi interdire les McDo ? Vous allez trop loin !

M. Jean-Noël Barrot. Les sels nitrités servent à rendre le jambon bien rose et donnent le cancer du côlon. Avec la taxe comportementale sur les sodas, il ne s'agissait pas d'interdire les sodas, mais puisqu'il y a dans les sodas des sucres mauvais pour la santé, qui coûtent à terme de l'argent à la sécurité sociale, d'en augmenter le prix.

L'amendement ne fragilise pas la filière porcine : il envoie un signal, en instaurant une taxe dont l'effet est quasiment neutre. Le taux de la contribution étant fixé à 10 centimes par kilogramme, l'effet sera effectivement quasiment indolore pour le consommateur sur un paquet de jambon. Nous faisons savoir aux transformateurs que s'ils continuent d'utiliser des sels nitrités, on envisagera une hausse, comme cela a été fait pour le sucre dans les sodas, afin de décourager la consommation de produits mauvais pour la santé. Si vous voulez aider les consommateurs, votez l'amendement. Si vous voulez laisser prospérer des pratiques mauvaises pour la santé, ne le votez pas !

M. Paul Molac. Dans ce cas-là, ce n'est pas compliqué : il faut interdire les additifs s'ils sont mauvais.

La commission rejette l'amendement CF8.

Elle examine ensuite l'amendement CF11 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Sarah El Haïry. Toujours dans cet esprit visant à protéger la santé et à orienter la fiscalité dans le bon sens, nous proposons d'augmenter le droit spécifique perçu sur les bières dont le titre alcoométrique dépasse les 11 %, soit, sur celles qui sont extrêmement alcoolisées.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. La question des taux n'est pas simple, que ce soit pour l'alcool ou le sucre. Encore une fois, veillons à opérer des distinctions dans nos débats.

En l'occurrence, nous doutons du ciblage de la taxe car le marché compte soit des bières très fortes produites en très peu de quantité par des industriels et vendues à des prix

plus élevés, soit des bières moins fortes, entre 7 % et 12 %, qui sont, elles, distribuées massivement à des prix plus bas. Une différenciation existe donc déjà.

L'année dernière, lors de la discussion du PLFSS, j'ai moi-même ouvert le débat sur la fiscalisation des boissons aromatisées à base de vin, les « vinipops », en nous inspirant de la taxe existante sur les « prémix ».

En l'état, nous ne pouvons pas vous donner un avis favorable car, outre ce que je viens de dire, il conviendrait de discuter avec des brasseurs. Je vous prie de retirer cet amendement mais je vous encourage à continuer de travailler sur des questions aussi importantes.

La commission rejette l'amendement CF11.

Chapitre 2 **Simplifier et moderniser les relations avec l'administration**

Article 10 : *Unification du recouvrement dans la sphère sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10 sans modification.

Article 11 : *Simplification des démarches des travailleurs indépendants*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11 sans modification.

Article 12 : *Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 sans modification.

Article 13 : *Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13 sans modification.

Article 14 : *Mesures de lutte contre la fraude*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14 sans modification.

Chapitre 3 **Réguler le secteur des produits de santé**

Article 15 : *Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 sans modification.

Article 16 : *Fixation du taux M pour 2020*

La commission est saisie de l'amendement CF6 de Mme Valérie Rabault.

Mme Valérie Rabault. Lorsque les entreprises de médicaments réalisent un certain volume de chiffre d'affaires, elles versent une somme à la sécurité sociale à partir du fameux coefficient M, lequel est calculé à partir du chiffre d'affaires de l'année précédente.

Le PLFSS propose de le réajuster pour 2020 d'une manière un peu supérieure à ce qui était prévu ou réalisé habituellement.

Alors qu'un Français sur quatre a déjà été touché par la pénurie ou la rupture de stock de médicaments – le Gouvernement a annoncé un plan à ce sujet –, je souhaite par cet amendement qu'un coefficient différencié soit appliqué aux entreprises qui ont maintenu un stock et qui ont fait en sorte qu'il n'y ait pas de pénurie, et à celles qui n'ont pas réalisé un tel effort. Je rappellerai ici ce qui s'est passé pour la cortisone et pour un certain nombre d'autres médicaments. Je ne vois pas pourquoi ces entreprises bénéficieraient du bonus de la majoration du coefficient. Je sais que cet amendement peut présenter des limites en termes de rupture d'égalité mais je crois important d'envoyer un signal en la matière.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Vous soulevez là un vrai problème et explorez une piste, un peu à tâtons, avec des chiffres qui pourraient être discutés.

Avis défavorable. Ce sont les modalités que vous proposez qui me paraissent incertaines.

Mme Valérie Rabault. Je retire l'amendement. Je le redéposerai en séance publique afin d'avoir l'avis de la ministre.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Très bien.

L'amendement CF6 est retiré.

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 16 sans modification.

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17 : *Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17 sans modification.

Article 18 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 18 sans modification.

Articles 19 et 20 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 19 et 20 sans modification.

Article 21 : *Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21 sans modification.

Article 22 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 22 sans modification.

Article 23 : *Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 23 sans modification.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020

TITRE I^{ER} POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS

Chapitre 1^{er} Réformer le financement de notre système de santé

Article 24 : *Réforme du financement des hôpitaux de proximité*

La commission est saisie de l'amendement CF19 de Mme Sabine Rubin.

Mme Sabine Rubin. Je remarque, tout d'abord, que la discussion dure une heure lorsqu'il s'agit d'alléger les cotisations des entreprises mais que lorsque je propose d'augmenter la taxe sur certaines entreprises pharmaceutiques, l'amendement est balayé.

Mme Olivia Grégoire, présidente. C'est la mission de la commission des finances d'examiner les amendements et c'est ce qu'elle fait.

Mme Sabine Rubin. Quoi qu'il en soit, si nous sommes ravis du confortement des hôpitaux de proximité dans les zones rurales, urbaines ou périurbaines grâce à l'engagement salubre de l'État, cet article entérine également leur ouverture à l'exercice libéral. Or, celui-ci ne répond pas aux principes d'un véritable service public de santé – liberté d'installation, liberté tarifaire, remboursements moins bons.

Par cet amendement, nous demandons donc l'interdiction de la pratique libérale au sein de ces hôpitaux de proximité.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Je suis un peu embarrassé, ne sachant sur quel mode vous répondre. Dans quel monde vivez-vous ? Notre système de santé repose tout de même depuis longtemps sur un équilibre entre le secteur public et le secteur libéral, et ce dernier est extrêmement encadré et donne entièrement satisfaction.

Vous ne proposez pas de mettre un terme à un dispositif que nous proposerions mais de revenir sur un état de fait que nous souhaitons pour notre part amplifier afin de créer des liens beaucoup plus forts, dont nous avons absolument besoin – à travers les communautés professionnelles territoriales de santé – entre les médecines libérale et hospitalière.

Un tel système est inscrit dans le code de la santé et il donne satisfaction. Je connais ainsi des médecins libéraux qui se rendent dans des hôpitaux, dans ce que l'on appelle des services de porte ou de garde avancée pour soulager les urgences et qui travaillent comme ils le feraient dans leur cabinet.

M. Joël Giraud, rapporteur général. Absolument !

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Ils effectuent simplement ce travail de façon parallèle et je ne vois pas ce qu'il y a de critiquable.

Nous avons du mal à dialoguer sur cette question tant nous vivons dans deux mondes différents. J'ai du mal à comprendre où vous voulez en venir.

Avis évidemment défavorable.

La commission rejette l'amendement CF19.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24 sans modification.

Article 25 : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25 sans modification.

Article 26 : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26 sans modification.

Article 27 : Réforme du financement : nomenclatures de ville

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27 sans modification.

Article 28 : Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28 sans modification.

Article 29 : Prise en charge de médicaments particuliers

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29 sans modification.

Article 30 : *Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 30 sans modification.

Article 31 : *Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31 sans modification.

Chapitre 2 Améliorer l'accès aux soins

Article 32 : *Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 sans modification.

Article 33 : *Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33 sans modification.

Article 34 : *Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 sans modification.

Article 35 : *Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35 sans modification.

Article 36 : *Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 sans modification.

Article 37 : *Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37 sans modification.

Article 38 : *Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38 sans modification.

Article 39 : *Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 sans modification.

Chapitre 3 **Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins**

Article 40 : *Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 sans modification.

Article 41 : *Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41 sans modification.

Article 42 : *Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité*

La commission est saisie de l'amendement CF23 de Mme Sabine Rubin.

Mme Sabine Rubin. Il s'agit de mettre fin au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins car, d'une part, il est fondé sur une mise en concurrence des établissements entre eux et, d'autre part, l'enveloppe globale étant constante, il ne fonctionne que par les sanctions ou les incitations. D'expérience, il s'agit plus d'améliorer les indicateurs que la prise en charge des patients.

M. Éric Alauzet, rapporteur pour avis. Il faut évaluer, améliorer la qualité des soins, la performance, le bon usage des produits de santé, ce à quoi concourent ces dispositifs. Je conviens qu'ils ne sont pas dénués d'inconvénients, donc, veillons à réduire ces derniers, mais ces mesures, comme la rémunération sur objectifs de santé publique – ROSP – pour la médecine libérale, contribuent largement à améliorer la situation. Les professionnels s'interrogent ainsi sur la pertinence de leurs soins, sur leur propre évaluation, et c'est, je crois, une avancée.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement CF23.

Puis, elle émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 42 *sans modification*.

Article 43 : Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 43 *sans modification*.

Article 44 : Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 44 *sans modification*.

TITRE II

PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

Chapitre 1^{er}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45 : Indemnisation du congé de proche aidant

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 45 *sans modification*.

Article 46 : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 46 *sans modification*.

Article 47 : Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 47 *sans modification*.

Chapitre 2

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48 : Création du service public de versement des pensions alimentaires

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 48 *sans modification*.

Article 49 : Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

La commission émet un avis *favorable* à l'adoption de l'article 49 *sans modification*.

Article 50 : *Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 50 sans modification.

Article 51 : *Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 51 sans modification.

Chapitre 3

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52 : *Revalorisation différenciée des prestations sociales*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 52 sans modification.

Article 53 : *Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 53 sans modification.

Article 54 : *Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 54 sans modification.

Article 55 : *Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 55 sans modification.

Article 56 : *Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 56 sans modification.

TITRE III – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 57 : *Dotation de l'assurance-maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 57 sans modification.

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 58 sans modification.

Article 59 : *ONDAM et sous-ONDAM*

La commission examine l'amendement CF28 de M. Éric Coquerel.

Mme Sabine Rubin. Cet amendement propose d'augmenter de 10 milliards la dotation aux EHPAD.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous nous demandons tous comment financer la dépendance, le grand âge et l'autonomie mais... vous avez trouvé ! On prend à droite, on donne à gauche, et c'est terminé !

Je vous taquine mais, plus sérieusement, je ne peux pas accepter un tel amendement. Nous réalisons un véritable effort en faveur des EHPAD, pour la prise en compte du grand âge et de l'autonomie. Les EHPAD ne sont d'ailleurs pas tout : nos concitoyens nous disent également vouloir prendre le virage domiciliaire, ce qui est très important.

Nous serons donc raisonnables : avis défavorable.

Mme Sabine Rubin. Vous pouvez me taquiner : j'ai lancé un chiffre important mais s'il s'agit de trouver 10 milliards, vous savez très bien que nous le pouvons.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. La baguette magique !

Mme Sandrine Rubin. Nous n'arrêtons pas de vous en suggérer les moyens dans la discussion du PLF !

La commission rejette l'amendement CF28.

Puis, elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 59 sans modification.

Article 60 : *Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 60 sans modification.

Article 61 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 61 sans modification.

Article 62 : *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 62 sans modification.

Article 63 : *Objectif de dépenses de la branche famille*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 63 **sans modification**.*

Article 64 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 64 **sans modification**.*

*Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble du projet de loi **sans modification**.*

*

* *

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

● Services du Premier ministre

– Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) : M. Dominique Libault, conseiller d'État, président, directeur général de l'École nationale supérieure de sécurité sociale (ENSSS)

– Conseil d'orientation des retraites (COR) : MM. Pierre-Louis Bras, président, et Emmanuel Bretin, secrétaire général

● Administrations centrales et délégations

– Direction de la sécurité sociale (DSS) : Mme Mathilde Lignot-Leloup, inspectrice générale des affaires sociales, directrice

– Direction du budget (DB) : Mme Marie Chanchole, sous-directrice chargée des finances sociales, et M. David Bonnoit, chef du bureau de la santé et des comptes sociaux

– Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : MM. Jean-Marc Aubert, directeur, et Didier Guidoni, directeur d'hôpital

– Direction générale de l'offre de soins (DGOS) : M. le professeur Philippe Colombat, président de l'observatoire national de la qualité de la vie au travail des professionnels de santé et du médico-social

– Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté (DIPLP) : MM. Olivier Noblecourt, délégué, Vincent Reymond, secrétaire général, et Mme Dorothée Pradines, conseillère chargée de la petite enfance, de la santé, de l'hébergement et de l'alimentation

● Corps d'inspection

– Première chambre de la Cour des comptes et Inspection générale des finances (IGF) : MM. Christian Charpy, conseiller-maître, et Julien Dubertret, inspecteur général des finances, ancien directeur du budget

– Sixième chambre de la Cour des comptes : Mme Martine Latare, conseillère-maître, présidente de section et M. Jean-Pierre Viola, conseiller-maître

● Autorités administratives indépendantes

– Haute autorité de santé (HAS) : Mmes le professeur Dominique Le Guludec, présidente, le docteur Chantal Bélorgey, directrice de l'évaluation médicale et de la santé publique, et M. Pierre de Montalembert, chef de cabinet

– Santé publique France (ANSP) : MM. Martial Mettendorff, directeur général par intérim, et Mili Spahic, directeur de cabinet

● **Organismes de sécurité sociale**

– Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : M. Yann-Gaël Amghar, directeur, Mme Estelle Denize, secrétaire générale, et M. Alain Gubian, directeur des finances, des statistiques, des études et de la prévision

– Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) : M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, président

– Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM) : M. Nicolas Revel, conseiller-maître à la Cour des comptes, directeur général, et Mme Veronika Levendof, responsable du département juridique

– Caisse nationale d’allocations familiales (CNAF) : Mme Isabelle Sancerni, présidente du conseil d’administration, MM. Vincent Mazauric, directeur général, Frédéric Marinacce, délégué aux politiques familiales et sociales, et Mme Patricia Chantin, directrice adjointe de cabinet

– Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) : Mmes Marie-Anne Montchamp, présidente, et Virginie Magnant, directrice

– Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) : MM. Gérard Rivière, président du conseil d’administration, Renaud Villard, directeur, et Mme Pascale Breuil, directrice des statistiques, de la prospective et de la recherche

– Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : M. Frédéric Favié, président

– Fonds de réserves pour les retraites (FRR) : M. Yves Chevalier, membre du directoire

● **Autres organismes paritaires de droit privé**

– Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) : MM. Jean-Claude Barboul, président, et François-Xavier Selleret, directeur général

– Association générale de retraites par répartition (AG2R-La mondiale) : M. François Ringaud, directeur de la retraite complémentaire, Mme Béatrice Saillard, directrice des relations extérieures, M. Rémi Boura, chargé de mission

● **Organisations ordinales et professionnelles**

– Conseil national de l’ordre des médecins (CNOM) : MM. le docteur François Simon, président de la section de l’exercice professionnel, et Francisco Cornet, directeur juridique

– Conseil national de l’ordre des pharmaciens (CNOP) * : MM. Jean-Yves Pouria, vice-président, Bernard Poggi, vice-président de la section des pharmaciens et biologistes, et Mme Hélène Leblanc, directrice des affaires publiques, européennes et internationales

– Fédération hospitalière de France (FHF) : Mme Zaynab Riet, déléguée générale, M. Alexis Thomas, directeur de cabinet, Mme Cécile Chevance, responsable du pôle des finances, M. Marc Bourquin, conseiller stratégique, et Mme Emmanuelle Escudero, chargée de mission

– Fédération de l’hospitalisation privée (FHP) * : Mmes Christine Schibler, déléguée générale, et Béatrice Noellec, directrice des relations institutionnelles

– Fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) * : MM. François Grimonprez, directeur général adjoint, Jean-Christian Sovrano, directeur de l’autonomie et de la coordination des parcours de vie, et François Moro, directeur adjoint de l’offre de soins et de la coordination des parcours de santé

** Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique.*