



N° 4572

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2021.

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 2022 (n° 4523),

PAR M. MICHEL LAUZZANA ET MME CENDRA MOTIN,
députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES...	9
I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : UNE NETTE DÉGRADATION EN 2020, UN REDRESSEMENT PROGRESSIF À COMPTER DE 2021	9
A. L'APPROBATION DES SOLDES DE L'EXERCICE 2020	10
1. Le solde du régime général en 2020	10
2. Le solde des régimes obligatoires de base en 2020	11
3. L'effet cumulé d'une baisse des recettes et d'une hausse des dépenses	12
4. Un exercice perturbé pour la trésorerie de l'ACOSS	15
B. UN SOLDE STABILISÉ EN 2021 MALGRÉ LA PERSISTANCE LA CRISE	15
1. Un contexte macroéconomique toujours bouleversé par le coronavirus	15
2. Le solde rectifié pour le régime général en 2021	16
3. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2021	17
4. Un rétablissement des recettes, mais des dépenses toujours lourdement sollicitées pour la santé des Français	17
C. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2022 ET AU-DELÀ	20
1. Une activité économique vigoureuse dans un contexte incertain	20
2. Le solde prévisionnel pour le régime général en 2022	22
3. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2022	23
4. Une consolidation progressive dans les années à venir	24
D. UNE GESTION RESPONSABLE DE LA DETTE	25
1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette avant la crise	25
a. Les déficits accumulés dans le bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale	25
b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale	25
2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts	28
a. Le cadre constitutionnel	28
b. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes	28
c. Les opérations récentes crédibilisent la cible d'une extinction en 2033	29

II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN PAYSAGE PLUS LISIBLE POUR LES ASSURÉS COMME POUR LES GESTIONNAIRES.....	31
A. DES SIMPLIFICATIONS POUR LES MÉNAGES ET LES ENTREPRISES..	31
1. La contemporanéisation des aides aux services à la personne.....	31
2. Les mesures en faveur des travailleurs	34
a. Le traitement de la participation de l’employeur public à la complémentaire	34
b. La mise en œuvre du plan pour les indépendants.....	35
c. L’extension et l’encadrement du statut de conjoint collaborateur.....	38
3. L’aménagement de la contribution du secteur pharmaceutique	39
a. La réduction de la taxe sur la vente en gros	39
b. L’assujettissement des producteurs	40
B. LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DU RECOUVREMENT	41
1. La poursuite de l’unification des prélèvements dans la sphère sociale	41
2. La dématérialisation des contrôles vis-à-vis de tiers	43
III. LES MOUVEMENTS ENTRE LES SPHÈRES ÉTATIQUE ET SOCIALE.....	44
A. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L’ÉTAT.....	44
1. La compensation des allègements sociaux	44
a. Les grands principes	44
b. Le schéma de compensation.....	45
2. La progression de la place de l’impôt dans les finances sociales	46
B. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES.....	50
SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES	54
I. LA BRANCHE MALADIE : UNE SOLLICITATION EXCEPTIONNELLE DEPUIS LE DÉBUT DE LA CRISE SANITAIRE	55
A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE ET L’ONDAM POUR 2020..	55
1. D’importantes dépenses supplémentaires en 2020 causées par la crise sanitaire...	56
2. Le déploiement des premières mesures du « Ségur de la santé »	61
3. À l’inverse, des sous exécutions importantes, concernant principalement les soins de ville.....	62
B. LES DÉPENSES DE SANTÉ POUR 2021	62
1. Des hypothèses de construction de l’ONDAM adaptées à la situation de crise sanitaire	63
2. Malgré la prudence de la programmation, les aléas de la crise sanitaire et la mise en œuvre du « Ségur de la santé », qui ont conduit à dépasser la prévision	64
3. Une partie des dépassements sans lien avec la crise sanitaire	69

C. LES DÉPENSES DE SANTÉ POUR 2022.....	69
1. La croissance des dépenses hors crise et hors « Ségur de la santé » expliquée en partie par les mesures du conseil stratégique des industries de santé (CSIS).....	72
2. Les effets du « Ségur de la santé » pour 2022	79
3. Une dotation spécifique de crise	82
4. Les autres mesures du PLFSS ayant une influence sur les dépenses.....	83
a. La création d'un cadre pour le financement de la télésurveillance.....	84
b. La réforme des modes de financement des établissements de santé et médico-sociaux	85
c. Extension du remboursement de la contraception aux majeures de moins de 25 ans	88
II. LES DÉPENSES DE RETRAITE DURABLEMENT EN CROISSANCE MALGRÉ LE RALENTISSEMENT DES LIQUIDATIONS DE PENSIONS	88
A. EN 2020, LES DÉPENSES DE RETRAITE PLUS IMPORTANTES ET UNE CHUTE DES RECETTES.....	88
B. DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN 2021, UN SOLDE TOUJOURS DÉGRADÉ.....	93
C. UNE CROISSANCE DES DÉPENSES STABLE EN 2022.....	93
1. Les équilibres et objectifs de dépenses	94
2. Les mesures du PLFSS ayant une incidence sur les dépenses.....	95
a. La reprise de trimestres des indépendants (article 51).....	95
b. L'extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux (article 53).....	96
III. LA BRANCHE FAMILLE MARQUÉE PAR DES MESURES DE TRANSFERT ET LE RENFORCEMENT DU CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT	97
A. POUR 2020, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES MODÉRÉE MAIS CONTRASTÉE SELON LES CATÉGORIES DE PRESTATIONS.....	97
B. POUR 2021, DES EFFETS DE PÉRIMÈTRE MASSIFS	99
C. POUR 2022, UNE MODÉRATION DES DÉPENSES	99
1. Les équilibres et objectifs de dépenses	99
2. La généralisation de l'intermédiation financière pour le versement des pensions alimentaires (article 49).....	100
IV. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP TOUCHÉES TEMPORAIREMENT PAR LE RALENTISSEMENT DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE	101
A. POUR 2020, DES DÉPENSES MOINS DYNAMIQUES	101
B. DES PRÉVISIONS DE RETOUR À LA NORMALE POUR 2021 ET 2022	102

V. LA BRANCHE AUTONOMIE : DES ÉVOLUTIONS MASSIVES TANT DE PÉRIMÈTRE QU'EN DÉPENSES	102
A. L'ANNÉE 2021, ANNÉE DE NAISSANCE MARQUÉE PAR UN DÉFICIT	103
B. L'ANNÉE 2022, MARQUÉE PAR UN MOUVEMENT DE REVALORISATION DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL	104
1. Les dépenses et l'équilibre de la branche	104
2. Une réforme approfondie du financement des services à domicile	105
EXAMEN EN COMMISSION	109
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	137

INTRODUCTION

Ce rapport présente, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, l'avis de M. Michel Lauzzana et Mme Cendra Motin sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.

Le texte présenté par le Gouvernement est marqué par :

– l'accompagnement vers la sortie de la crise liée à l'épidémie de covid-19, de sorte que le solde de l'agrégat conventionnel (*cf. infra*) serait déficitaire de 38,7 milliards d'euros en 2020, puis de 34,6 milliards d'euros en 2021 et enfin de 21,6 milliards d'euros en 2022 ;

** sur le plan des recettes (438,2 milliards d'euros en 2022)*

– la poursuite de la centralisation du prélèvement des cotisations et contributions auprès des URSSAF, amorcée en 2019 ;

– la contemporanéisation des aides pour les services à la personne (prolongation d'une expérimentation favorable à la trésorerie des particuliers) ;

– l'alignement du régime fiscal et social de la participation financière de l'employeur public à la couverture santé complémentaire sur celui du secteur privé ;

– plusieurs simplifications pour les indépendants (modulation des prélèvements en temps réel, suppression d'une pénalité, allègement des délais pour les micro-entrepreneurs, extension d'un téléservice et octroi d'un trimestre supplémentaire pour l'apurement des dettes liées à la crise) ;

– l'adaptation du statut de conjoint collaborateur (calcul des prélèvements, élargissement aux concubins et plafonnement à cinq ans pour éviter les abus) ;

– la possibilité pour les agents chargés de la lutte contre la fraude de se faire communiquer des informations bancaires par voie dématérialisée ;

– l'ajustement technique annuel de plusieurs taxes sur les produits de santé ;

** sur le plan des dépenses (459,8 milliards d'euros en 2022)*

– la progression de 3,8 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, hors charges liées à la crise, notamment du fait de la montée en puissance des mesures de revalorisation du « Ségur de la santé » ;

– la définition de l'organisation et des modalités de financement par l'assurance maladie de la télésurveillance médicale, afin de poursuivre les expérimentations menées (sur la surveillance de maladies chroniques ou de malades du covid-19) par la création d'un cadre commun ;

– l'adaptation de la mise en œuvre des réformes du financement des établissements de santé et médico-sociaux pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, de psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation ;

– les avancées dans la réforme du financement des urgences, initiée dès 2020, avec des dispositions sur les honoraires des praticiens exerçant dans les structures des urgences dans les établissements privés et le report de l'entrée en vigueur du forfait « patient urgence », en raison de la prolongation au second semestre 2021 de la garantie de financement des établissements de santé ;

– l'extension du complément de traitement indiciaire (équivalent à une revalorisation salariale de 183 euros nets mensuels), accordé aux professionnels de santé et à certains personnels du secteur médico-social ;

– l'harmonisation du financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes dépendantes, par l'instauration d'un plancher national fixé à 22 euros par heure ;

– l'amélioration de l'accès aux produits de santé innovants (dispositifs médicaux numériques, aménagement du forfait pour l'innovation, poursuite de la réforme de l'accès précoce aux produits de santé innovants et plus particulièrement aux thérapies innovantes) ;

– l'instauration d'un mécanisme permettant la prise en compte, lors de la fixation des prix des produits de santé, de leur lieu de production, afin de favoriser la relocalisation de l'industrie pharmaceutique ;

– l'extension de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de la contraception pour les femmes jusqu'à 25 ans.

*

* *

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, seules 7 des 37 réponses attendues (soit 19 %) avaient été transmises aux rapporteurs pour avis.

*

* *

Nota bene : dans les tableaux et graphiques du présent rapport pour avis, des effets d'arrondis ou de transferts peuvent expliquer que les totaux soient légèrement inférieurs ou supérieurs à l'addition des agrégats qu'ils retracent.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES

La présente partie porte sur les articles 1^{er} et 2, 6 à 9 et 12 à 25 du PLFSS et analyse les perspectives d'ensemble pour le budget de la sécurité sociale (I), ainsi que les principales mesures s'agissant des recettes (II) et les mouvements entre les branches et l'État ou entre ces branches elles-mêmes (III).

I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : UNE NETTE DÉGRADATION EN 2020, UN REDRESSEMENT PROGRESSIF À COMPTER DE 2021

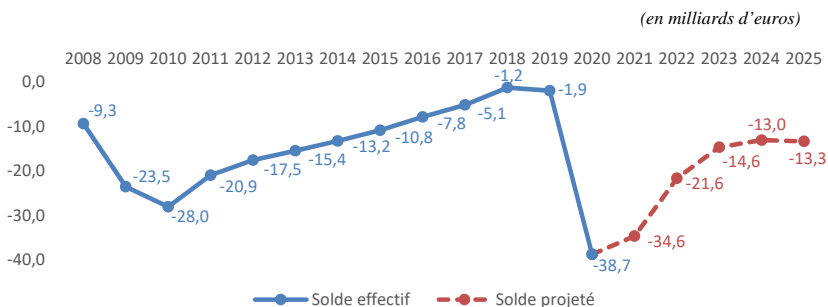
Si le déficit des administrations relevant de la LFSS s'améliore en 2020 par rapport à l'estimation d'il y a un an (A), la persistance du risque sanitaire et des tensions économiques accompagne celle d'un important déséquilibre des comptes sociaux en 2021 et en 2022 (B). Le solde devrait lentement se résorber (C), à mesure que se poursuivrait le schéma d'extinction de la dette sociale (D).

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

Par convention, le solde de la sécurité sociale s'entend comme l'agrégation de celui des branches du régime général, désormais au nombre de cinq, et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Déficitaire depuis 2002, le résultat avait connu un premier point bas en 2010 avec un passif de 28 milliards d'euros, avant de s'améliorer constamment jusqu'en 2018.

Alors que la sécurité sociale devait se rapprocher de l'équilibre d'ici 2023, la crise liée à l'épidémie de covid-19 bouleverse ces perspectives. Les exercices 2020, 2021 et 2022 devraient connaître un déficit de respectivement 38,7, 34,6 et 21,6 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DU DÉFICIT AGRÉGÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE 2008 À 2025



Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2010 à 2021 et du PLFSS pour 2022.

Contrairement à ce que traduit l'analyse de loi de règlement du budget 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 d'une loi de financement à l'autre ne saurait s'assimiler à une sur-exécution ou une sous-exécution.**

En effet, les 1^o à 3^o 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.

A. L'APPROBATION DES SOLDES DE L'EXERCICE 2020

Aux termes de l'**article 1^{er} du PLFSS**, tant le régime général **(1)** que l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale **(2)** affichent en 2020 un déficit inédit, quoique légèrement moins important qu'envisagé, ce qui s'explique principalement par les recettes **(3)**.

1. Le solde du régime général en 2020

Sur le périmètre du seul régime général, le déficit s'établit à 36,2 milliards d'euros ; en intégrant le FSV, **le déficit atteint 38,7 milliards d'euros en 2020.**

La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) et la Cour des comptes ont respectivement qualifié cette dégradation de 33,2 milliards d'euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2020 et même de 36,8 milliards d'euros par rapport au résultat de l'exercice 2019 de « *détérioration massive [...] sans précédent* » ⁽¹⁾ et de « *rupture* » ⁽²⁾.

La commission des finances s'était attachée à étudier les conséquences de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises par les pouvoirs publics afin de protéger la santé et les emplois des Français au début de l'été ⁽³⁾ puis à l'automne ⁽⁴⁾ de l'année écoulée.

(1) CCSS, Résultats pour 2020 et prévisions pour 2021, juin 2021.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des LFSS, 7 octobre 2021.

(3) Contribution de Mme Cendra Motin au rapport d'information n° 3197 de M. le président Éric Woerth, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 10 juillet 2020.

(4) Avis n° 3434 de Mmes Christelle Dubos et Cendra Motin sur le PLFSS pour 2021, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2020.

SOLDE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL (RG) ET DU FSV EN 2020

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 3,3	- 33,7	- 30,4
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	- 0,4	- 0,2
Vieillesse	- 2,7	- 8,6	- 3,7
Famille	+ 0,7	- 3,5	- 1,8
Régime général	- 4,1	- 46,1	- 36,2
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,4	- 2,9	- 2,5
RG + FSV	- 5,4	- 49,0	- 38,7

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

Le solde négatif est principalement porté par les branches maladie et vieillesse. À l'inverse, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) demeure très proche de l'équilibre.

2. Le solde des régimes obligatoires de base en 2020

Sur ce périmètre plus large ⁽¹⁾, le déficit atteint 47,8 milliards d'euros en 2020, et même 50,7 milliards d'euros en tenant compte du FSV.

**SOLDE DES BRANCHES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (ROBSS)
ET DU FSV EN 2020**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 3,4	- 33,7	- 30,5
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	- 0,4	- 0,1
Vieillesse	- 3,2	- 10,3	- 4,9
Famille	+ 0,7	- 3,5	- 1,8
Régimes obligatoires de base	- 4,5	- 47,8	- 37,3
ROBSS + FSV	- 5,9	- 50,7	- 39,7

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

La Cour des comptes relève que le décalage d'un milliard d'euros entre les ROBSS et le RG tient à la « hausse continue depuis 2018 du déficit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL) », dont dépendent aussi les fonctionnaires hospitaliers (1,5 milliard d'euros en 2020, après 700 millions d'euros et 500 millions d'euros en 2019 et 2018).

(1) D'après la CCSS, « outre le régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations, il existe onze 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 : fonction publique d'État, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales, Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, Caisse nationale des industries électriques et gazières. 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 maladie). Le plus souvent, elles bénéficient d'une couverture de l'employeur. »

3. L'effet cumulé d'une baisse des recettes et d'une hausse des dépenses

Les produits du RG et du FSV sont de 390,8 milliards d'euros en 2020, pour des charges de 429,4 milliards d'euros.

Environ 100 milliards d'euros doivent être ajoutés à ces deux chiffres si l'on prend en considération tous les ROBSS.

RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV EN 2020

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2022 (approbation)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,3	238,8	- 30,4
Accidents du travail et maladies pro.	12,1	12,3	- 0,2
Vieillesse	135,9	139,6	- 3,7
Famille	48,2	50,0	- 1,8
Régime général	391,6	427,8	- 36,2
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,1	- 2,5
RG + FSV	390,8	429,4	- 38,7
Régimes obligatoires de base	499,3	536,6	- 37,3
ROBSS + FSV	497,2	537,0	- 39,7

	LFSS pour 2021 (rappel)		
	Recettes	Dépenses	Solde
RG + FSV	380,8	429,8	- 49,0
ROBSS + FSV	486,7	537,4	- 50,7

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

- En l'absence de dépôt d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS), véhicule moins souple que les projets de loi de finances rectificative (PLFR) qui n'a été mobilisé qu'à deux reprises⁽¹⁾, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses n'ont été révisées qu'à la faveur de l'examen de la deuxième partie du PLFSS pour 2021.

Finalement, le solde du RG et du FSV pour 2020 est dégradé de 36,8 milliards d'euros en comparaison avec le solde constaté pour 2019 et de 33,2 milliards d'euros avec la cible de la LFSS pour 2020, mais consolidé de 10,3 milliards d'euros en comparaison avec la révision de la LFSS pour 2021 et surtout conforme à l'estimation publiée en juin 2021 par la CCSS.

- Tant la dégradation par rapport à 2019 que l'amélioration par rapport aux perspectives révisées tiennent majoritairement à l'évolution des **recettes**.

À l'échelle du régime général et du FSV, leur baisse par rapport au niveau constaté l'année précédente (- 2,9 %) et à celui envisagé par la LFSS pour 2020 (- 4,6 %), ainsi que leur progression relativement à l'actualisation de la LFSS pour 2021 (+ 2,5 %) se répartissent comme suit.

(1) Lois n° 2011-894 du 28 juillet 2011 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2011 et n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

ÉVOLUTION DES PRODUITS NETS DU RG ET DU FSV EN 2020

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2022	Solde pour 2019		Prévision LFSS pour 2020		Prévision LFSS pour 2021	
		Montant	Δ	Montant	Δ	Montant	Δ
Cotisations sociales	191,9	203,7	- 11,8	208,1	- 16,2	180,4	+ 11,5
Cotisations de l'État	6,5	5,3	+ 1,2	5,0	+ 1,5	7,1	- 0,6
Contrib. sociale généralisée	97,3	100,8	- 3,5	102,0	- 4,7	83,8	+ 13,5
Impositions de toutes natures	77,2	77,0	+ 0,2	79,4	- 2,2	93,0	- 7,8
Autres contributions	8,0	6,8	+ 1,2	6,7	+ 1,3		
Charges de non-recouvrement	- 7,5	- 1,6	- 5,9	- 1,7	- 5,8	n. c.	
Transferts nets	8,9	4,0	+ 4,9	3,7	+ 5,2	3,4	+ 5,5
Autres produits	8,3	6,7	+ 1,6	6,3	+ 2,0	7,8	+ 0,5
Total (net)	390,8	402,6	- 11,8	409,6	- 18,8	381,1	+ 9,7

Sources : Cour des comptes ; commission des comptes de la sécurité sociale.

Les variations d'une estimation à l'autre ont été massives pour les cotisations, la contribution sociale généralisée (CSG) et les autres impositions de toutes natures – taxe sur les salaires (TS), contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), accises sur les tabacs, etc. –, mais moins sensibles pour les cotisations fictives de l'État et les ressources diverses. Plusieurs phénomènes se sont combinés : le recul de l'activité (- 7,9 %), de l'emploi salarié (- 1,2 %) et de la masse salariale (- 5,7%), mais aussi le financement exceptionnel de l'activité partielle ou la simplification de l'attribution d'indemnités journalières (IJ) d'isolement ⁽¹⁾, la suspension pendant six mois des prélèvements des indépendants, puis leur calcul sur la base de 50 % des revenus professionnels de l'exercice antérieur, déduction faite des sommes déjà appelées en janvier et février 2020, et enfin des reports et exonérations généraux.

- Quant aux **dépenses** du régime général et du FSV en 2020, elles ont augmenté de 24,9 milliards d'euros (+ 6,4 %) en comparaison avec 2019 et dépassé de 14,6 milliards d'euros (+ 3,5 %) la cible de la LFSS pour 2020, pour s'établir à 400 milliards de moins (- 0,1 %) que la révision de la LFSS pour 2021. La quasi-totalité de la différence tient à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour 219,5 milliards d'euros en 2020, alors qu'il s'était élevé à 200,6 milliards d'euros en 2019 et que la prévision de cet ONDAM dans la LFSS pour 2020 s'élevait à 205,6 milliards d'euros avant d'avoir été revue à 218,9 milliards d'euros dans la LFSS pour 2021.

- La Cour des comptes a certifié que huit des neuf jeux de comptes soumis à son contrôle – celui de chacune des branches, ainsi que les états financiers de l'ACOSS en tant qu'établissement et des caisses nationales d'assurance maladie (CNAM), d'assurance vieillesse (CNAV) et d'allocations familiales (CNAF) – sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine du régime général ⁽²⁾.

(1) Ces deux revenus sont exonérés de cotisations salariales et patronales de sécurité sociale, mais assujettis (sur une assiette abattue de 1,75 %) à la contribution sociale généralisée au taux réduit de 6,2 % et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale au taux de 0,5 %.

(2) Articles L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale et L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières.

À cette occasion, la Cour a formulé 32 réserves, contre 28 pour l'exercice 2019, tenant majoritairement à l'insuffisance du contrôle interne. Parmi les inexactitudes que de telles diligences auraient permis d'éviter, sont par exemple cités le suivi des séjours facturés par les établissements de santé, la correction des écritures d'inventaire servant au calcul des rentes pour incapacité permanente ou encore celle des déclarations des allocataires de la branche famille.

Cependant, pour la première fois depuis 2012, la Cour des comptes s'est montrée dans l'**impossibilité de certifier l'activité de collecte** gérée par le réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). La juridiction explique ce refus par le « *caractère significatif, cumulatif et diffus des cinq motifs suivants* [...] :

– « *les produits et créances notifiés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à ses attributaires sont affectés par des incertitudes majeures [liées à] la crise ;*

– « *les dispositifs généraux de contrôle interne [...] ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière [...]* ;

– « *les principaux processus [...] couvrent insuffisamment [ces mêmes] risques ; la justification des comptes est affectée par des désaccords portant sur la comptabilisation des produits et des charges, ainsi que par des limitations et incertitudes portant sur les enregistrements [...]* ;

– « *une partie des produits à recevoir au titre des remises dues par les entreprises pharmaceutiques est affectée par des incertitudes ;*

– « *la procédure de suivi des litiges gérés par le comité économique des produits de santé (CEPS) ne procure pas une assurance raisonnable sur le niveau de leur provisionnement* ».

DÉCOMPOSITION DES ÉCARTS EN 2020 AUX PRÉVISIONS DES LFSS POUR 2020 ET 2021

(en milliards d'euros)

	2019	2020		2020
Prévisions LFSS 2020	-5,4	-5,4	Prévisions LFSS 2021	-49,0
Recettes sur les revenus d'activité	1,5	-25,3	Recettes nettes sur revenus d'activité	8,3
Secteur privé	0,0	-19,2	Secteur privé (yc PEC Etat)	6,5
Travailleurs indépendants (y compris PAM)	1,0	-5,7	Secteur public	-0,3
Autres secteurs	0,5	-0,4	Travailleurs indépendants (yc PAM / yc PEC Etat)	1,6
Recettes fiscales	0,4	-2,0	Autres (EPM et secteur agricole)	0,6
CSG remplacement	0,0	0,6	Recettes fiscales	2,4
Prestations sociales	0,9	-12,9	CSG remplacement	-0,6
ONDAM	0,2	-14,0	Autres recettes	-0,1
hors ONDAM	0,1	0,4	Prestations sociales	0,4
Vieillesse	0,4	0,9	ONDAM	-0,6
Famille	0,2	-0,2	hors ONDAM	0,3
Prestations extralégales	0,0	0,2	Vieillesse	0,4
Compensation démographique	-0,2	0,6	Famille	0,0
Soutle FRR		5,0	Autres	0,1
Gestion administrative	0,4	0,5	Prestations extralégales	0,2
Autres	0,4	0,3	Transferts nets	0,2
Ensemble des révisions	3,5	-33,2	Autres (y compris gestion administrative, recours contre tiers)	-0,3
Soldes définitifs	-1,9	-30,7	Ensemble des révisions	10,4
			Solde définitif	-30,7

Source : annexe IV du PLFSS pour 2022.

4. Un exercice perturbé pour la trésorerie de l'ACOSS

Compte tenu du niveau des déficits cumulés en début d'exercice 2020, soit 31 milliards d'euros, et de l'importance de la diminution des recettes, il est brièvement apparu que la trésorerie des régimes ne suffirait pas à honorer le versement des prestations dues au début de l'état d'urgence sanitaire ⁽¹⁾.

Le renouvellement très fréquent de ses titres – l'horizon est de cinq à sept jours en période normale – présente pour l'ACOSS un avantage compétitif en termes de taux, mais l'expose à un risque en cas de rupture sur les marchés.

Un tel aléa s'est brièvement matérialisé à la mi-mars 2020, quand des tensions sur les places secondaires ont dissuadé, sinon empêché, l'ACOSS d'émettre auprès des places financières pendant près de deux semaines.

Avec le soutien de l'AFT, des solutions ont été trouvées auprès de la CDC et des spécialistes en valeur du Trésor (SVT) – quinze établissements bancaires d'envergure internationale qui constituent les « *contreparties privilégiées de l'agence* » et « *ont la responsabilité de participer aux adjudications, de placer les valeurs du Trésor et d'assurer la liquidité du marché secondaire* » ⁽²⁾.

Par ailleurs, le plafond d'emprunt à douze mois de l'ACOSS, initialement fixé à 39 milliards d'euros ⁽³⁾, a été porté à 70 milliards d'euros, puis à 95 milliards d'euros ⁽⁴⁾, lui permettant d'engager une politique d'allongement de ses émissions.

Cette triple stratégie a stabilisé la trésorerie du régime général, lui permettant d'assumer non seulement ses charges régulières mais aussi ses interventions massives au bénéfice des ménages et des entreprises ⁽⁵⁾.

B. UN SOLDE STABILISÉ EN 2021 MALGRÉ LA PERSISTANCE LA CRISE

En dépit d'une conjoncture sanitaire et économique dégradée **(1)**, les déficits du régime général **(2)** et des régimes obligatoires de base **(3)** pour l'année en cours seraient légèrement inférieurs à leur niveau prévisionnel.

1. Un contexte macroéconomique toujours bouleversé par le coronavirus

Avec la survenue des « troisième et quatrième vagues » de l'épidémie de covid-19, les principales hypothèses macroéconomiques sur lesquelles reposaient le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS pour 2021, que le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) avait alors qualifiées de « *plausibles* » pour l'essentiel, mais de « *volontaristes* » par certains aspects ⁽⁶⁾, ont eu besoin d'être révisées, ce à

(1) Chapitre I^{er} bis du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique.

(2) Charte du 1er janvier 2019 entre l'AFT et les SVT.

(3) Article 30 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(4) Décrets nos 2020-327 du 25 mars 2020 et 2020-603 du 20 mai 2020.

(5) Avis n° 3434, précité.

(6) Avis n° 2019-3 du 23 septembre 2019 relatif aux PLF et PLFSS pour 2020.

quoi le Gouvernement s'est employé à la faveur de la transmission du programme de stabilité (PSTAB) à la Commission européenne en avril, puis de l'examen de la première LFR pour l'exercice en cours ⁽¹⁾ et du débat d'orientation des finances publiques (DOFP) de juillet dernier, et enfin de celui du présent PLFSS.

VARIATION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES **POUR 2021**

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2021	1 ^{er} PLFR pour 2021	PLF et PLFSS pour 2022
Produit intérieur brut (PIB)	+ 8,0 %	+ 5,0 %	+ 6,0 %
Masse salariale ⁽²⁾	+ 6,5 %	+ 4,9 %	+ 6,2 %
Indice des prix à la consommation (IPC)	+ 0,7 %	+ 1,1 %	+ 1,5 %
Consommation des ménages	+ 6,2 %	+ 4,0 %	+ 4,1 %
Investissement des entreprises	+ 17,2 %		+ 12,2 %
Investissement public	+ 12,1 %		+ 12,0 %
Demande mondiale adressée à la France	+ 6,5 %		+ 10,4 %

Source : Haut conseil des finances publiques.

Conformément à l'article 14 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques (LOPGFP), le HCFP s'est prononcé sur ces hypothèses au début ⁽³⁾ et à la fin du printemps ⁽⁴⁾, ainsi qu'à la fin du mois de septembre dernier ⁽⁵⁾. Les principales conclusions de son dernier avis sont rappelées *infra*.

Inévitablement, le réajustement des perspectives économiques porte une incidence 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) ;

– de l'autre, de nombreux dispositifs de solidarité sont indexés pour tout ou partie sur l'évolution du coût de la vie.

L'effet de la crise, comme celui d'un retour de la croissance, sur les comptes des administrations de sécurité sociale (ASSO) sont donc massifs.

2. Le solde rectifié pour le régime général en 2021

L'article 9 du PLFSS indique qu'à la fin de l'année en cours, le régime général serait en **déficit** à hauteur de 32,3 milliards d'euros et de **34,6 milliards d'euros** avec le FSV. Un tel résultat demeure particulièrement défavorable mais n'en marque pas moins une amélioration de 4,1 milliards d'euros par rapport à 2020 et de 1,2 milliard d'euros par rapport à la projection de la LFSS pour 2021.

(1) Exposé des motifs du projet devenu la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021.

(2) Au sens de celle du secteur marchand non-agricole relevant des URSSAF.

(3) Avis n° 2021-2 relatif au PSTAB pour les années 2021 à 2027.

(4) Avis n° 2021-3 relatif au premier PLFR pour 2021.

(5) Avis n° 2020-4 relatif aux PLF et PLFSS pour 2022.

SOLDE DES BRANCHES DU RG ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 2,0	- 23,7	- 30,0
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	+ 0,2	+ 0,6
Vieillesse	- 3,9	- 9,7	- 3,7
Famille	+ 0,9	+ 0,3	+ 1,2
Autonomie	<i>s. o.</i>	- 0,4	- 0,4
Régime général	- 3,6	- 33,3	- 32,3
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,0	- 2,4	- 2,4
RG + FSV	- 4,1	- 35,8	- 34,6

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

Compte tenu de son poids dans la répartition des recettes et de l'imputation majoritaire des surcoûts provoqués par le coronavirus sur les soins hospitaliers, la branche maladie afficherait à elle seule un déficit de 30 milliards d'euros, minoré de 400 millions d'euros par rapport à l'exercice 2020 mais creusé de 6,7 milliards d'euros par rapport à la cible de la LFSS pour 2021.

Les branches AT-MP et famille seraient excédentaires et la branche autonomie terminerait son premier exercice avec un déficit identique à la prévision : tant ses recettes que ses dépenses l'auraient dépassée de 600 millions d'euros ⁽¹⁾.

3. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2021

Aux termes du même **article 9**, pour les ROBSS, le **déficit** serait de 32,5 milliards d'euros en 2021 et de **34,8 milliards d'euros** avec le FSV.

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 2,0	- 23,7	- 30,0
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	+ 0,3	+ 0,7
Vieillesse	- 4,4	- 9,0	- 4,0
Famille	+ 0,9	+ 0,3	+ 1,2
Autonomie	<i>s. o.</i>	- 0,4	- 0,4
Régimes obligatoires de base	- 4,1	- 32,5	- 32,5
ROBSS + FSV	- 5,1	- 34,9	- 34,8

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

4. Un rétablissement des recettes, mais des dépenses toujours lourdement sollicitées pour la santé des Français

Le présent PLFSS indique que les recettes du régime général et du FSV représenteraient 421,7 milliards d'euros en 2021, soit 13,8 milliards d'euros de plus que la prévision, tandis que les dépenses s'élèveraient à 456,3 milliards d'euros, soit

(1) Les données du Gouvernement et de la CCSS diffèrent significativement, le premier retenant un déficit de 0,4 milliard d'euros pour la branche autonomie quand la seconde envisage 0,9 milliard d'euros : il s'agit de deux choix d'imputation pour le même transfert de 0,5 milliard d'euros de taxe sur les salaires.

12,6 milliards d'euros au-dessus de la cible de la dernière LFSS : *in fine*, le solde (– 34,6 milliards d'euros) ne s'écarte que de 1,2 milliard d'euros de l'estimation.

Par rapport au dernier exercice, les recettes progressent de 31,0 milliards d'euros, compensant le surcroît de dépenses à hauteur de 26,9 milliards d'euros.

RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2022 (prévision)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	200,7	230,7	– 30,0
Accidents du travail et maladies pro.	13,1	12,5	+ 0,6
Vieillesse	140,0	143,7	– 3,7
Famille	50,5	49,4	+ 1,2
Autonomie	31,8	32,2	– 0,4
Régime général	422,5	454,7	– 32,3
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	19,6	– 2,4
RG + FSV	421,7	456,3	– 34,6
Régimes obligatoires de base	531,3	563,8	– 32,5
ROBSS + RSV	529,3	564,1	– 34,8

	LFSS pour 2021 (rappel)		
	Recettes	Dépenses	Solde
RG + FSV	407,9	443,7	– 35,8
ROBSS + FSV	517,5	552,4	– 34,9

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

● Avant la crise, la LFSS pour 2020 envisageait une croissance de 2,3 % des **recettes** entre 2019 et 2020, puis de 2,6 % entre 2020 et 2021. La LFSS pour 2021 avait respectivement ajusté ces perspectives dans le sens d'une contraction de 5,4 % puis d'une hausse de 7,1 %. Les données révisées du PLFSS pour 2022 font état d'une baisse des recettes de 2,9 % entre 2019 et 2020, puis d'un vif ressaut entre 2020 et 2021, avec 7,9 %.

Une fois neutralisés les changements de périmètre (la création de la branche autonomie fait entrer 5,2 milliards d'euros dans le champ de la LFSS et 300 millions d'euros ont été attribués par l'État au titre de la TVA pour compenser le transfert de l'allocation supplémentaire d'invalidité), la hausse des recettes est de 6,6 %.

ÉVOLUTION DES PRODUITS NETS DU RG ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2022	Solde pour 2020		Prévision LFSS pour 2021	
		Montant	Δ	Montant	Δ
Cotisations sociales	205,1	191,9	+ 13,2	201,4	+ 3,7
Cotisations de l'État	7,4	6,5	+ 0,9	5,8	+ 1,6
Contrib. sociale généralisée	105,0	97,3	+ 7,7	104,4	+ 0,6
Impositions de toutes natures	93,8	85,2	+ 8,6	88,0	+ 5,8
Charges de non-recouvrement	– 2,5	– 7,3	+ 4,8	– 2,2	– 0,3
Transferts nets	4,0	8,9	– 5,0	+ 1,1	+ 1,8
Autres produits	8,8	8,1	+ 0,7	+ 8,2	+ 0,6
Total (net)	421,7	390,8	+ 31,0	407,9	+ 13,8

Sources : Cour des comptes ; commission des comptes de la sécurité sociale.

Naturellement, cette progression des ressources du régime général et du FSV bénéficie d'un effet base lié au rétablissement des assiettes (masse salariale, consommation, etc.) suivant un rythme comparable à celui du PIB.

La Cour des comptes souligne certains phénomènes ambivalents : d'un côté, le moindre recours à l'activité partielle contribue à la hausse du salaire moyen par tête (4,8 %) mais, de l'autre, il ne permet pas d'effacer les pertes de cotisations sociales puisque les rémunérations de droit commun bénéficient d'allègements généraux ; symétriquement, la CSG assise sur les revenus d'activité progresse de 8,2 %, mais celle sur les revenus de remplacement recule de 1,7 % ; malgré leur caractère dépensier (*cf. infra*), les revalorisations salariales des personnels des établissements de santé et médico-sociaux (ESMS) fourniraient 1,9 milliard d'euros de recettes à la sécurité sociale.

La régularisation des prélèvements des travailleurs indépendants non-appelés en 2020 aurait un effet favorable de 4,1 milliards d'euros et les charges liées à l'incapacité de certains employeurs à régler leurs dettes fiscales ne seraient que de 2,5 milliards d'euros, au-delà du niveau de 2019 (1,6 milliard) mais en amélioration par rapport à l'estimation de la LFSS pour 2021 (7,3 milliards d'euros).

Trois recettes ponctuelles sont à signaler en 2021 : 500 millions d'euros au titre de la taxe exceptionnelle due par les organismes complémentaires (après un milliard d'euros en 2020) ; 800 millions d'euros versés par l'État *via* les programmes de relance de l'Union européenne (UE) ; 175 millions d'euros issus des réserves de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).

TAUX DES AIDES « COVID-19 » AU REGARD DES COTISATIONS DUES

(en pourcentage)

	Pour un salaire de x SMIC					
	1,0	1,3	1,6	2,5	3,5	5,0
Taux facial de cotisations patronales	46,2					
<i>Allègements généraux</i>	- 32,1	- 12,7			0,0	
<i>Réduction de taux (branches maladie et famille)</i>	- 7,8					
Taux réel de cotisations patronales avant-crise	6,3	25,7	38,4		44,4	46,2
<i>Exonération « covid-19 »</i>	0,0	- 13,7	- 26,0	- 25,1	- 30,7	- 29,1
<i>Exonération « covid-19 » / cotisations</i>	0,0	53,0	68,0	65,0	69,0	63,0
Taux réel de cotisations patronales après-crise	6,3	12,0	12,3	13,3	13,7	17,1
<i>Aide au paiement</i>	- 20,0					
<i>Exo. « covid-19 » + aide / cotisations</i>	- 316	- 131	- 120	- 117	- 114	- 106

Source : direction de la sécurité sociale.

Lecture : pour un salarié dont la rémunération est équivalente à 1,3 SMIC, l'application des allègements généraux et des réductions de taux conduisent à un taux de cotisations restant dues de 25,7 %. Pour ce niveau de rémunération, le taux d'exonération « covid-19 » s'établit à 13,7 % (soit environ la moitié, 53 %, des cotisations restant dues).

L'aide au paiement qui complète le dispositif d'exonération est calculée comme 20 % de l'assiette de cotisations et permet donc de couvrir un montant supérieur à celui dû au titre d'un mois donné.

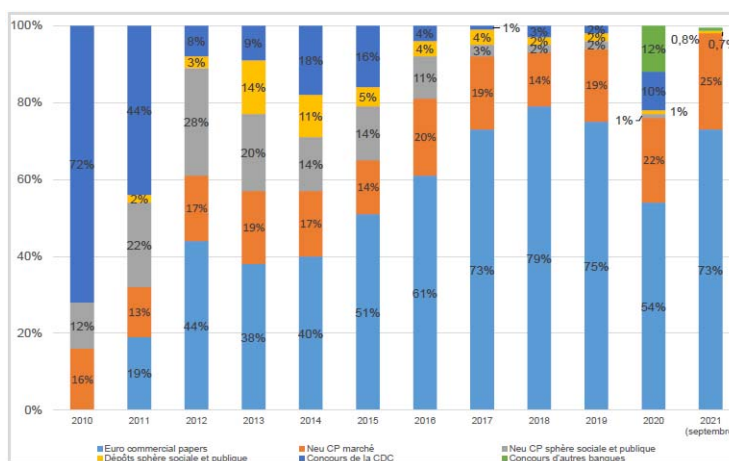
Ainsi, pour un salarié dont la rémunération équivaut à 1,3 SMIC, les deux dispositifs (exonération « covid-19 » et aide au paiement) peuvent s'élever jusqu'à 1,3 fois le montant des cotisations dues (131 %).

- Les **dépenses**, analysées *infra*, croissent de 2,8 % en 2021 (au lieu des prévisions de 2,3 % et de 3,2 % au titre des LFSS pour 2020 et 2021), marquées par à la fois par les charges de soin et par les mesures du « Ségur de la santé ».

- L'ACOSS – qui, depuis janvier 2021, utilise le nom « URSSAF caisse nationale » dans son seul rôle de tête de réseau de ces unions, sans changement des textes normatifs concernant l'établissement – a indiqué au cours de son audition par les rapporteurs pour avis avoir connu en 2021 une « *meilleure situation que celle qui était envisagée il y a un an* ». Ce retour progressif à la normale s'agissant du niveau et du rythme (les prélèvements automatiques affichent un taux d'échec supérieur de 1 % seulement par rapport à 2019 et les sommes en jeu reculent chaque mois) est cohérent avec le rétablissement de la conjoncture, mais aussi du fonctionnement des marchés : ces derniers ont financé l'ACOSS dans les mêmes conditions qu'avant la crise.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DE L'ACOSS DE 2010 À 2021

(en pourcentage)



Source : direction de la sécurité sociale.

C. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2022 ET AU-DELÀ

Le niveau de la croissance (1) permet d'anticiper une amélioration relative de la situation du régime général (2) et des régimes obligatoires de base (3) en 2021, puis un scénario de rétablissement modéré mais constant (4).

1. Une activité économique vigoureuse dans un contexte incertain

Selon le Gouvernement, « *le niveau de l'activité en 2022 s'établirait à environ 1,5 point au-dessus du niveau de 2019 ; l'économie retrouverait son niveau d'avant crise à la fin de 2021* » ; le plan de relance aurait une incidence positive sur la croissance pour 1,5 point de PIB en 2021 et 1,0 point en 2022.

HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DU GOUVERNEMENT POUR 2019 À 2025

(en pourcentage ; sauf mention contraire)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Évolution du PIB	+ 1,4 %	- 7,9 %	+ 6,0 %	+ 4,0 %	+ 1,6 %	+ 1,4 %	+ 1,4 %
Croissance potentielle	+ 1,25 %	=	+ 0,8 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %
IPC hors tabac	+ 0,9 %	+ 0,2 %	+ 1,4 %	+ 1,5 %	+ 1,5 %	+ 1,6 %	+ 1,8 %
Solde commercial	- 59 Md€	- 65 Md€	- 86 Md€	- 95 Md€			
Importations	+ 1,8 %	- 12,2 %	+ 9,0 %	+ 10,4 %			
Exportations	+ 2,6 %	- 16,1 %	+ 8,6 %	+ 10,0 %			
Demande intérieure							
Invest. des ménages	+ 1,8 %	- 12,2 %	+ 15,7 %	+ 3,1 %			
Conso. des ménages	+ 1,5 %	- 7,2 %	+ 4,1 %	+ 7,0 %			
Pouvoir d'achat	+ 2,1 %	+ 0,4 %	+ 2,2 %	+ 1,0 %			
Invest. des entreprises	+ 3,7 %	- 8,1 %	+ 12,2 %	+ 5,1 %			
Investissement public	+ 8,1 %	- 4,4 %	+ 12,0 %	+ 2,3 %			
Taux d'épargne							
Ménages	15,0 %	21,4 %	20,0 %	15,2 %			
Entreprises	23,2 %	21,9 %	25,2 %	24,1 %			
Taux de marge	33,2 %	31,8 %	34,7 %	33,2 %			
Masse salariale	+ 3,1 %	- 5,7 %	+ 6,2 %	+ 6,1 %	+ 3,9 %	+ 3,4 %	+ 3,4 %
Emploi total (en milliers)	+ 335	- 353	+ 377	+ 130			
Salaire moyen par tête	+ 1,9 %	- 4,9 %	+ 4,8 %	+ 5,2 %			

Source : rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation pour 2022 ⁽¹⁾.

Le HCFP juge « prudente » l'hypothèse d'une **croissance** de 6 % en 2021 et « plausible » celle de 4 % en 2022.

En effet, les prévisionnistes de référence sont majoritairement optimistes concernant l'exercice en cours, mais partagés quant au futur : l'activité serait tirée par la demande privée, notamment par la dépense « *d'un peu plus d'un quart* » du surplus d'épargne des ménages, mais entourée d'aléas quant aux investissements des entreprises.

HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DES INSTITUTS DE PRÉVISION POUR 2020 À 2023

(en pourcentage et en valeur)

	INSEE : 2020			Banque de France		
	Volume	Valeur	Md€	2021	2022	2023
Évolution du PIB	- 8,0 %	- 5,5 %	2 302,9	+ 6,3 %	+ 3,7 %	+ 1,9 %
IPC	+ 0,5 %	s. o.		+ 1,8 %	+ 1,4 %	+ 1,3 %
Importations	- 11,9 %	- 13,2 %	688,4	+ 9,0 %	+ 8,9 %	+ 3,5 %
Exportations	- 15,8 %	- 16,6 %	641,9	+ 8,7 %	+ 9,1 %	+ 5,7 %
Investissement des ménages	- 12,1 %	- 10,2 %	118,4	+ 15,8 %	+ 3,3 %	- 2,1 %
Consommation des ménages	- 7,1 %	- 6,5 %	1 175,0	+ 4,3 %	+ 6,5 %	+ 1,6 %
Revenu disponible brut des ménages	n. c.	+ 1,0 %	1 494,7	+ 1,6 %	+ 0,6 %	+ 1,3 %
Investissement des entreprises	- 7,7 %	- 7,0 %	296,7	+ 12,9 %	+ 3,9 %	+ 2,3 %
Taux de marge des entreprises	31,7 %	s. o.		35,0 %	32,9 %	33,2 %
Invest. des administrations publiques	- 4,1 %	- 3,3 %	86,1	+ 11,2 %	- 0,7 %	- 0,5 %
Épargne brute des ménages	n. c.	+ 43,4 %	319,7	surplus de 170 Md€ fin 2021		
Épargne brute des entreprises	n. c.	- 14,4 %	256,3	n. c.		
Taux de chômage	8,0 %	s. o.		8,1 %	8,2 %	8,0 %

Source : notes de conjoncture de l'INSEE (7 septembre 2021) et de la Banque de France (13 septembre 2021).

(1) Le RES est joint au projet de loi de finances pour 2022 en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DES INSTITUTS DE PRÉVISION POUR 2021 ET 2022

(en pourcentage)

Évolution du PIB	2021	2022
Commission européenne	+ 6,0 %	+ 4,2 %
Fonds monétaire international	+ 5,8 %	+ 4,2 %
INSEE	+ 6,25 %	n. c.
Banque de France	+ 6,3 %	+ 3,7 %
Obs. fr. des conjonctures économiques	+ 6,3 %	+ 4,0 %
Rexecode	+ 6,3 %	+ 3,5 %
Consensus forecast	+ 6,1 %	+ 3,8 %

Source : notes de conjoncture de la Commission européenne (7 juillet 2021), du FMI (29 juillet 2021), de l'INSEE (7 septembre 2021), de la Banque de France (13 septembre 2021), de l'OFCE (17 septembre 2021), de Rexecode (17 septembre 2021) et du Consensus forecast (23 septembre 2021).

La cible d'inflation pour 2021 (+ 1,4 %) puis 2022 (+ 1,5 %) est jugée « réaliste » par le HCFP, qui relève que l'inflation sous-jacente (hors produits volatils et administrés) atteindra un point haut depuis 2009, sous l'effet de la transmission du prix des matières premières aux produits manufacturés et des hausses de salaires.

Vue comme « trop basse » par le HCFP, la prévision de croissance pour la **masse salariale** du secteur privé (6,2 % en 2020 puis 6,1 % en 2021) résulte de la combinaison de la variation des effectifs salariés marchands (+ 1,5 % puis + 0,8 %) et de celle du salaire moyen par tête (+ 4,8 % puis + 5,2 %).

En effet, la cible d'une création de 390 000 postes entre fin 2020 et fin 2022 est vraisemblablement caduque (déjà 380 000 au deuxième trimestre 2021 d'après l'INSEE). Une variation d'un point de la masse salariale génère en période normale un surcroît ou un recul de 2 milliards d'euros sur les recettes du régime général.

2. Le solde prévisionnel pour le régime général en 2022

L'article 22 du PLFSS revoit à la hausse les perspectives d'équilibre de l'exercice 2021 par rapport à la LFSS précédente : le **déficit** de l'année à venir devrait atteindre 20,0 milliards d'euros pour le régime général et **21,6 milliards d'euros** en intégrant les comptes du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DU RG ET DU FSV EN 2022

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 0,4	- 18,2	- 19,7
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	+ 1,0	+ 1,3
Vieillesse	- 4,8	- 7,3	- 2,5
Famille	+ 1,3	+ 1,6	+ 1,7
Autonomie	s. o.	- 0,5	- 0,9
Régime général	- 2,5	- 23,3	- 20,0
Fonds de solidarité vieillesse	- 0,6	- 1,7	- 1,6
RG + FSV	- 3,1	- 25,0	- 21,6

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

Les branches maladie, vieillesse et autonomie continueraient à accuser un déficit en 2022, tandis que les autres seraient en situation positive.

3. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2022

L'article 21 du PLFSS envisage que les cinq branches des ROBSS enregistrent en 2022 un déficit de 21 milliards d'euros, porté à 22,6 milliards d'euros en y agrégeant le résultat du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DU ROBSS ET DU FSV EN 2022

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2020	LFSS pour 2021	PLFSS pour 2022
Maladie	- 0,4	- 18,2	- 19,7
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,4	+ 1,2	+ 1,4
Vieillesse	- 5,7	- 7,6	- 3,6
Famille	+ 1,3	+ 1,6	+ 1,7
Autonomie	s. o.	- 0,5	- 0,9
Régimes obligatoires de base	- 3,3	- 23,5	- 21,0
ROBSS + FSV	- 3,9	- 25,2	- 22,6

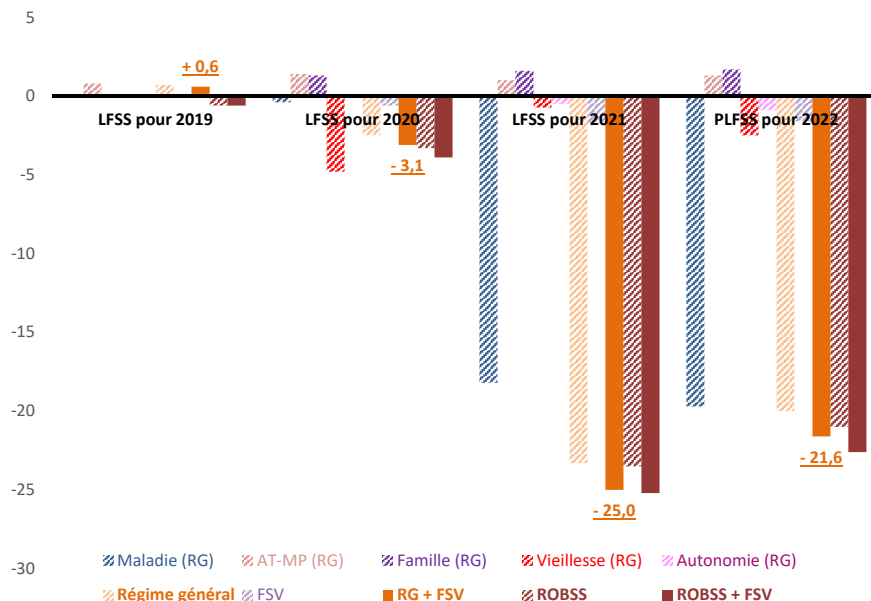
Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

*
* *

Si de tels résultats sont en décalage avec les projections du début de la législature, ils manifestent une amélioration par rapport à la LFSS en vigueur.

VARIATION DU SOLDE PRÉVISIONNEL DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV POUR 2022

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

4. Une consolidation progressive dans les années à venir

Par rapport à 2021, les recettes du régime général et du FSV progresseraient en 2022 plus vite que ses dépenses, avec une hausse respective de 3,9 % et 0,8 %.

RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV EN 2022

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2022 (prévision)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,4	228,1	- 19,7
Accidents du travail et maladies pro.	14,0	12,7	+ 1,3
Vieillesse	145,3	147,8	- 2,5
Famille	51,4	49,7	+ 1,7
Autonomie	33,3	34,2	- 0,9
Régime général	438,2	458,2	- 20,0
Fonds de solidarité vieillesse	17,9	19,5	- 1,6
RG + FSV	438,2	459,8	- 21,6
Régimes obligatoires de base	548,4	569,5	- 21,0
ROBSS + FSV	547,2	569,8	- 22,6

	LFSS pour 2021 (rappel)		
	Recettes	Dépenses	Solde
RG + FSV	420,1	424,7	- 4,6
ROBSS + FSV	528,4	533,5	- 5,1

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

Cette tendance favorable se confirmerait d'ici 2025 avec des recettes et des dépenses qui croîtraient respectivement de 3,2 % et 1,5 % en 2023, puis 3,2 % et 2,7 % en 2024 et 2,8 % et 2,7 % en 2025 toujours pour le régime général et le FSV. Le Gouvernement n'a pas publié de simulations au-delà.

SOLDE PRÉVISIONNEL DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV POUR 2023 À 2025

(en milliards d'euros)

	2023	2024	2025
Maladie	- 13,7	- 14,8	- 14,8
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,6	+ 2,1	+ 2,5
Vieillesse	- 4,2	- 5,8	- 7,6
Famille	+ 3,6	+ 4,5	+ 5,4
Autonomie	- 0,8	+ 1,6	+ 1,7
Régime général	- 13,6	- 12,4	- 13,0
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,0	- 0,6	- 0,3
RG + FSV	- 14,6	- 13,0	- 13,3
Régimes obligatoires de base	- 15,0	- 14,1	- 15,0
ROBSS + FSV	- 16,0	- 14,8	- 15,3

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2020 et 2021 et du PLFSS pour 2022.

La Cour des comptes estime toutefois que « la crise sanitaire pourrait être à l'origine, à l'horizon 2025, d'environ 8 milliards d'euros de pertes de recettes pour le régime général et le FSV par rapport à celles qui seraient survenues si elle n'était pas survenue (10 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes et le FSV) » et que « les accords du Ségur de la santé [...] seraient à l'origine d'un montant

cumulatif de 12,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en 2022 » ⁽¹⁾. Les rapporteurs pour avis partagent l'analyse suivant laquelle, plutôt que la hausse des prélèvements obligatoires, le redressement passera par des réformes efficaces, permettant à la fois une meilleure adéquation des prestations aux besoins des assurés et une maîtrise accrue de la dépense sociale.

D. UNE GESTION RESPONSABLE DE LA DETTE

Répartie entre deux compartiments **(1)**, la dette sociale voit ses perspectives d'apurement en 2033 favorisées par les conditions de marché **(2)**.

1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette avant la crise

La récurrence des soldes négatifs au cours des différents exercices annuels a entraîné, dès avant la survenue du covid-19, la constitution d'une dette pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Celle-ci se décompose entre les déficits portés en trésorerie **(a)** et la dette reprise en vue de son amortissement **(b)**.

a. Les déficits accumulés dans le bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

La première mission de l'ACOSS est la gestion centralisée des ressources du régime général : l'agence tient la trésorerie des cinq 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*). L'ACOSS couvre ses besoins de financement par des emprunts auprès de banques ou de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et par des émissions de court terme sur les marchés.

Aux termes de l'**article 22 du PLFSS**, cette habilitation à recourir à des ressources non-permanentes sera plafonnée à 65 milliards d'euros au cours de l'année 2022, soit un plafond diminué d'un tiers par rapport à celui de 2021.

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), association paritaire chargée de l'assurance chômage.

b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale

Créée en 1996 ⁽²⁾ 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.

(1) *Cour des comptes*, op cit.

(2) Article 1^{er} de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

D’abord, lui sont actuellement ⁽¹⁾ affectés :

– l’intégralité du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), pour un montant estimé à 7,4 milliards d’euros en 2020, 7,8 milliards d’euros en 2021 et 8,1 milliards d’euros en 2022 ⁽²⁾ ;

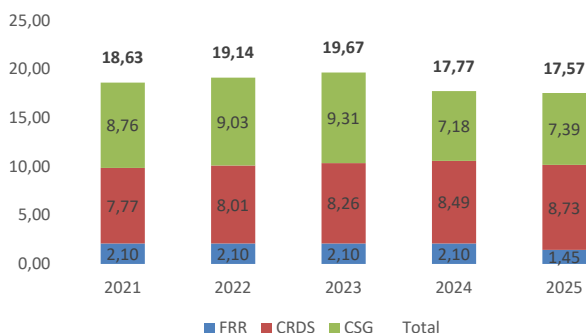
– le produit d’une fraction de 0,6 point de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d’activité, de remplacement et du capital, ainsi que le produit d’une fraction de 0,3 point de la CSG sur les jeux, soit 8,5 milliards d’euros en 2020, 8,8 milliards d’euros en 2021 et 9,1 milliards d’euros en 2022 ⁽³⁾ ;

– un versement annuel du fonds de réserve pour les retraites (FRR) à hauteur de 2,1 milliards d’euros ⁽⁴⁾.

Ensuite, l’ordonnance de 1996 dispose que la CADES disparaîtra à la date de l’extinction de ses missions. Initialement fixée à treize ans et un mois, son existence a été prorogée à plusieurs reprises et il est désormais fixé à 2033.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES RESSOURCES DE LA CADES DE 2021 À 2025

(en milliards d’euros)



Source : Caisse d’amortissement de la dette sociale.

Enfin, le législateur organique de 2005 avait, afin de ne pas repousser l’horizon de remboursement, introduit l’exigence que « *tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d’une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d’amortissement de la dette sociale* » ⁽⁵⁾.

(1) Le taux de la fraction de CSG affectée à la CADES était de 0,2 point aux termes de la LFSS pour 2009 puis de 0,48 point aux termes de la LFSS pour 2010. Par ailleurs, la CADES a bénéficié, entre 2011 et 2016, d’une quote-part du produit du prélèvement social sur les revenus du capital, pour 1,3 point et du même prélèvement sur les revenus du patrimoine et de placement aux taux successifs de 2,2 points, 3,4 points, 5,4 points et 4,5 points. Elle a bénéficié de plus-values immobilières diverses entre 1999 et 2003 (467,2 millions d’euros).

(2) Tome I de l’évaluation Voies et moyens annexée au PLF pour 2022.

(3) Ibid.

(4) Troisième alinéa du I de l’article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

(5) Article 4 bis de l’ordonnance n° 96-50 précitée, créé par l’article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux LFSS (LOLFSS).

Il est toutefois possible de déroger à cette exigence (*cf. infra*).

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.

Néanmoins, comme la jurisprudence l’exige depuis 2010 ⁽¹⁾ : « *les LFSS 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* ».

Au regard des mesures votées à la fin de l’année 2019 et de la dégradation de l’environnement économique général, cette exigence est apparue difficile à respecter. Par conséquent, l’article 25 de la LFSS pour 2020 avait abrogé le II septies de l’article 4 de l’ordonnance de 1996, précitée, créé par l’article 27 de la LFSS pour 2019, afin d’annuler ces transferts de dette.

CHRONIQUE DES TRANSFERTS EFFECTIFS DE DETTE À LA CADES DE 1996 À 2021

(en milliards d’euros)

	RG	État	CANAM	FOREC	CCMSA	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				2,5	67,8
LFSS pour 2011 (effet en 2012)	6,6			-		6,6
LFSS pour 2011 (effet en 2013)	7,7					7,7
LFSS pour 2011 (effet en 2014)	10,0					10,0
LFSS 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
Total au 31 décembre 2016	231,6	23,4	0,5	2,4	2,5	260,3
Loi du 7 août 2020 (effet en 2020)	16,4	-	-	-	3,6	20,0
Loi du 7 août 2020 (effet en 2021)	35				5,0	40,0
Total au 31 décembre 2020	283,1	23,4	0,5	2,4	11,1	320,5

Source : commission des finances d’après les réponses de la Caisse d’amortissement de la dette sociale.

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

2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts

Indispensable afin de soulager la trésorerie des régimes, la reprise de passifs par la CADES engagée en 2020 et poursuivie en 2021 répond à un cadre constitutionnel précis (a) et sera opérée en trois échéances (b). L'apurement de ces passifs a été reporté de neuf ans (c).

a. Le cadre constitutionnel

L'adoption d'une loi organique est indispensable afin de repousser le terme d'amortissement prévisionnel de la dette sociale et, par conséquent, la date d'extinction de la CADES ⁽¹⁾.

Fixée à 2009 lors de son institution (*cf. supra*), la durée de vie de la CADES a certes déjà été reportée à plusieurs reprises au moyen de LFSS, qui sont, en dépit de leur procédure d'examen spécifique, de rang ordinaire.

Toutefois, en 2005, le Conseil constitutionnel a confirmé que le nouvel article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 précitée, créé par l'article 20 de la loi organique modifiant la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux LFSS (LOFSS) et en vertu duquel « ***tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale*** », était de caractère organique ⁽²⁾.

Dès lors, seule une loi organique peut comporter des dispositions conduisant à accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

Cette jurisprudence a été confirmée en 2010 ⁽³⁾ et la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 a pu autoriser la LFSS pour 2011 à prévoir, par une dérogation *ad hoc*, une nouvelle prolongation de quatre ans de la durée d'amortissement de la dette reprise par la CADES ⁽⁴⁾.

b. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes

L'article 1^{er} de la **loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie** rétablit un II *septies* à l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Il distingue trois échéances de transfert :

– au plus tard le 30 juin 2021 et dans la limite de 31 milliards d'euros, la CADES devra avoir couvert les besoins de l'ACOSS au 31 décembre 2019, soit 31 milliards d'euros, dont la moitié environ au titre de la branche maladie ;

(1) *Prévoir les dépenses nécessaires au paiement de cette nouvelle part de dette sociale dans un programme ad hoc du budget général de l'État n'aurait pas été opportun, car y inscrire 136 milliards d'euros aurait été disproportionné, tandis que n'y inscrire que les intérêts aurait empêché un véritable apurement.*

(2) *Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005.*

(3) *Décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010.*

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

– à compter de 2021 et dans la limite de 92 milliards d’euros, la CADES devra couvrir les déficits cumulés entre 2020 et 2023 par le régime général, le FSV et la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles ;

– à compter de 2021, la CADES versera à la Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM) les « *sommes nécessaires pour assurer la couverture d’une partie, qui ne peut excéder un tiers, des échéances des emprunts contractés par les établissements publics de santé au 31 décembre 2019* ».

Enfin, cet article dispose que le montant total des versements réalisés par la CADES à ces trois titres ne peut excéder 40 milliards d’euros par an.

RÉPARTITION DES NOUVEAUX TRANSFERTS DE DETTE À LA CADES

(en milliards d’euros)

	Échéance	Reprise maximale
Déficits accumulés par l’ACOSS au 31 décembre 2019	Au plus tard le 30 juin 2021	31,0
<i>dont Caisse nationale d’assurance maladie</i>		16,2
<i>dont Fonds de solidarité vieillesse</i>		9,9
<i>dont Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (vieillesse)</i>		3,6
<i>dont Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales</i>		1,2
Déficits de la CNAM, de la CNAV et de la CNAF, du FSV et de la MSA (vieillesse) prévus de 2020 à 2023	À compter de 2021	92,0
Tiers des emprunts des établissements hospitaliers		13,0
Total	2033	136,0

Source : commission des finances.

L’article 2 de la loi du 7 août 2020 supprime, à l’article L. 135-6 du code de la sécurité sociale, le terme de 2024 pour le versement de 2,1 milliards d’euros effectué chaque année par le fonds de réserve des retraites (FRR) à la CADES.

c. Les opérations récentes crédibilisent la cible d’une extinction en 2033

L’article 1^{er} de la **loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie** dispose que la durée d’amortissement de la dette sociale ne peut être accrue au-delà du 31 décembre 2033. Dans la mesure où le I de **l’article 14 de l’ordonnance n° 96-50 précitée** pose que la CRDS « *est due jusqu’à l’extinction des missions* » de la CADES, la nouvelle disposition prolonge également le prélèvement de cette contribution après 2024.

L’exposé des motifs de l’article 1^{er} indique que ce transfert « *permet à la CADES de bénéficier dès aujourd’hui des conditions de financement à long terme* », alors que sa présence sur les marchés avait vocation à s’éteindre d’ici 2024. Le recul de son échéance d’extinction et le nouvel horizon de durée d’investissement ont renouvelé l’attractivité de la CADES sur les marchés.

Au cours de son audition, le président de la CADES a confirmé qu’avaient été repris 20 milliards d’euros en 2020 et que le seraient 40 milliards d’euros supplémentaires à la fin de l’année 2021 (dont 31,2 milliards d’euros sous la forme d’emprunts de référence et 3,4 milliards d’euros d’emprunts de diversification, mobilisant des titres indexés, d’autres devises que l’euro, le dollar et la livre sterling et des placements privés). Ces transferts couvriront les 31 milliards d’euros de

passifs antérieurs à la crise, 5 des 13 milliards d’euros de dette hospitalière et 23,8 milliards d’euros de déficits prévisionnels. Sur ce dernier point, la somme de 92 milliards d’euros pourrait être insuffisante si les déficits correspondaient à l’estimation cumulée de la CCSS, soit 109,5 milliards d’euros entre 2020 et 2023.

EMPRUNTS DE RÉFÉRENCE CLÔTURÉS PAR LA CADES EN 2021

	Montant	Marché	Livre d’ordres	Maturité	Taux	Social bonds
12 janvier	5,0 Md	Dollars	130 inv. / 10 Md	10 ans	0,077 %	40 %
20 janvier	1,5 Md	Livres sterling	50 investisseurs	5 ans	0,035 %	43 %
27 janvier	4,0 Md	Euros	160 inv. / 10 Md	10 ans	-0,13 %	55 %
9 février	5,0 Md	Dollars	110 inv. / 9,5 Md	5 ans	-0,015 %	28 %
10 mars	5,0 Md	Euros	167 inv. / 14 Md	8 ans	-0,05 %	68 %
18 mai	4,0 Md	Dollars	110 inv. / 5,6 Md	3 ans	-0,017 %	30 %
8 juin	4,0 Md	Euros	154 inv. / 9,4 Md	5 ans	-0,22 %	50 %
8 septembre	5,0 Md	Euros	169 inv. / 12,7 Md	10 ans	0,127 %	46 %

Source : commission des finances d’après les réponses de la Caisse d’amortissement de la dette sociale.

Les rapporteurs pour avis saluent le retour de la CADES sur le marché à long terme et l’appétence des donneurs d’ordres pour les *social bonds* ⁽¹⁾, qui lui permet de choisir moins d’investisseurs spéculatifs. En 2021, les banques ont acquis 41 % des titres, contre 33 % pour les banques centrales et acheteurs officiels, 24 % pour les investisseurs institutionnels (fonds de pension, etc.) et 2 % pour les autres porteurs ; l’ensemble des investisseurs opéraient à 65 % depuis l’Europe, 24 % depuis l’Asie, 9 % depuis l’Amérique et 2 % depuis l’Afrique et le Moyen-Orient.

L’**article 1^{er} du PLFSS** approuve à 16,1 milliards d’euros le montant de la dette amortie par la CADES en 2020. L’**article 7** rectifie à 17,4 milliards d’euros l’objectif d’amortissement en 2021. L’**article 21** fixe à 18,3 milliards d’euros celui de 2022, avec une charge d’intérêt respectivement estimée à 1,5 milliard d’euros, 1,2 milliard d’euros et 850 millions d’euros pour ces trois exercices : le président de la caisse rappelle que ce montant a longtemps dépassé 2 milliards d’euros et y voit l’effet du remboursement de souches anciennes à taux élevé.

TRAJECTOIRE D’AMORTISSEMENT DE LA DETTE PORTÉE PAR LA CADES



Source : Caisse d’amortissement de la dette sociale.

(1) D’après l’International capital market association (ICMA), le social bond est une obligation qui finance exclusivement des projets à impact social positif sur la population cible. L’émetteur s’engage à communiquer aux investisseurs, avec la plus grande transparence et selon des processus encadrés, des éléments d’évaluation sur les bénéfices attendus. L’Unédic a également émis de tels titres le 15 mai 2020.

II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN PAYSAGE PLUS LISIBLE POUR LES ASSURÉS COMME POUR LES GESTIONNAIRES

L'année 2022 sera marquée par la réduction des charges pesant sur les employeurs **(A)** et par le renforcement des prérogatives des URSSAF **(B)**.

Il est rappelé que sont attendues des recettes de 495,8 milliards d'euros au titre du régime général et du FSV (596,8 milliards d'euros avec tous les ROBSS).

A. DES SIMPLIFICATIONS POUR LES MÉNAGES ET LES ENTREPRISES

Les particuliers **(1)** et les employeurs de l'administration comme du secteur privé **(2)** bénéficieront de plusieurs dispositions. La participation des entreprises pharmaceutiques est également ajustée **(3)**.

1. La contemporanéisation des aides aux services à la personne

L'article 11 du PLFSS propose, suivant son exposé des motifs, de « rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne, de manière à ce que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient, qu'elles soient fiscales ou sociales », de sorte que leur avance de trésorerie soit supprimée.

• Ce secteur a un poids non négligeable dans l'économie française : on estime que 3,4 millions de particuliers (dont 1,8 million *via* des prestataires et 1,6 million directement) emploient 1,3 million de salariés (dont 400 000 *via* des prestataires et 900 000 directement), ce qui représente 850 millions d'heures de travail (dont 390 millions d'heures *via* des prestataires et 460 millions d'heures directement) et une masse salariale de 11 milliards d'euros (dont 5,2 milliards d'euros *via* des prestataires et 5,8 milliards d'euros directement).

Aux termes de l'article L. 7231-1 du code du travail, ces services portent sur la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou dans son environnement, et sur les tâches ménagères ou familiales. L'article D. 7231-1 du même code prévoit qu'un certain nombre de ces activités sont soumises à agrément.

Les pouvoirs publics apportent un important soutien aux services à la personne, tant par des subventions que des allègements fiscaux et sociaux :

– les départements attribuent 3,5 milliards d'euros au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et 2,4 milliards d'euros à celui de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;

– les organismes sociaux versent 0,9 milliard d'euros d'aides et consentent 2,3 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales ;

– la TVA s'applique à des taux réduits, pour 0,8 milliard d'euros ;

– l'État accorde deux crédits d'impôt sur le revenu de 4,9 milliards d'euros pour tous ces services ⁽¹⁾ et de 1,3 milliard d'euros pour la garde d'enfants ;

– plusieurs financements assurés par les employeurs ou par les mutuelles sont exonérés de tout prélèvement.

• En l'état, malgré la mise en place, avec le prélèvement à la source, d'un acompte versé en août pour le crédit d'impôt, il existe un décalage, allant d'un à dix-huit mois, entre le bénéfice des aides et le moment auquel les frais d'emploi sont supportés par les ménages, même quand l'avance qu'ils assument dépasse leur reste à charge. Avec le double objectif d'éviter ces décaissements des ménages et de combattre le travail dissimulé, l'article 20 de la LFSS pour 2020 avait prévu une expérimentation auprès des particuliers volontaires, puis de l'ensemble d'entre eux, dans les départements de Paris et du Nord : pour les dispositifs du chèque emploi service universel (CESU+) et de la garde d'enfant (PAJEMPLOI+), une plateforme gérée par l'URSSAF permet de déduire immédiatement les aides des sommes prélevées sur leur compte en banque à raison des salaires et des cotisations ⁽²⁾.

L'annexe IX du PLFSS note que, malgré un déploiement au plus fort de la crise liée à l'épidémie de covid-19 qui a empêché de « *mesurer ses effets pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH, ainsi que sur le coût des services facturés [...], qui devaient faire l'objet d'un rapport au Parlement* », les travaux menés ont produit des résultats intéressants (validation tacite des factures après deux jours, possibilité pour les particuliers de les contester, inscription simplifiée, etc.).

La généralisation de l'expérimentation concernera la plateforme CESU+ pour les emplois directs, tandis qu'un outil *ad hoc* simplifiera le règlement des factures pour les services à la personne fournis par un prestataire.

(1) L'article 3 du PLF pour 2022 vise à sécuriser le champ des prestations éligibles au crédit d'impôt sur le revenu accordé, en application de l'article 199 sexdecies du code général des impôts, au titre des sommes versées pour l'emploi d'un salarié à domicile, à une association agréée ou à un organisme.

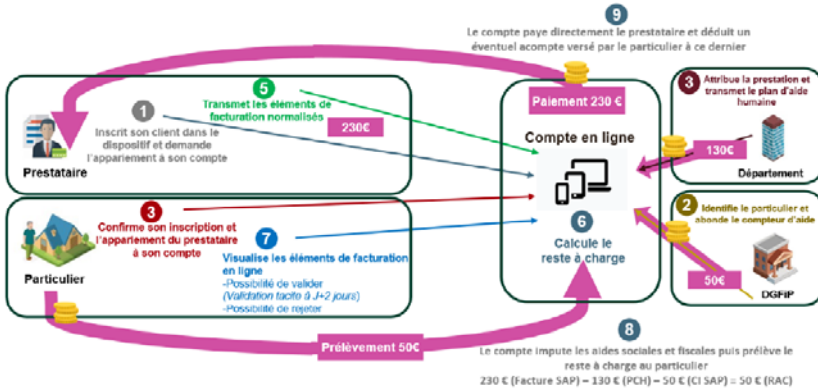
Ce crédit d'impôt institué en 2006 est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées au titre de services à domicile, dans la limite de 12 000 euros par foyer, majorée de 1 500 euros par enfant à charge ou pour tout autre membre du foyer fiscal âgé de plus de 65 ans, sans pouvoir excéder 15 000 euros. Le contribuable déclare ses frais, déduction faite des aides telles que l'APA ou le complément de libre choix du mode de garde (CMG). Le tome II de l'annexe Voies et moyens indique qu'il bénéficie à 4,2 millions de ménages, pour un coût de 4,7 à 5 milliards d'euros selon les années.

D'une part, le 2. de l'article 199 sexdecies précité dispose que, pour ouvrir droit à cet allègement, « l'emploi doit être exercé à la résidence, située en France, du contribuable ou d'un de ses ascendants ». D'autre part, la doctrine administrative (paragraphe n° 80 de l'instruction n° BOI-IR-RICI-150-10 publiée le 20 septembre 2017 au Bulletin officiel des finances publiques) admettait l'éligibilité des dépenses exposées en paiement de prestations réalisées à l'extérieur du domicile, dès lors qu'elles étaient comprises dans une offre globale incluant un ensemble d'activités effectuées à domicile et d'activités accessoires.

Toutefois, par une décision du 30 novembre 2020 (8^{ème} et 3^{ème} chambres réunies, n° 442046, concl. Romain Victor, pub. au Recueil), le Conseil d'État a annulé cette interprétation favorable pour excès de pouvoir (sur requête de l'EHPAD « Les jardins d'iroise », à Auch), au motif que « les commentaires attaqués ajout[ai]ent à la loi dont ils [avaient] pour objet d'éclairer la portée ». Le législateur est donc appelé à rétablir cette tolérance, dès l'imposition assise sur les revenus de 2021.

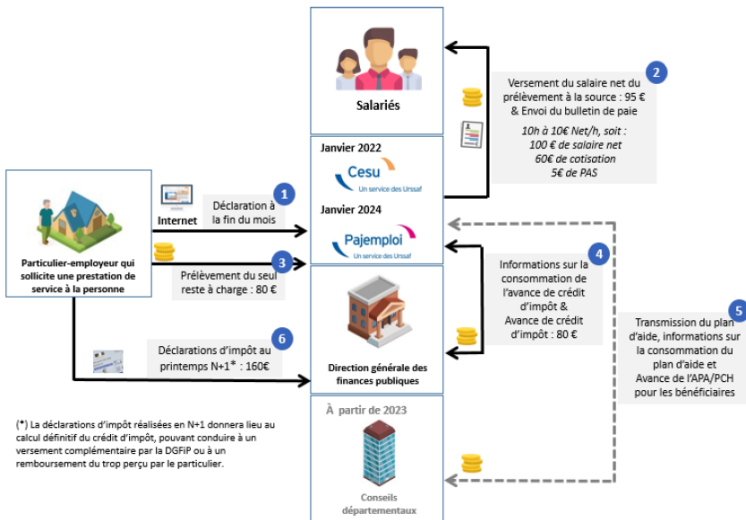
(2) Avis n° 2314 de M. Éric Alauzet et Mme Cendra Motin sur le PLFSS pour 2020, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2019.

CIRCUIT SIMPLIFIÉ POUR LA FACTURATION DES SERVICES INTERMÉDIÉS



Source : annexe IX du PLFSS pour 2022.

CIRCUIT SIMPLIFIÉ DU CESU + POUR LES PARTICULIERS-EMPLOYEURS



Source : annexe IX du PLFSS pour 2022.

Comme l'indique l'étude d'impact de l'article 11, « *quel que soit le mode de recours, le choix de bénéficiaire de l'avance du crédit d'impôt sous forme d'aide restera optionnel* ». Un haut niveau de sécurité des données sera garanti.

Six échéances sont prévues : janvier 2022 pour la contemporanéisation du crédit d'impôt précité au profit des particuliers-employeurs recourant au CESU +, avril 2022 lorsqu'ils ont recours à un prestataire, été 2022 pour l'APA et la PCH dans des départements à définir, puis septembre 2022 à l'échelle nationale, 2023 pour certains services aux personnes âgées et handicapés, et enfin 2024 pour PAJEMPLOI +.

2. Les mesures en faveur des travailleurs

La protection complémentaire des agents publics bénéficiera du même régime fiscal et social que celle des salariés du privé (a), tandis que davantage de protection sera accordée aux non-salariés (b) et à leurs conjoints (c).

a. Le traitement de la participation de l'employeur public à la complémentaire

L'article 12 du PLFSS complète les articles 83 du code général des impôts et L. 137-15, L. 137-16 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin d'aligner le régime fiscal et social de la contribution des employeurs du secteur public à la protection complémentaire de leurs agents sur celui du secteur privé.

• Dans le privé, les « cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, à condition, lorsqu'elles financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾ », sont déduites du revenu imposable du salarié (dans une limite de 5 % du montant annuel du PASS et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du PASS) et de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (dans une limite de 6 % du PASS et de 2 % de la rémunération, sans que le total puisse excéder 12 % du PASS), mais reste assujettie au forfait social (à un taux réduit de 8 %), sauf pour les établissements de moins de onze salariés, ainsi qu'à la CSG et à la CRDS.

• L'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dans sa rédaction issue du 1° du I de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ⁽³⁾, a mis fin à une première rupture d'égalité en imposant aux employeurs publics de financer au moins 50 % de la protection santé complémentaire de leurs agents. Il permet aussi à ces employeurs de participer à des contrats de prévoyance pour incapacité, invalidité, inaptitude ou décès et, dans la seule fonction publique territoriale, l'impose à compter de 2025, pour au moins 20 %.

Cependant, en l'absence d'intervention spécifique du législateur, la participation de leur employeur à la complémentaire des titulaires (régime spécial défini par l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale) et contractuels (régime général) publics reste assujettie dans des conditions de droit commun.

(1) Il s'agit des institutions de prévoyance ou de gestion de retraite supplémentaire, des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation, des entreprises régies par le code des assurances ou des gestionnaires d'un plan d'épargne retraite au sens de l'article L. 224-8 du code monétaire et financier.

(2) Ces conditions concernent le ticket modérateur à l'hôpital, le tiers payant, la transparence des contrats, etc.

(3) Cette ordonnance avait été prise sur le fondement de l'habilitation à légiférer par voie d'ordonnance de l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Face aux questions de certains acteurs de la complémentaire santé qui contestent la détermination du taux minimal de prise en charge de 50 % et de son caractère obligatoire, outre le texte de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021, alors que les négociations ne sont pas terminées, les rapporteurs rappellent que le principe d'égalité devant l'impôt impose que l'obligation et le taux minimal de prise en charge à 50 % soient appliqués aux salariés du privé comme aux agents du public.

La perte de recette résultant de cet article 12 est estimée à 1,1 milliard d'euros à compter de 2026, dont 420 millions d'euros pour le régime général, 382 millions d'euros pour l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), 213 millions d'euros pour le régime additionnel de la fonction publique (RAFP), 38 millions d'euros pour l'AGIRC-ARRCO et 7,5 millions d'euros pour le fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE).

b. La mise en œuvre du plan pour les indépendants

L'article 13 du PLFSS traduit plusieurs annonces effectuées par le Président de la République le 16 septembre 2021 en faveur des indépendants.

En premier lieu, il est proposé de prolonger d'au moins deux années supplémentaires l'expérimentation prévue par l'article 15 de la LFSS pour 2018, prenant fin le 31 décembre 2021 et limitée à l'Île-de-France et aux départements de l'ancienne région Languedoc-Roussillon, aux termes de laquelle les travailleurs indépendants peuvent se voir proposer par l'URSSAF « *d'acquitter leurs cotisations et contributions sociales provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle établie à partir des informations communiquées par [eux-mêmes] en fonction de leur activité ou de leurs revenus mensuels ou trimestriels* » et non sur la base de leur revenu réel établi à la clôture de chaque exercice ou, pour les micro-entrepreneurs, sur celle du chiffre d'affaires. Par ailleurs, l'article généralise l'expérimentation sur le territoire national, l'ouvre à tous les libéraux et supprime la majoration prévue par la loi en cas de sous-estimation, que l'ACOSS n'a jamais appliquée. L'article 22 de la LFSS pour 2019 avait déjà permis d'éviter de nombreuses disparités et l'ACOSS a créé un simulateur.

En deuxième lieu, le Gouvernement souhaite supprimer le délai de trois mois actuellement exigé avant la première déclaration de chiffre d'affaires ou de recettes et, partant, le premier paiement des prélèvements sociaux, dans le cadre du mécanisme simplifié des micro-entrepreneurs.

En troisième lieu, cet article étend à tous les indépendants qui s'installent l'accès au téléservice permettant la délivrance d'attestations de vigilance transitoires, valables entre le début de leur activité et leur première échéance déclarative, soit 90 jours.

Ce document certifiant, en application de l'article L. 24315 du code de la sécurité sociale, que l'entrepreneur s'est acquitté de l'obligation de s'assurer que son sous-traitant est lui-même à jour de ses obligations vis-à-vis de la sécurité

sociale lui est indispensable pour certaines démarches commerciales, pour bénéficier de divers allègements de cotisations et pour ne pas être tenu solidaire si le tiers est verbalisé pour travail dissimulé.

En quatrième lieu, un trimestre supplémentaire est accordé, jusqu'à la fin de l'année en cours, pour que les indépendants concluent des plans d'apurement de dettes de cotisations et contributions sociales accumulées pendant la crise.

Le plan d'action en faveur des indépendants

Selon l'INSEE, la France compte 3,3 millions de travailleurs indépendants, dont 2,9 millions en dehors du secteur agricole. Ainsi que l'a souligné le Président de la République, les artisans, commerçants, libéraux, travailleurs collaborant avec des plateformes et gérant majoritaires de société « *assurent le maintien d'un lien économique et social indispensable dans nos territoires [et] incarnent des valeurs essentielles* ».

Des mesures fortes ont été prévues par les précédentes LFSS et lois de finances de la législature, ainsi que par la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite PACTE. Elles ont allégé les prélèvements des indépendants et unifié les déclarations correspondantes, intégré le RSI au régime général et créé une instance de consultation, ainsi qu'une aide pour cessation d'activité.

En complément, le Gouvernement déploie un plan ambitieux en cinq axes et vingt mesures, figurant dans les PLF et PLFSS pour 2022 ainsi que dans un projet de loi *ad hoc*, déposé le 29 septembre 2021 sur le bureau du Sénat.

1. Créer un statut unique protecteur pour l'entrepreneur individuel et faciliter le passage d'une entreprise individuelle en société

2. Améliorer et simplifier la protection sociale des indépendants

Faciliter l'accès au dispositif d'assurance volontaire contre le risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle, mieux protéger le conjoint collaborateur, permettre la modulation des cotisations et contributions en temps réel, supprimer les pénalités liées à une sous-estimation du revenu définitif, neutraliser les effets de la crise sur l'assiette de calcul des droits aux indemnités journalières et préserver les droits à la retraite pour les indépendants victimes de la crise

3. Faciliter la reconversion et la formation des indépendants

Permettre l'éligibilité à l'allocation des travailleurs indépendants (ATI) lorsque l'activité n'est plus économiquement viable, assouplir la condition de revenu minimum pour bénéficier de l'ATI et doubler le crédit d'impôt pour la formation des dirigeants de TPE

4. Favoriser la transmission des entreprises et des savoir-faire

Dynamiser la reprise des fonds de commerce, encourager la cession d'un fonds donné en location-gérance, assouplir temporairement le délai de demande d'exonération des plus-values professionnelles de cession d'entreprise réalisées lors d'un départ à la retraite et augmenter les plafonds d'exonération partielle ou totale de ces plus-values

5. Simplifier l'environnement juridique des indépendants

Fluidifier le début d'activité des indépendants, assouplir les conditions de délivrance des attestations de vigilance, faciliter le traitement des dettes de cotisations sociales des gérants majoritaires de société anonyme à responsabilité limitée (SARL) dans le cadre de la procédure de surendettement des particuliers, clarifier et aligner les règles communes applicables aux professions libérales réglementées et créer un site unique pour améliorer l'information et l'orientation des entrepreneurs.

Les rapporteurs pour avis saluent le travail du ministre de l'économie, des finances et de la relance et du ministre délégué chargé des petites et moyennes entreprises. Ils notent en particulier que seuls 45 000 indépendants ont pour l'heure souscrit une assurance AT-MP volontaire : la réduction des tarifs à hauteur de 30 % facilitera grandement leur adhésion, sans aucune incidence sur la qualité et le montant des prestations versées.

c. L'extension et l'encadrement du statut de conjoint collaborateur

L'article 14 du PLFSS réforme le régime social des conjoints collaborateurs du chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale qui y exerce une activité professionnelle de manière régulière.

● Ainsi que le rappelle l'annexe IX du PLFSS, ce statut, inséré au 1° du I de l'article L. 121-4 du code de commerce par l'article 12 de la n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, permet au conjoint d'un indépendant non-agricole d'être « *affilié à titre personnel et obligatoire au même régime que ce dernier pour les risques suivants pour lesquels il acquiert des droits propres : vieillesse-invalidité-décès, maladie et maternité* » et, sur souscription volontaire, AT-MP. Il ouvre également droit, sauf pour les conjoints des micro-entrepreneurs, à la formation professionnelle.

Fin 2019, l'ACOSS recensait 14 250 conjoints collaborateurs actifs chez les artisans, 25 060 chez les commerçants et 976 chez les libéraux (baisse totale de 2 %). Elle notait aussi que « *l'âge moyen des conjoints collaborateurs artisans et commerçants (49 ans et 2 mois) est plus élevé que celui des autres cotisants (hors conjoints collaborateurs) de quatre ans et deux mois pour les artisans et cinq ans et trois mois pour les commerçants* ».

● Il est proposé d'apporter trois modifications à ce statut.

D'abord, il serait ouvert aux **concubins**, alors qu'il est aujourd'hui réservé aux personnes mariées ou liées par un pacte civil de solidarité ⁽¹⁾.

Ensuite, les modalités de **calcul des cotisations et contributions sociales** reposant sur la rémunération du conjoint seraient simplifiées, faisant passer le nombre d'assiettes optionnelles de cinq (suppression de la base du tiers du revenu du chef d'entreprise, avec ou sans partage) à trois (maintien de la base du tiers du PASS ou de la moitié du revenu du chef d'entreprise, avec ou sans partage) dans la plupart des cas et en asseyant les prélèvements des conjoints d'un micro-entrepreneur sur soit le chiffre d'affaires, soit le tiers du PASS, avec un partage du taux (au lieu d'un taux identique sur une fraction d'assiette non-représentative).

Enfin, serait prévue une **limitation du statut à cinq ans** pour, selon l'exposé des motifs de l'article 14, « *limiter l'éventuelle situation de dépendance économique du conjoint [...] et lui permettre d'ouvrir davantage de droits sociaux au cours de sa vie professionnelle* » puisque, d'après cette fois l'étude d'impact, « *à l'issue de cette durée et à défaut de déclaration du chef d'entreprise permettant de requalifier [son] statut [...], le conjoint continuant à exercer une activité de manière régulière dans l'entreprise est réputé le faire sous le statut de conjoint salarié* », plus favorable.

(1) L'éligibilité des conjoints collaborateurs pacés n'a été ouverte que par le III de l'article 16 de la n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. En revanche, le dernier alinéa de l'article L. 321-5 du code rural et de la pêche maritime a supprimé toute restriction aux termes du b) du 2° du II de l'article 21 de la loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole.

Les rapporteurs pour avis regrettent que les conjoints des exploitants agricoles ne soient pas intégrés dans cet article. En effet, bien qu'étant prévue à l'article 3 de la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles, votée par l'Assemblée nationale à l'unanimité le 17 juin 2021, ce texte n'a toujours pas été examiné par le Sénat. En outre, sa solidité juridique pourrait être remise en question, au regard des surcoûts induits.

3. L'aménagement de la contribution du secteur pharmaceutique

Un allègement de la fiscalité est prévu pour favoriser l'approvisionnement en médicaments (a) ; et la clause de sauvegarde est révisée (b).

a. La réduction de la taxe sur la vente en gros

Figurant dans la deuxième partie du projet de loi, relative à l'exercice 2021, l'article 4 du PLFSS abaisse à 1,5 %, contre 1,75 %, le taux de la première part de la taxe que paient les entreprises vendant des spécialités pharmaceutiques en gros, dont le produit est affecté à la branche maladie. Ces établissements au nombre de 235 d'après l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), qui les agréent, réalisent des opérations d'achat, de vente, de stockage et de distribution. Ils sont donc indispensables à la quantité et à la qualité de l'approvisionnement de notre pays en médicaments. Néanmoins, ils subissent une baisse continue de leur rentabilité (17,6 milliards d'euros en 2020, contre 18,4 milliards d'euros en 2012), à raison, entre autres facteurs, de la baisse du prix des médicaments remboursables.

CARACTÉRISTIQUES DE LA CONTRIBUTION À LA CHARGE DES ÉTABLISSEMENTS DE VENTE EN GROS DE SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES ET DES ENTREPRISES ASSURANT L'EXPLOITATION D'UNE OU PLUSIEURS SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Assiette					
Chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ⁽¹⁾					
Entreprises assujetties					
Entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle, assurant cette distribution ou assurant leur exploitation ⁽²⁾					
1 ^{ère} part		2 ^{ème} part		3 ^{ème} part	
CAHT de l'année <i>n</i>	1,75 %	Différence entre le CAHT de l'année <i>n</i> et le CAHT de l'année <i>n - 1</i>	2,25 %	Différence entre la marge théorique et la marge effective après rétrocession pour les princes ⁽³⁾	20,0 %

Source : commission des finances d'après la section I du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et le tome I de l'annexe Voies et moyens jointe au PLF pour 2022.

(1) Médicaments spécialisés au sens de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code et médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

(2) Cf. articles L. 5124-1, L. 5124-2, L. 5136-2 et L. 5124-18 du code de la santé publique.

(3) Il s'agit de la fraction du CAHT de l'année *n* correspondant à la différence entre (i) le prix fabricant hors taxes, augmenté de la marge maximale et minoré (dans la limite de 3,75 euros) des remises, ristournes et avantages maximaux autorisés par l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale et (ii) le prix de vente hors taxes aux officines. Si cette différence est négative, la troisième part est ramenée à zéro.

PRODUIT AGRÉGÉ DES TROIS PARTS EN 2020, 2021 ET 2022

(en milliers d'euros ; réforme comprise)

2020	2021	2022 (p)
268 965	260 482	235 692

Source : commission des finances d'après la section I du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et le tome I de l'annexe Voies et moyens jointe au PLF pour 2022.

L'effort fiscal correspondant à cette réduction du taux de la première part de la contribution représenterait entre 28 et 35 millions d'euros en 2021, puis 43 millions d'euros en 2025 : il soutiendra surtout la marge des grossistes répartiteurs, car ces derniers fournissent 85 % de son produit (soit 229 millions d'euros en 2020), mais également les laboratoires. Le Gouvernement envisage deux mesures complémentaires, mobilisant chacune 30 millions d'euros par an, à savoir une pérennisation de l'assouplissement des marges réglementées adopté en 2020 pour répondre dans l'urgence à la crise sanitaire et la mise en place, en 2022, d'un forfait spécifique pour la distribution frigorifique de certains produits.

b. L'assujettissement des producteurs

L'article 16 du PLFSS vise à mettre en cohérence, d'une quadruple manière, les contributions sur le champ des produits de santé.

D'abord, il actualise de seuil de CAHT à partir duquel les entreprises fabricant des médicaments et dispositifs médicaux (DM) paient une contribution *ad hoc*, mentionnée aux articles L. 138-10 et L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale : pour 2022, ces montants « M » et « Z » sont fixés à 24,5 milliards d'euros et 2,15 milliards d'euros. Ce prélèvement sert de **clause de sauvegarde** dans le cadre des négociations que mènent le comité économique des produits de santé (CEPS) et la CNAM avec les industriels dans le but de respecter l'ONDAM. Ses seuils auront vocation à diminuer, conformément aux engagements du conseil national stratégique des industries de santé (CSIS) : le montant « M » pourrait être de 24,7 milliards d'euros en 2023 et de 24,9 milliards d'euros en 2024.

Ensuite, la contribution sur les DM est actuellement plafonnée pour chaque entreprise suivant un calcul prenant en compte le CAHT : par cohérence avec celle sur les médicaments, il est proposé de plutôt retenir les sommes remboursées au fil de l'eau par l'assurance maladie, afin de fluidifier son recouvrement.

Par ailleurs, l'assiette doit être révisée : d'une part, celle des parts « M » et « Z » n'est pas la même, puisque la première inclut les médicaments présumés innovants en accès précoce, alors que les DM comparables ne sont pas taxés ; d'autre part, le calcul de « M » exclut l'importation de médicaments. Il est procédé à ces deux élargissements. Ces trois premiers volets généreraient 135 millions d'euros de recettes si la clause de sauvegarde se déclenchait.

Enfin, les entreprises d'importation et de distribution doivent une taxe sur leurs dépenses de publicité, prévue par l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale (rendement estimé à 135,3 millions d'euros en 2022) : l'article 16 du PLFSS précise les exonérations applicables (*cf. infra* pour un commentaire de l'article 36

du PLFSS). Conformément à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, les entreprises pharmaceutiques sont redevables d'une taxe assise sur leur CA, ainsi que d'une taxe additionnelle pour les médicaments remboursés, dans l'assiette de laquelle il convient aussi d'intégrer les produits en accès précoce et en accès direct. Sont attendus 10 millions d'euros de recettes.

B. LA POURSUITE DE LA MODERNISATION DU RECOUVREMENT

Les URSSAF collecteront de nouvelles cotisations (1) et bénéficieront de droits plus étendus dans leurs interactions avec les banques (2).

1. La poursuite de l'unification des prélèvements dans la sphère sociale

L'article 10 du PLFSS s'inscrit dans la continuité des précédentes LFSS de la législature (1) et vise à centraliser autour des URSSAF le recouvrement de prélèvements sociaux actuellement opéré par d'autres structures, alors que l'éclatement de cette activité est à la fois peu lisible pour les assurés et défavorable aux comptes publics, tant elle engendre des frais de gestion et des erreurs (2).

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DES TRANSFERTS

	Caisse	Régime
2020	CAMIEG	Assurance maladie des salariés des industries électriques et gazières
		Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (bénéficiaires)
2021	ENIM	Régime (toutes branches) des marins
		Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (déclaration)
2022	CNIÉG	Assurance vieillesse des salariés des industries électriques et gazières
		Contribution à la formation professionnelle et taxe d'apprentissage
2023	AGIRC-ARRCO	Assurance vieillesse complémentaire du secteur privé
	CNRACL, 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 spécial de retraite des clercs et employés de notaires
	CAVIMAC	Régime spécial de retraite, maladie et invalidité des ministres du culte et membres des congrégations
	CIPAV	Assurance vieillesse des libéraux ne relevant d'aucune section de la CNAVPL

Source : commission des finances.

(1) La LFSS pour 2011 avait transféré aux URSSAF le recouvrement des cotisations d'assurance chômage et celles de l'ancien régime social des indépendants (RSI).

(2) L'État mène un chantier comparable 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 douanières ; en 2024, les accises sur les tabacs et alcools – au demeurant affectées à la sécurité sociale.

- En 2022, seront concernées les cotisations et contributions de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), la contribution à la formation professionnelle (CFP) et la taxe d'apprentissage (TA).

En 2023, seront concernées les cotisations et contributions de l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO), de la CNRACL, de l'IRCANTEC, du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), de l'Établissement pour la retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP), de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), de la Caisse d'assurance vieillesse, d'invalidité et de maladie des cultes (CAVIMAC) et de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV).

Ce calendrier fait l'objet de deux aménagements par rapport à ce qui était initialement envisagé.

D'une part, l'intégration des recettes de l'AGIRC-ARRCO, au départ prévue en 2022, est reportée à 2023 afin de ne pas perturber les plans d'apurement de leur dette sociale dans lesquels de nombreuses entreprises se sont engagées du fait de la crise sanitaire.

Les enjeux du transfert entre l'AGIRC-ARRO et les URSSAF

Le transfert aux URSSAF du recouvrement des cotisations au profit du régime de retraite complémentaire du privé est motivé par un quadruple gain : les déclarants verront leurs actes de paiement unifiés et les finances publiques bénéficieront d'un meilleur recouvrement (performance supérieure d'un point pour les URSSAF), d'une consolidation des contrôles et de la suppression de doublons administratifs.

Son report tient à des difficultés techniques – une phase pilote est en cours avec les éditeurs des applications, et il apparaît surtout aux rapporteurs pour avis que l'AGIRC-ARRCO, attachée à son propre outil de fiabilisation mensuelle des DSN, ne retienne pas de la notion de cotraitance la même définition que le législateur en 2020 mais sollicite de conserver des pans d'autonomie, voire d'en acquérir de nouveaux.

En particulier, les rapporteurs pour avis n'ont pas été convaincus par la pertinence de confier à l'AGIRC-ARRCO l'intégralité des échanges avec les grandes entreprises : une telle procédure réintroduirait de la complexité.

D'autre part, seront confiées aux URSSAF les cotisations de retraite (base et complémentaire) et d'invalidité-décès de la CIPAV, mettant fin à la dualité des interlocuteurs, des déclarations et des échéanciers. Les sommes en jeu atteignent 1,4 milliard d'euros, pour 210 000 libéraux cotisants (les 287 000 micro-entrepreneurs affiliés à la CIPAV cotisent déjà suivant ce circuit). Transitoirement, une convention pourra mettre à disposition des équipes d'un réseau à l'autre.

- Par coordination, l'article 10 aligne une série de règles afférentes aux dates d'envoi des échéanciers (forte tendance à la mensualisation auprès de

l'URSSAF) et aux modalités d'appel provisionnel et de régularisation des cotisations, en même temps qu'il clarifie le périmètre du système de reversement, par l'ACOSS, des montants perçus aux organismes chargés des prestations, de partage des charges de non-recouvrement ou des majorations de retard et, enfin, de l'ordre de séniorité en cas de paiement partiel par les indépendants.

2. La dématérialisation des contrôles vis-à-vis de tiers

L'article 15 du PLFSS modifie l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, figurant dans un chapitre relatif aux dispositifs de contrôle et de lutte contre la fraude, pour aligner sur celles prévues par le droit fiscal⁽¹⁾, pénal⁽²⁾ et du travail⁽³⁾ les conditions d'exercice du **droit de communication** par les « *agents des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de base de la sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ; [...] pour accomplir [...] leur mission de lutte de contre le travail dissimulé ; et [...] pour recouvrer les prestations indûment versées ou [...] recouvrables sur la succession* ».

Ce droit de communication « *permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires [...] à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande* ».

Outil majeur au service de l'objectif à valeur constitutionnelle⁽⁴⁾ de la lutte contre la fraude, il a été mobilisé à 148 000 reprises en 2019.

Toutefois, ainsi que le relèvent l'exposé des motifs et l'annexe IX du PLFSS, les agents des URSSAF et autres organismes habilités se heurtent parfois à l'**absence de réponse des tiers sollicités, dont les établissements bancaires**, à un « *décalé excessivement long* » – jusqu'à quatre mois d'après l'ACOSS, auditionnée par les rapporteurs pour avis – ou à son **format difficilement exploitable** (fichiers adressées par la voie postale et pouvant générer des erreurs de copie, etc.).

Le Gouvernement propose donc la **dématérialisation** de cette procédure.

Des solutions sécurisées existent déjà, mais il conviendra *a minima* de mieux apparier celles des URSSAF (*Zéfir*) et de grands réseaux bancaires (*Secure share*) et, idéalement, d'opérer les échanges avec des protocoles certifiés par l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI) et recommandés par la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF), comme *Zed*, ou par les ministères de l'intérieur et de la justice, à l'instar de la plateforme *PEBA*.

(1) Article L. 81 du livre des procédures fiscales.

(2) Article 60-7 du code de procédure pénale.

(3) Article L. 5312-13-2 du code du travail.

(4) Conseil constitutionnel, décision n° 99-424 DC du 29 décembre 1999 sur la loi de finances pour 2000.

La fraude détectée en 2020 par la sécurité sociale atteint 1,16 milliard d'euros et **un gain d'environ 0,5 % est attendu de cette modernisation, soit 6 millions d'euros**, répartis entre 2,5 millions d'euros pour la CNAV, 1,4 million d'euros pour la CNA et 1,2 million d'euros pour la CNAM.

Est par ailleurs corrigée une erreur de référence (code du travail).

III. LES MOUVEMENTS ENTRE LES SPHÈRES ÉTATIQUE ET SOCIALE

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

A. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT

Seront abordés le schéma de compensation des exonérations et réductions de prélèvements sociaux en 2022 **(1)**, puis la tendance à la hausse du poids des impositions de toute nature dans le financement de la sécurité sociale **(2)**.

1. La compensation des allègements sociaux

La doctrine relative aux neutralisations a progressivement évolué **(a)** ; il convient de présenter ses effets contemporains **(b)**.

a. Les grands principes

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 ⁽¹⁾ ;

– 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 ⁽²⁾ ;

– toute mesure de transferts de charges.

Conformément à l'article L.O. 111-3 du Code de la sécurité sociale ⁽³⁾, **il revient aux seules LFSS de créer ou modifier des réductions ou exonérations de cotisations ou de contributions non-compensées aux ROBSS.**

Avec le principe de compensation intégrale évoqué *supra*, permettant une compensation à l'euro, les exonérations ont été neutralisées par des dotations

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

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

(3) Modifié par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale.

budgétaires de 1994 à 2006. Après 2006, on relève 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 : les exonérations générales sont compensées par l'affectation de recettes (ou la rebudgétisation de dépenses dans le cas du pacte de responsabilité), tandis que les exonérations ciblées sont compensées par 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.

Avec la LFSS pour 2019, la doctrine a évolué : le coût des allègements généraux aura vocation à être assumé, soit par l'État (en crédits ou en recettes), soit par 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 : ces allègements visent à soutenir l'emploi et le pouvoir d'achat, deux objectifs qui constituent un bien pour l'ensemble de la société et peuvent *in fine* générer de nouvelles recettes pour la sécurité sociale.

b. Le schéma de compensation

Le montant total des allègements représente 65,8 milliards d'euros en 2020, 71,5 milliards d'euros en 2021 et 72,6 milliards d'euros en 2022 ⁽²⁾.

Ces sommes respectent le plafond de 14 % fixé pour le ratio des « niches sociales » sur l'ensemble des recettes des ROBSS prévu par l'article 21 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, avec 13,2 % en 2020 (12,6 % hors crise), 13,5 % en 2021 (12,8 % hors crise) et 13,3 % en 2022 (13,2 % hors crise).

Le poids des compensations opérées par le budget général de l'État dans le total du schéma (mais non nécessairement le montant de certaines opérations prises isolément) s'inscrit tendanciellement à la baisse, au contraire des compensations

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

(2) Il convient de rappeler que ce montant ne s'élevait qu'à 10 milliards d'euros dans les années 1990, 20 milliards d'euros en 2010 et 33 milliards d'euros en 2018.

mobilisant des ressources fiscales, et ces compensations budgétaires représentent un effort de 6,1 milliards d'euros au titre du PLF pour 2022.

MONTANTS DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET CIBLÉS (ROBSS) DE 2020 À 2022

(en millions d'euros)

	2020	2021	2022
Allègements généraux (compensés)	47 084,15	50 835,37	54 868,89
Cotisations patronales sur les bas salaires	17 389,99	19 306,09	21 150,77
Cotisations maladie des salariés	20 634,06	22 075,89	23 635,79
Cotisations maladie des assurés de régimes spéciaux	272,86	271,33	270,52
Cotisations famille des salariés	7 247,93	7 685,85	8 179,70
Cotisations famille des régimes spéciaux	- 7,55	0,47	0,44
Cotisations maladie des indépendants	847,06	754,17	788,01
Cotisations famille des indépendants	699,80	741,56	843,68
Allègements ciblés (compensés)	5 554,27	5 914,16	6 062,60
Allègements ciblés (non-compensés)	1 908,38	2 143,73	2 278,73
Exemptions d'assiette	8 260,00	8 733,00	8 896,00
Total hors mesures « covid-19 »	62 806,80	67 626,26	72 106,22
Exonérations « covid-19 »	1 291,00	2 112,00	410,00
Aide au paiement « covid-19 »	1 748,00	1 771,00	0,00
Total y compris mesures « covid-19 »	65 845,80	71 509,26	71 516,22

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe V du PLFSS pour 2022.

ALLÈGEMENTS CIBLÉS COMPENSÉS PAR DES CRÉDITS (ROBSS) DE 2020 À 2022

(en millions d'euros)

Mission du budget général de l'État	2020	2021	2022
Travail et emploi	3 834,75	4 049,36	4 167,17
Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales	343,12	396,08	354,92
Outre-mer	1 066,16	1 124,77	1 183,10
Culture	20,29	24,29	24,77
Écologie, développement et mobilité durables	46,02	52,39	52,82
Médias, livres et industries culturelles	10,19	10,18	10,16
Recherche et enseignement supérieur	225,92	251,27	266,29
Cohésion des territoires	6,40	5,07	2,58
Sport, jeunesse et vie associative	1,42	0,76	0,77
Total hors mesures « covid-19 »	5 554,27	5 914,16	6 062,60
Plan d'urgence face à la crise sanitaire	3 039,00	3 039,00	410,00
Plan de relance	s. o.	40,00	40,00
Total des mesures (covid-19)	3 039,00	3 079,00	450,00
Total y compris mesures « covid-19 »	8 593,27	9 787,16	6 512,60

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe V du PLFSS pour 2022.

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

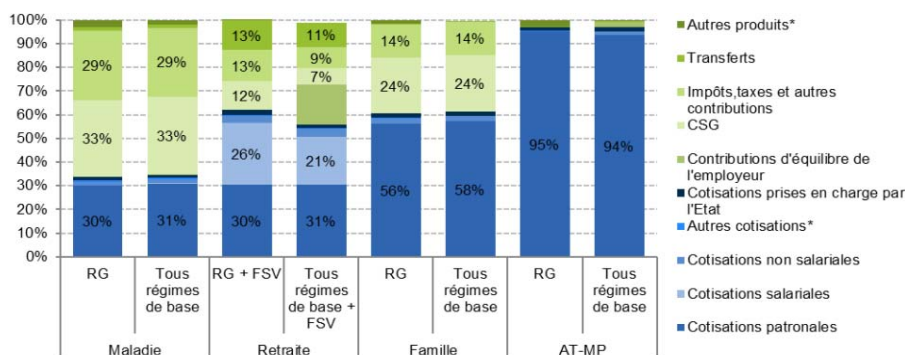
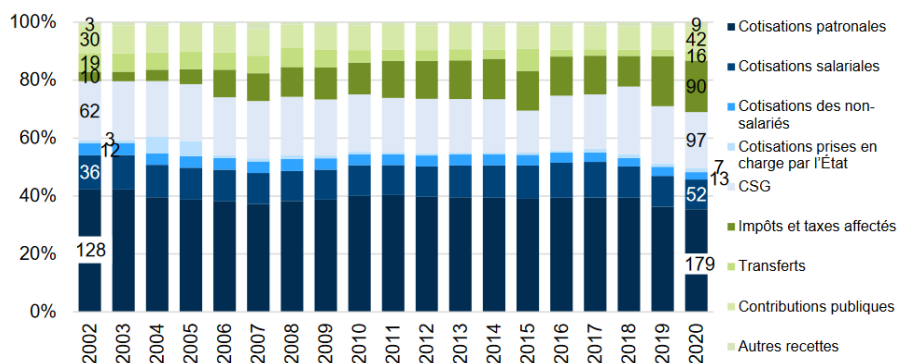
Depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, la sécurité sociale était majoritairement (à hauteur de plus de 90 % jusqu'en 1990) financée par des cotisations assises sur le facteur travail, suivant une logique d'inspiration mutualiste parfois qualifiée de bismarckienne.

Les trente dernières années ont vu l'affectation croissante d'impositions de toute nature (ITN) aux ASSO, avec la création de la CSG en 1991 et le transfert successif de prélèvements fiscaux comme la taxe sur les salaires (TS), divers droits d'accises, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), etc.

Cet état de fait traduit l'évolution tendancielle vers un système de protection sociale dit *beveridgien*, même si la nature des recettes des branches varie en fonction du caractère professionnel ou solidaire des risques qu'elles couvrent.

STRUCTURE DES RECETTES BRUTES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV DE 2002 À 2020

(en pourcentage)

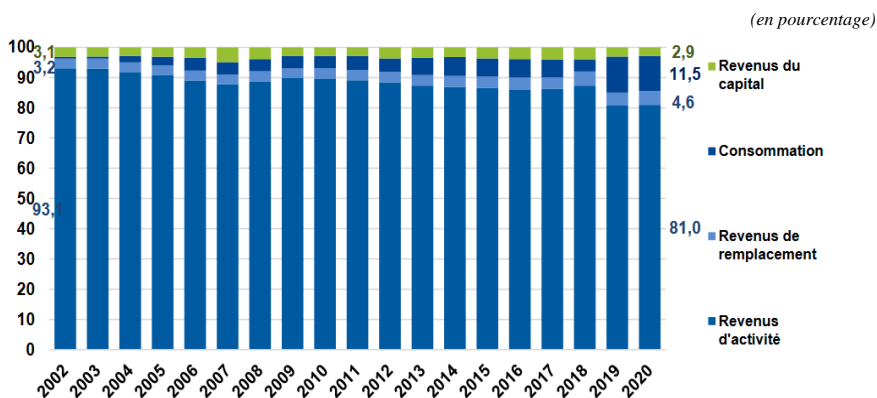


Source : annexe I (REPSS) du PLFSS pour 2022.

Un autre angle d'analyse possible tient aux différentes assiettes économiques qui financent la sécurité sociale.

Si la contribution des revenus d'activité reste de loin majoritaire, elle a reculé d'une dizaine de points de pourcentage depuis le début du siècle, corrélativement à la multiplication par près de trois de celle de la consommation, avec le relèvement progressif des accises sur les tabacs et les alcools, ainsi que les transferts de taxe sur la valeur ajoutée.

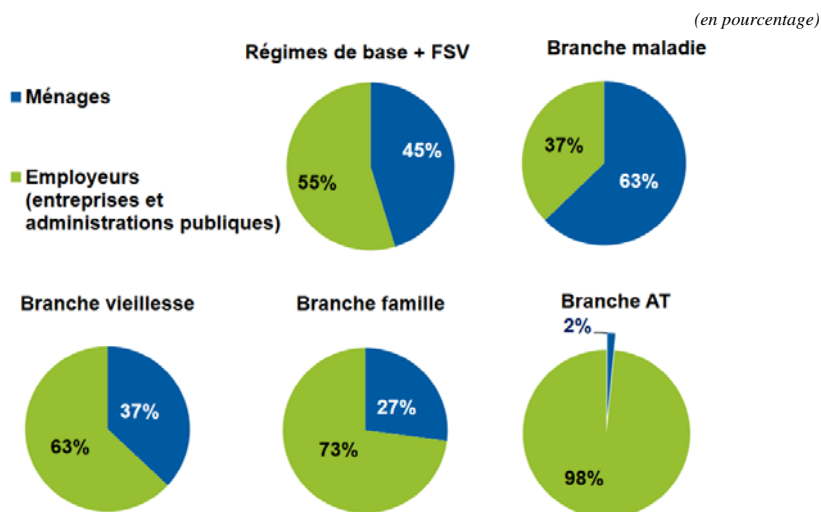
STRUCTURE DES RECETTES DU RG PAR ASSIETTE ÉCONOMIQUE DE 2002 À 2020



Source : annexe I (REPSS) du PLFSS pour 2022.

Enfin, il est possible d'étudier qui des ménages ou des employeurs assume la part la plus importante du financement de la sécurité sociale : de manière stable, il s'agit des seconds, malgré des disparités d'une branche à l'autre.

STRUCTURE DES RECETTES DES BRANCHES DES ROBSS PAR CATÉGORIE DE FINANCEUR EN 2020



Source : annexe I (REPSS) du PLFSS pour 2022.

En 2022, le poids des cotisations dans les recettes du régime général et du FSV devrait être de 50,8 %, contre 46,8 % pour celui des impositions (ou de 58,4 % et 36,5 % si l'on retient le périmètre des ROBSS et du FSV).

ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV EN 2022

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Autonomie	RG	FSV	RG + FSV ⁽¹⁾	ROBSS	ROBSS + FSV
Cotisations effectives	77,5	95,1	32,3	13,7	0,0	216,9	0,0	216,9	269,6	269,6
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	2,9	0,7	0,1	0,0	5,9	0,0	5,9	6,2	6,2
Cotisations fictives d'employeur	s. o.								43,7	43,7
Contribution sociale généralisée	49,0	0,0	12,7	0,0	29,2	90,6	18,1	108,7	90,6	108,7
Autres impositions de toutes natures	69,9	18,0	4,8	0,0	3,7	96,3	0,0	96,3	100,8	100,8
Charges liées au non-recouvrement	-0,7	-0,6	-0,1	-0,2	-0,2	-1,8	-0,1	-1,9	-1,9	-2,1
Transferts	3,2	29,5	0,2	0,0	0,6	21,3	0,0	3,5	29,9	10,8
Produits financiers	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2
Autres produits	7,3	0,3	0,8	0,4	0,0	8,8	0,0	8,8	9,3	9,3
Totaux	208,4	145,3	51,4	14,0	33,3	438,2	17,9	438,2	548,4	547,2

Source : annexe C du PLFSS pour 2022.

Dans le détail, selon l'annexe IV du PLFSS pour 2022 :

– les cotisations progresseraient de 4,7 % en 2022, soit un rythme légèrement inférieur à l'évolution de la masse salariale (en effet, la hausse des cotisations assises sur les revenus d'activité du secteur privé, soit 6,6 %, est contrebalancée par le recul de 8,2 % de celles dues par les indépendants, à cause de fortes régularisations en sortie de crise, et par la baisse mécanique de celles prises en charge par l'État, à hauteur de 21,0 %) ;

– les recettes de CSG s'accroîtraient de 3,5 %, avec une hausse de 3,9 % de la CSG assise sur les revenus d'activité, de 1,2 % de la CSG assise sur les revenus de remplacement, de 4,8 % de la CSG assise sur les revenus du capital et de 11,8 % du bloc composé de la CSG assise sur les jeux et des pénalités ;

– les autres recettes fiscales augmenteraient aussi de 3,5 %, la déconnexion avec la croissance du PIB tenant à un moindre rendement des taxes sur les tabacs et à la non-reconduction de la contribution exceptionnelle des complémentaires.

L'article 17 du PLF pour 2022 prévoit une hausse de 0,12 point de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, qui passe à 28,01 % de son rendement (progression de 227,9 millions d'euros pour la CNAM et de 398 millions d'euros pour la CCMSA).

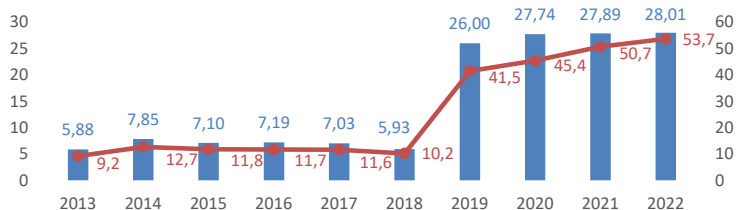
Cet ajustement « a pour objet principal de couvrir le transfert de l'État vers la CNAM de la compensation, pour quatre exonérations ciblées, de la part correspondant à la réduction de six points des cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC et de tenir compte de l'achèvement du financement du plan d'investissement en faveur de l'agence de santé de Wallis-et-

(1) Après transferts.

Futuna »⁽¹⁾, ainsi que de simplifier le circuit de compensation de l'exonération de l'emploi de travailleurs occasionnels dans le secteur agricole.

TAUX DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2013 À 2022

(en pourcentage [barres bleues] sur axe de gauche) et en milliards d'euros [courbe rouge] sur l'axe de droite)



Source : commission des finances d'après l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

B. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES

Ainsi que le rappelle la CCSS, « les régimes de sécurité sociale échangent d'importantes masses financières entre eux et avec d'autres organismes ; ces transferts poursuivent différents objectifs : il peut s'agir de transférer le financement d'une prestation d'un organisme à un autre, de prendre en charge des cotisations de catégories particulières d'affiliés, d'assurer l'équilibre comptable de régimes intégrés financièrement ou d'apporter des ressources à des fonds de financements ».

Leur volume et leur complexité excluent un commentaire à l'échelle du présent rapport pour avis. Comme chaque année, ils sont listés et commentés de manière exhaustive dans l'annexe VI du PLFSS.

Il importe néanmoins de s'intéresser à la modification des flux que continue d'entraîner la création de la branche autonomie par l'article 5 de la loi du 7 août 2020, précitée.

Auparavant, la CNSA déposait ses fonds sur le compte unique du Trésor et n'était pas habilitée à recourir à des ressources non-permanentes, ce qui la contraignait parfois à utiliser ses réserves.

Son nouveau statut de caisse du régime général implique que sa trésorerie soit centralisée auprès de l'ACOSS, alors que les relations financières des deux structures se limitaient au recouvrement de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), ainsi que de la fraction concernée de CSG, dans un sens (5,2 milliards d'euros recouverts la dernière année concernée) et au versement à la CNAM d'une participation à diverses prestations services dans les établissements et services médico-sociaux (1,7 milliard d'euros versés).

(1) Tome I du rapport n° 4524 de M. Laurent Saint-Martin, rapporteur général, sur le PLF pour 2022, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 7 octobre 2021.

Le budget de la CNSA obéit désormais au principe de la non-affectation de recettes particulières à des charges définies.

L'article 6 et le I de l'article 17 font varier la répartition du produit de taxe sur les salaires entre les caisses pour, d'une part, permettre à la CNSA de s'acquitter de frais de gestion (109 millions d'euros en 2021), de non-recouvrement (432 millions d'euros) et de dégrèvement (46 millions d'euros) auprès de l'ACOSS en majorité et à la DGFIP au surplus et, d'autre part, partager le poids de certaines mesures versées en réponse à la crise.

RÉPARTITION DU PRODUIT DE LA TAXE SUR LES SALAIRES DE 2020 À 2023

(en pourcentage et en milliards d'euros)

	2020		2021		2022		2023
	Part	Montant	Part	Montant	Part	Montant	Part
CNAM	28,14 %	4,07	24,33 %	3,74	31,64 %	4,96	25,19 %
CNAF	18,49 %	2,67	18,49 %	2,85	10,74 %	1,69	17,19 %
CNAV	53,37 %	7,58	53,37 %	8,22	53,37 %	8,37	53,37 %
CNSA	s. o.		3,81 %	0,59	4,25 %	0,67	4,25 %
Total	100 %	14,47	100 %	15,40	100 %	15,69	100 %

Source : commission des finances d'après les articles 231 du code général des impôts et L. 131-8 du code de la sécurité sociale, ainsi que le tome I de l'annexe Voies et moyens jointe au PLF pour 2022.

Le II de l'article 17 transfère une fraction de 12,92 % du produit des accises sur les alcools, soit 283 millions d'euros, entre l'assurance vieillesse de base de la MSA et son compartiment complémentaire afin de financer les dépenses prévues par la loi n° 2020-839 du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles (85 % du SMIC net).

La forte sollicitation de l'UNÉDIC rappelle l'importance d'un débat cohérent à l'échelle des administrations de sécurité sociale

Outre les chiffres précités sur la masse salariale, l'INSEE relève dans ses comptes nationaux que l'emploi total n'a reculé que de 0,9 % en 2020.

Une telle performance, contre-intuitive au regard de la sévérité de la crise, s'explique largement par le recours massif à l'activité partielle. Ce dispositif prévu à l'article L. 5122-1 du code du travail a été mobilisé de manière exceptionnelle, pour des taux et des plafonds de salaires élargis ⁽¹⁾, limitant les licenciements économiques.

Selon la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, ont été consommées 3,3 milliards d'heures d'activité partielle entre mars 2020 et août 2021, pour un coût de 26,5 milliards d'euros en 2020 et 9,3 milliards d'euros en 2021, assumé par l'État pour deux tiers et par l'UNÉDIC pour un tiers.

Cet effort a obligé l'État à relever le plafond de sa garantie sur les émissions obligataires de l'UNÉDIC : fixé à 2 milliards d'euros par l'article 199 de la loi de finances initiale pour 2020, il a été porté à 10 milliards d'euros par l'article 17 de la deuxième loi de finances rectificative pour 2020, puis à 15 milliards d'euros par l'article 40 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 ; en 2021, il est encore de 13 milliards d'euros.

À cet égard, la restriction du champ de la LFSS aux régimes obligatoires de base et aux organismes concourant à leur financement semble regrettable aux rapporteurs spéciaux, qui invitent à poursuivre la réflexion sur son élargissement, *a minima* à titre d'information, à l'assurance chômage (ainsi qu'aux retraites complémentaires).

(1) Contribution de Mme Cendra Motin au rapport d'information n° 3197 de M. le président Éric Woerth, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 10 juillet 2020.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

En 2020, les charges nettes du régime général et du FSV ont atteint 427,8 milliards d'euros, en hausse de 6,2 % (+ 24,9 milliards d'euros) par rapport à 2019 et supérieures de 3,5 % (+ 14,6 milliards d'euros) à l'objectif de dépenses fixé en LFSS pour 2020 ⁽¹⁾. Les prestations légales de l'ensemble des régimes de base et du FSV ont notamment progressé de 5,6 % en 2020, principalement en raison de la crise sanitaire ⁽²⁾.

Ces quelques chiffres reflètent l'**ampleur** et la **brutalité de la crise sanitaire et de ses conséquences sur la sécurité sociale**, sollicitée à l'extrême depuis mars 2020. Les conséquences de cette crise sont évolutives, mais perdurent de manière très nette pour l'exercice 2021 ainsi que, dans une moindre mesure, d'après les prévisions, en 2022.

Des effets de périmètre importants affectent également les régimes de sécurité sociale : la création de la branche autonomie en 2021 a notamment entraîné une augmentation de 5,4 milliards d'euros des dépenses. Ainsi, en 2021, les dépenses progressent de 5 % à périmètre courant et 4 % à périmètre constant. À périmètre constant, la croissance des dépenses décélère donc par rapport à 2020, traduisant un premier ralentissement de l'épidémie.

En 2022, les dépenses du régime général et du FSV n'augmenteraient plus que de 0,8 %, atteignant 569,5 milliards d'euros et traduisant l'accalmie sanitaire attendue. Ce scénario reste toutefois soumis à de nombreux aléas.

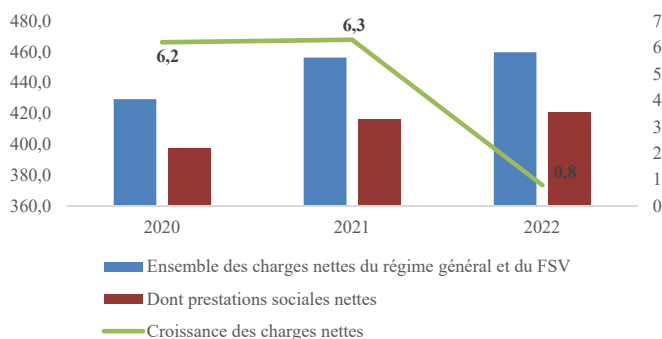
La présente partie du rapport pour avis de la commission des finances s'attache à présenter les résultats, les prévisions et les principales mesures du PLFSS pour 2022 sur les branches maladie **(I)**, vieillesse **(II)**, famille **(III)**, accidents du travail et maladies professionnelles **(IV)** et autonomie **(V)**.

(1) *Cour des comptes*, op cit.

(2) *Annexe IV du PLFSS pour 2022*.

CHARGES NETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV ET CROISSANCE D'UNE ANNÉE À L'AUTRE

(en milliards d'euros et en pourcentage)



Note : outre les prestations sociales nettes, qui constituent la majeure partie des charges nettes des ROBSS, ces dernières comprennent également les transferts nets versés, les charges de gestion courante, les charges financières et d'autres charges.

Source : commission des finances à partir de l'annexe IV du PLFSS pour 2022.

I. LA BRANCHE MALADIE : UNE SOLLICITATION EXCEPTIONNELLE DEPUIS LE DÉBUT DE LA CRISE SANITAIRE

La branche maladie s'est trouvée en première ligne lors de la survenue de la crise sanitaire en 2020, et a dû déployer dans l'urgence un grand nombre de dispositifs, nécessaires mais coûteux (A). Cette dynamique s'est poursuivie en 2021, année au cours de laquelle les besoins liés à la crise sanitaire sont restés massifs (B). Les dépenses de la branche maladie et de l'ONDAM devraient toutefois progressivement se normaliser au cours de l'année 2022 à la faveur du ralentissement de l'épidémie de covid-19 (C).

A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE ET L'ONDAM POUR 2020

En raison de la survenue de la crise sanitaire quelques mois après le vote de la LFSS pour 2020, la branche maladie a été très fortement mise à contribution au cours de l'année 2020, particulièrement pour le régime général.

En sus des baisses de recettes massives (cf. *supra*), **les dépenses de la branche maladie du régime général ont augmenté de 22,2 milliards d'euros pour atteindre 238,8 milliards d'euros**. Cette croissance explique presque 90 % de celle des dépenses de l'ensemble des branches du régime général et du FSV.

Ainsi, sur les 39,7 milliards d'euros de déficit des régimes de base et du FSV, 38,7 milliards d'euros de déficit sont dus au régime général et au FSV. Sur cette somme, 30,4 milliards d'euros sont liés à la branche maladie, soit 78,6 % du déficit du régime général et du FSV.

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM ont atteint en 2020 219,4 milliards d'euros ⁽¹⁾, en hausse de 9,4 % par rapport à 2019 et supérieures de 13,8 milliards d'euros (+ 6,6 %) à l'objectif fixé par la LFSS pour 2020. Ces données inédites traduisent l'ampleur des effets de la crise sanitaire sur les dépenses de la branche maladie.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM POUR 2020

(en milliards d'euros et en pourcentages)

Sous-objektifs	Objectif LFSS 2020	Objectif 2020 revu par la LFSS pour 2021	Constat 2020	Évolution entre l'ONDAM initial et l'ONDAM réalisé	Évolution entre l'ONDAM revu et l'ONDAM réalisé
Dépenses de soins de ville	93,6	93,8	94,7	1,2 %	1,0 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,4	90	89,7	6,3 %	- 0,3 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	10	12	12	20,0 %	0,0 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,7	12	12	2,6 %	0,0 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,6	3,9	3,9	8,3 %	0,0 %
Autres prises en charge	2,4	7,2	7	191,7 %	- 2,8 %
TOTAL	205,6	218,9	219,4	6,6 %	0,2 %

Source : commission des finances à partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et du rapport de septembre 2021 de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Ce surcroît de dépenses de 13,8 milliards d'euros traduit cependant plusieurs phénomènes aux effets contradictoires. La crise sanitaire a entraîné un important surcroît de dépenses (1), amplifié par le déploiement des premières mesures du « Ségur de la santé » (2). Ces dépenses supplémentaires n'ont été que partiellement couvertes par la sous-exécution des dépenses de soins de ville (3).

1. D'importantes dépenses supplémentaires en 2020 causées par la crise sanitaire

La crise sanitaire a nécessité la mobilisation de 18,3 milliards d'euros de dépenses supplémentaires, réparties de la manière suivante :

(1) CCSS, rapport de septembre 2021.

- 6,2 milliards d’euros de dépense supplémentaires de soins de ville, dont :
 - **2,4 milliards d’euros d’indemnités journalières (IJ)**, dont 2,2 milliards d’euros au titre des IJ dérogatoire et de droit commun directement liées au Covid-19 et 0,2 milliard d’euros liés à la suppression du délai de carence ;
 - **2,2 milliards d’euros de tests diagnostiques**. Entre mars et fin décembre 2020, environ 30 millions de tests PCR ont été réalisés en laboratoire de ville et un peu plus de trois millions de tests antigéniques ont été réalisés entre octobre et décembre ⁽¹⁾.

Les dispositifs de régulation des dépenses de biologie, par l’ajustement des tarifs de certains actes notamment, ont été suspendus dans les premières semaines de la crise sanitaire ⁽²⁾. Si cette mesure était pleinement justifiée à l’heure de la mobilisation de la biologie de ville, la persistance de la crise sanitaire a entraîné une croissance importante des marges des laboratoires ⁽³⁾. Du point de vue de l’assurance maladie, **les dépenses au titre des examens effectués en laboratoire de ville ont augmenté de 50 % entre 2019 et 2020, pour atteindre 4,8 milliards d’euros**. Cet état de fait plaide désormais pour une nouvelle modération des tarifs, ainsi que pour la réactivation des dispositifs de régulation conventionnelle.

En outre, la question de **la pertinence de la prescription** reste un gisement d’économie trop peu exploité : la diminution des examens redondants et non pertinents est un axe de travail identifié par l’assurance maladie, qui n’a pourtant pas reconduit en 2020 les actions de régulation de la dépense en raison du contexte exceptionnel lié à la pandémie. La réflexion a pu reprendre en 2021 après le pic de la crise sanitaire. Si la régulation des dépenses de biologie est identifiée comme un axe d’économie important, l’assurance maladie ne propose pas de chiffrage de l’économie qui pourrait être faite en 2022 ⁽⁴⁾.

(1) *Annexe IV du PLFSS.*

(2) *Cour des comptes, op cit.*

(3) *Ibid.*

(4) *CNAM, Rapport « charges et produits » pour 2022, juillet 2021.*

Un traitement encore insatisfaisant de l'innovation dans le secteur de la biologie

Le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) est un dispositif permettant le soutien à la biologie médicale, et vise à soutenir l'innovation dans ce domaine par la prise en charge précoce et transitoire d'actes innovants. Ce dispositif est le pendant, pour la biologie, du forfait innovation et des autorisations temporaires d'utilisation.

Cette prise en charge est soumise à plusieurs conditions : les industriels doivent réaliser un recueil prospectif et comparatif des données, afin d'évaluer l'efficacité des actes innovants.

Les délais d'inscription au RIHN restent toutefois souvent longs, et freinent l'accès à de nouvelles techniques, pourtant prometteuses dans plusieurs domaines, dont les techniques de diagnostic et de séquençage. Une vision de long terme, fondée sur la recherche d'efficacité dans l'accès à l'innovation doit désormais être conçue pour le secteur de la biologie.

Dans son rapport d'octobre 2021 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes souligne que de manière générale des progrès peuvent encore être réalisés concernant la façon dont les actes d'analyse biologique innovants sont inscrits au remboursement par l'assurance maladie : un nombre significatif d'actes sont toujours en attente de leur évaluation. Pour certaines techniques, le risque est désormais celui de l'obsolescence des procédés avant même leur évaluation.

– **1,3 milliard d'aide financière aux professionnels de santé (DIPA)**, destinée à couvrir leurs charges fixes durant les périodes de moindre fréquentation de leurs cabinets.

Les mesures de soutien aux professionnels de santé en ville

Le déclenchement de la crise sanitaire s’est accompagné d’une diminution brutale de la fréquentation des cabinets médicaux. Les remboursements réalisés en 2020 au titre de la consultation de spécialistes se sont ainsi avérés inférieurs de 1,16 milliard d’euros aux prévisions de la LFSS pour 2020. Ce chiffre atteint 357 millions d’euros pour les médecins généralistes et 598 millions d’euros pour les chirurgiens-dentistes ⁽¹⁾.

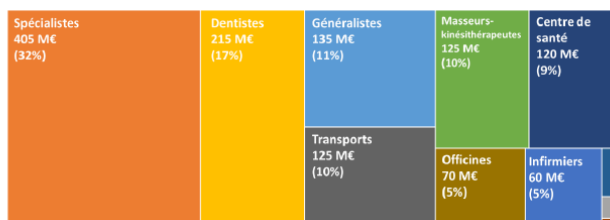
Afin d’aider les professionnels à faire face à cette période au cours de laquelle leurs frais fixes n’ont pas diminué par ailleurs, le Gouvernement a instauré une aide spécifique, le dispositif d’indemnisation de la perte d’activité (DIPA).

Le montant de la DIPA a été calculé en fonction de la perte d’activité déclarée par chaque professionnel par rapport à 2019 et d’un taux moyen de charge unique, estimé par l’assurance maladie pour chaque profession.

Les médecins spécialistes ont perçu au total 405 millions d’euros, soit 32 % de l’aide. Les dentistes ont perçu 17 % et les médecins généralistes 11 %.

RÉPARTITION DU DISPOSITIF D’INDEMNISATION DE LA PERTE D’ACTIVITÉ (DIPA) PAR PROFESSION

(en millions d’euros)



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

En outre, les médecins généralistes, les infirmiers et sages-femmes ont bénéficié d’une aide forfaitaire de 700 euros au titre de la couverture des frais d’adaptation de leur activité aux mesures sanitaires, notamment l’achat de masques.

La Cour des comptes, dans son rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale paru en octobre 2021, souligne la nécessité de consolider le contrôle de l’assurance maladie sur le DIPA, en s’assurant de la conformité des déclarations des bénéficiaires aux données des administrations ayant versé les concours financiers.

● 7 milliards d’euros de versements aux établissements sanitaires et médico-sociaux destinés à leur permettre de faire face aux conséquences immédiates de la crise :

– plus de la moitié de cette somme représente des dotations complémentaires (4 milliards d’euros) destinées à l’achat de matériels, à la réorganisation des services, à la prise en charge des frais de transport et de logement des personnels et à la prise en charge des tests diagnostiques réalisés au sein des établissements ;

(1) Cour des comptes, Rapport sur l’application des LFSS, 5 octobre 2021.

– **2,3 milliards d’euros ont permis le financement de primes** ⁽¹⁾ et l’indemnisation d’heures supplémentaires pour les personnels des hôpitaux et des établissements médico-sociaux ;

– la CNSA a bénéficié de financements complémentaires : 0,3 milliard d’euros lui ont été alloués pour compenser les moindres recettes des EHPAD au titre de leur activité d’hébergement, et 0,2 milliard d’euros supplémentaires ont été prévus au titre de l’ONDAM médico-social afin de compenser les pertes de recettes propres de la CNSA causées par les moindres produits de la contribution solidarité autonomie et de la CSG assise sur les revenus d’activité ;

– enfin, une moindre économie de 0,1 milliard d’euros a été enregistrée en raison de l’annulation de la hausse du ticket modérateur pour les actes et consultations externes effectuées aux urgences, hausse prévue initialement dans la LFSS pour 2020.

● **4,8 milliards d’euros ont été alloués à Santé publique France** pour l’achat de masques, d’équipements et de réactifs. Si la dotation à Santé publique France est nécessaire pour permettre à l’agence d’assurer ses missions dans le cadre de la crise sanitaire, elle représente un coût significatif pour l’assurance maladie, qui assure depuis 2020 le financement de l’agence ⁽²⁾.

En outre, la Cour des comptes soulève dans son rapport sur les dépenses de crise, remis à la commission des finances de l’Assemblée nationale qui l’avait commandé en vertu du 2° de l’article 58 de la LOLF, que cette dotation – allouée sans autorisation parlementaire, en l’absence du dépôt de loi de financement rectificative de la sécurité sociale – a été utilisée pour faire financer par Santé publique France, et donc par l’assurance maladie, des dépenses du ministère de la santé ⁽³⁾. **Cette pratique est préjudiciable, car elle permet d’une part de financer des dépenses ministérielles sans accord parlementaire** et par simple arrêtés ministériels, et d’autre part **elle favorise la confusion des rôles entre Santé publique France et le ministère**, compliquant la traçabilité des crédits ouverts durant la période de crise.

● 0,3 milliard d’euros de dotation ont été versés au fonds d’intervention régionale (FIR) pour la gestion locale de la crise.

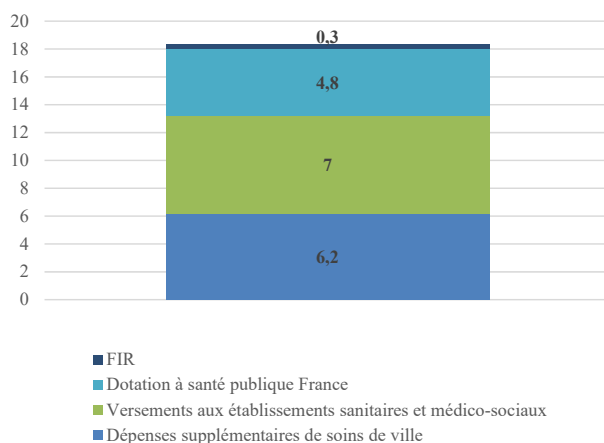
(1) 1 500 euros par personne pour l’ensemble des personnels hospitaliers et en EHPAD dans les quarante départements les plus touchés, et, dans les autres départements, 1 000 euros pour les salariés en EHPAD et 500 euros pour les personnels hospitaliers.

(2) Jusqu’en 2019, les dépenses de Santé publique France étaient financées par le budget de l’État. La loi de finances pour 2020 a transféré cette charge à l’assurance maladie et l’a intégrée dans l’ONDAM.

(3) Cour des comptes, Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation, communication à la commission des finances, de l’économie générale et du contrôle budgétaire de l’Assemblée nationale, juillet 2020.

DÉCOMPOSITION DES DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE DANS LE CHAMP DE L'ONDAM EN 2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir du rapport de septembre 2021 de la commission des comptes de la sécurité sociale

Peuvent être ajoutées à ces coûts les garanties de financement accordées aux établissements de santé publics et privés, visant à compenser leur moindre activité en 2021 (cf. *infra*).

2. Le déploiement des premières mesures du « Ségur de la santé »

Les premières mesures de revalorisation salariale du « Ségur de la santé » ont été déployées en 2020, expliquant une part significative de l'évolution entre l'ONDAM prévu en LFSS pour 2020 et l'ONDAM pour 2020 rectifié. Le coût de ces mesures atteint en 2020 1,4 milliard d'euros, dont 1,1 milliard d'euros de hausse de l'ONDAM hospitalier et 0,3 milliard d'euros au titre de l'ONDAM médico-social.

La principale de ces mesures est la revalorisation dite « socle », qui vise à revaloriser de 183 euros nets mensuels l'ensemble des personnels soignants et non soignants des établissements de santé et des EHPAD.

Au titre de la mise en œuvre des premières mesures du « Ségur de la santé », ont également été déployés des « lits à la demande », pour un coût de 50 millions d'euros. Cette mesure a pour but de développer une approche plus souple de la capacité en lits d'hôpitaux, par la création de lits selon les besoins. 2 686 lits ont ainsi été ouverts dans 279 établissements. Cette nouvelle approche capacitaire s'accompagne d'autres évolutions, comme le déploiement des hôtels hospitaliers, permis dans le cadre de la LFSS pour 2021. Au regard des circonstances exceptionnelles de l'année 2021, l'évaluation du dispositif n'a pu être réalisée à ce stade. Les rapporteurs pour avis resteront attentifs aux conclusions du rapport qui sera remis au Parlement à ce sujet.

Les hôtels hospitaliers

Les hôtels hospitaliers sont des structures d'hébergement (non médicalisées) accueillant des personnes qui doivent séjourner à l'hôpital ou à proximité sans avoir besoin d'un soin à ce moment donné, par exemple un patient résidant loin de l'hôpital devant bénéficier d'un soin hospitalier le matin.

Ces structures permettent de libérer des lits pour les patients qui en ont le plus besoin, de fluidifier la prise en charge hospitalière et de recentrer l'hôpital sur sa mission de soins, tout en permettant la réalisation d'économies.

Les hôtels hospitaliers en fonctionnement avant le vote de la LFSS pour 2021 reposaient sur une expérimentation permise en LFSS pour 2015 pour une durée trois ans. 41 sites ont été sélectionnés pour prendre part à cette expérimentation. 28 de ces 41 sites ont fait l'objet d'une évaluation par le Gouvernement.

La LFSS pour 2021 a créé un financement temporaire à destination des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer un hébergement non-médicalisé.

3. À l'inverse, des sous exécutions importantes, concernant principalement les soins de ville

Les dépenses ont par ailleurs fait l'objet d'une moindre réalisation à hauteur de 4,9 milliards d'euros, principalement en raison des soins de ville : ces derniers ont fait l'objet d'une sous-exécution de 4 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial, dont 2,2 milliards au titre des honoraires médicaux et dentaires.

En outre, les dépenses des établissements de santé ont été ajustées de 0,7 milliard d'euros à la baisse, en raison principalement de moindres dépenses relatives à la liste en sus et aux médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). La liste a en effet été sous-exécutée concernant les dispositifs médicaux, en raison des déprogrammations d'intervention. La surconsommation de médicaments anti-cancéreux est toutefois venue compenser partiellement cette sous-exécution à hauteur de 0,3 milliard d'euros. 0,2 milliard d'euros de moindres prises en charge des soins des Français de l'étranger a été également enregistré.

Enfin, les complémentaires santé ont contribué, en raison de l'instauration d'une contribution ponctuelle, à hauteur d'un milliard d'euros aux recettes de la branche maladie (cf. *supra*), réduisant d'autant les dépenses (cf. *supra*).

B. LES DÉPENSES DE SANTÉ POUR 2021

Après l'augmentation exceptionnelle des dépenses de la branche maladie en 2020, les dépenses de la branche ont diminué de 3,4 % pour atteindre 230,72 milliards d'euros en 2021, traduisant le **ralentissement de la crise sanitaire et la normalisation de certaines dépenses enregistrées en 2020**. La branche maladie du régime général supporte toutefois en 2021 30 milliards d'euros de déficit, soit environ 87 % du déficit du régime général.

L'ONDAM pour 2021 a été fixé à 225,4 milliards d'euros par la LFSS pour 2021, en croissance de 2,3 % par rapport à 2020 à champ constant. **Le PLFSS pour 2022 le rectifie à la hausse, à hauteur de 237,1 milliards d'euros.**

Si cette prévision intégrait des éléments liés au contexte de crise et au déploiement du « Ségur de la santé » (1), le maintien d'une situation sanitaire dégradée et la mise en œuvre du « Ségur » (2) ainsi que la croissance des dépenses hors crise (3) ont entraîné un dépassement de l'ONDAM, rectifié dans le PLFSS pour 2022 pour atteindre 237,1 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM POUR 2021 ENTRE LA LFSS POUR 2021 ET LE PLFSS POUR 2020

(en milliards d'euros et en pourcentage)

Sous-objectifs	Objectif LFSS 2021	Objectif 2021 revu par la LFSS pour 2022	Évolution entre l'ONDAM prévu et l'ONDAM révisé
Dépenses de soins de ville	98,9	104,5	5,7 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,9	94,8	2,0 %
Contributions de l'assurance malade aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	13,6	14	2,9 %
Contributions de l'assurance malade aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	0,8 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,8	4,1	7,9 %
Autres prises en charge	3,8	7,3	92,1 %
TOTAL	225,4	237,1	5,2 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2021 et du PLFSS pour 2022.

1. Des hypothèses de construction de l'ONDAM adaptées à la situation de crise sanitaire

La construction de l'ONDAM pour 2021 ne pouvait faire abstraction du contexte sanitaire. Elle a donc été adaptée et comprend plusieurs composantes :

– de la même manière que pour les années précédentes, l'ONDAM est bâti sur la base d'une trajectoire sous-jacente des dépenses de santé. L'hypothèse retenue d'un retour à la normale de l'activité des professionnels de santé a conduit à retenir une **trajectoire sous-jacente en hausse de 2,4 %** ;

– **7,9 milliards d'euros ont été intégrés dans l'ONDAM au titre des mesures nouvelles du « Ségur de la Santé »**, dont 6,3 milliards d'euros de revalorisations salariales ;

– **une provision de 4,3 milliards d'euros destinée à couvrir les dépenses liées à la crise sanitaire** (principalement les tests biologiques pour 2 milliards

d'euros et la campagne vaccinale pour 1,5 milliard d'euros) a été également intégrée dans l'ONDAM.

Au total, la LFSS pour 2021 a retenu un ONDAM de 225,4 milliards d'euros, soit 9,6 % de plus que l'ONDAM fixé en LFSS pour 2020 et 2,8 % de plus que l'ONDAM exécuté en 2020.

2. Malgré la prudence de la programmation, les aléas de la crise sanitaire et la mise en œuvre du « Ségur de la santé », qui ont conduit à dépasser la prévision

L'évolution de la pandémie, caractérisée par la succession de plusieurs vagues au cours de l'année 2021, a nécessité le maintien des dépenses à un niveau exceptionnellement élevé.

Le comité d'alerte de l'ONDAM a rehaussé dès son avis de juin 2021 les prévisions de dépense, soulignant l'**impossibilité de respecter les objectifs fixés** ⁽¹⁾.

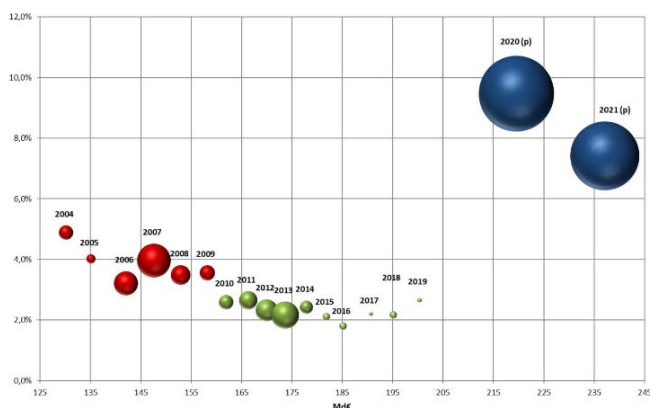
D'après la commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾, le risque de dépassement atteint 11,6 milliards d'euros, portant les dépenses relevant de l'ONDAM à 237,1 milliards d'euros, en hausse de 7,4 % à périmètre constant.

(1) Avis du comité d'alerte de l'ONDAM n° 2021-2 sur le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, 1er juin 2021.

(2) CCSS, rapport de septembre 2021.

ÉVOLUTION DANS LE CHAMP DE L'ONDAM DEPUIS 2004

(en milliards d'euros et en pourcentage)



Note de lecture : les bulles sont d'autant plus grandes que l'écart à l'objectif initial est important, d'autant plus hautes que le taux d'évolution des dépenses est élevé et d'autant plus à droite que le montant de l'ONDAM réalisé est élevé. Les boules rouges et bleues représentent un dépassement de l'objectif initial tandis que les boules vertes représentent un niveau inférieur à cet objectif.

Source : comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

● **Les dépenses en lien avec la crise expliquent la majeure partie du dépassement**, soit 10,5 milliards d'euros (pour un total de mesures liées à la crise équivalant à 14,8 milliards d'euros) :

– les dépenses liées au dépistage ont dépassé de 4,2 milliards d'euros la prévision. Entre début janvier et fin août 2021, 2,8 millions de tests ont été réalisés en moyenne chaque semaine, soit environ 58 millions de tests PCR et 37 millions de tests antigéniques sur la période ;

– la dotation à Santé publique France a dépassé de 3,5 milliards d'euros la prévision (dont 2,5 milliards d'euros liés à l'achat de vaccins et à la campagne de vaccination) ;

– 0,7 milliard d'euros supplémentaires ont été observés pour la campagne de vaccination, et ont permis de rémunérer les personnels. Ce surcroît de dépenses a notamment permis le lancement de la campagne de rappel en septembre 2021 ;

– 1,7 milliard d'euros supplémentaires ont été alloués aux établissements sanitaires et médico-sociaux ;

– 0,3 milliard d'euros de dotation complémentaire ont été accordés au FIR ;

– enfin, 0,6 milliard d'euros de dépenses supplémentaires d'indemnités journalières (IJ) maladie comprenant les arrêtés dérogatoires ont été enregistrés.

Le décret n° 2021-428 du 12 avril 2021 relatif au calcul des indemnités journalières maladie et maternité : une lisibilité à conforter pour les professionnels

Le décret n° 2021-428 du 12 avril 2021 relatif au calcul des indemnités journalières maladie et maternité tire les conséquences de l'adoption des articles 84 et 85 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, et vise notamment à supprimer la majoration appliquée aux indemnités journalières au-delà d'une certaine durée d'arrêt lorsque l'assuré a au moins trois enfants. En outre, il a pour objet de modifier la règle de reconstitution du salaire pendant la période de référence, afin de tenir compte des évolutions liées à la liquidation unique des indemnités journalières des assurés ayant plusieurs activités concomitantes ou successives.

Si les objectifs de ce décret sont évidemment louables et s'inscrivent en droite ligne avec les dispositions adoptées par le Parlement, sa mise en œuvre est problématique : les gestionnaires en entreprises et les concepteurs de logiciel de ressources humaines soulèvent la faible lisibilité de ce texte et la difficulté qu'ils éprouvent à s'en saisir.

Une clarification des dispositions de ce décret semble nécessaire.

A contrario, des moindres dépenses ont été constatées concernant l'achat de masques, dont le coût a été inférieur de 0,5 milliard d'euros à la prévision.

En outre, le fonds de concours permettant de faire financer par Santé publique France des dépenses du ministère de la santé (cf. *supra*) a été reconduit en 2021. Deux autres fonds de concours supplémentaires sont mêmes créés en 2021 au profit des programmes *Sécurité civile* et *Soutien de la politique de l'éducation nationale*, afin de financer le déploiement de centres de vaccination par les services départementaux d'incendie et de secours (160 millions d'euros) et l'acquisition d'autotests dans les lycées (245 millions d'euros) ⁽¹⁾.

Pour une meilleure lisibilité de coûts engendrés par la crise et avec le souci de maintenir une distinction claire et compréhensible entre le budget de l'État et la sécurité sociale, **la Cour des comptes recommande de supprimer ces fonds de concours** et de réintégrer les dépenses correspondantes au sein du budget de l'État par des crédits budgétaires ⁽²⁾. **Les rapporteurs pour avis s'associent à cette recommandation, avec l'objectif de clarifier le suivi des dépenses de crise.**

(1) *Cour des comptes*, Les dépenses publiques pendant la crise et le bilan opérationnel de leur utilisation, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, juillet 2021.

(2) Ibid.

DÉPENSES EXCEPTIONNELLES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE EN 2021

(en milliards d'euros)

	Provision LFSS 2021	Dépenses additionnelles	Total
Vaccination	1,5	3,2	4,7
<i>Dont dotation Santé publique France (vaccins et organisation de la campagne)</i>	0,7	2,5	3,2
<i>Dont campagne vaccinale</i>	0,8	0,7	1,5
Tests de dépistage	2	4,2	6,2
Établissements de santé et médico-sociaux		1,7	1,7
Santé publique France, hors vaccination	0,1	1	1,1
Indemnités journalières liées au Covid		0,6	0,6
FIR		0,3	0,3
Masques	0,7	- 0,5	0,2
TOTAL	4,3	10,5	14,8

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des LFSS, 5 octobre 2021.

● **L'année 2021 est caractérisée par la montée en charge du « Ségur de la santé », dont le coût représente en 2021 9,2 milliards d'euros⁽¹⁾ dont 7,9 milliards d'euros de revalorisation salariale. Ces dépenses comprennent la montée en puissance de la revalorisation socle. Toutefois, en raison de l'extension du dispositif en cours d'année, les mesures salariales du « Ségur » devraient représenter en 2021 une somme proche de 9 milliards d'euros⁽²⁾.**

En effet, ont été ajoutées en cours d'année les dépenses liées à **l'extension des mesures du « Ségur » à des professionnels qui en étaient jusque-là exclus :**

– un accord a été signé le 11 février 2021 pour une extension de la revalorisation socle au 1^{er} juin 2021 aux personnels de la fonction publique hospitalière des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD public et des structures dont l'activité conditionne le bon fonctionnement de l'EPS ou de l'EHPAD. Sont par exemple compris dans cette catégorie les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)⁽³⁾ et les GIP à vocation sanitaire visés à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique.

En prenant en compte cette première extension, **1,5 million de personnels des hôpitaux et EHPAD ont bénéficié de la mesure socle entre juillet 2020 et juillet 2021, pour un montant total de 6,5 milliards d'euros⁽⁴⁾.**

(1) 9,8 milliards d'euros en incluant les dépenses hors ONDAM.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des LFSS, 5 octobre 2021.

(3) Visés à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale.

(4) Support de la présentation du comité de suivi du « Ségur de la santé » n° 4, mardi 20 juillet 2021.

– À l’issue de la mission confiée à M. Michel Laforcade, le **Gouvernement, les organisations syndicales et les fédérations d’employeurs ont signé en mai 2021 deux accords** dont l’objet est d’étendre le bénéfice du dispositif à de nouveaux établissements pour les professionnels de santé non médicaux au sens du code de la santé publique, les cadres de santé, les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES), et les auxiliaires de vie.

Le premier de ces deux accords porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD, et financés pour tout ou partie par l’assurance maladie. Les 18 500 personnels soignants concernés bénéficient de cet accord depuis le 1^{er} octobre 2021.

Un second accord, dont les premiers effets seront observés en 2022, a également été signé (cf. *infra*).

Cette extension du « Ségur » au secteur médico-social bénéficie à environ 90 000 professionnels et elle représente **une dépense supplémentaire de 500 millions d’euros par an** ⁽¹⁾.

La garantie de financement des établissements sanitaires et médico-sociaux est reconduite en 2021

La crise sanitaire a conduit à un ralentissement brutal de l’activité hors Covid des établissements de santé en 2020, menaçant la soutenabilité de leurs financements. En effet, les interventions non urgentes ont été déprogrammées, empêchant les établissements de bénéficier des financements classiques liés à la tarification à l’activité (T2A).

Afin de pallier ce manque à gagner survenu brutalement, le Gouvernement a aménagé la T2A pour l’année 2020, et lui a substitué une garantie de financement, reconduite en 2021.

Ce dispositif permet d’assurer aux établissements de santé un financement de l’assurance maladie égal au minimum à celui versé en 2020, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l’année 2021. Il représente **un coût de 1,1 milliard d’euros pour les établissements privés lucratifs et, avec un chiffre incertain, 3 milliards d’euros pour les établissements publics et privés non lucratifs** ⁽²⁾.

(1) Communiqué du Premier ministre, 28 mai 2021.

(2) Cour des comptes, op. cit.

3. Une partie des dépassements sans lien avec la crise sanitaire

Les dépenses de soins de ville hors crise et hors « Ségur » dépasseraient de 1,4 milliard d’euros l’objectif voté en LFSS pour 2021 ⁽¹⁾, en raison de surcoûts liés aux dépenses de produits de santé et aux indemnités journalières, plus importantes que prévues :

– **les dépenses de produits de santé dépassent de 0,8 milliard d’euros l’objectif initial**, pour partie en raison de la montée en puissance des médicaments et dispositifs médicaux innovants, notamment de médicaments anticancéreux. La montée en charge de la prise en charge à 100 % en audiologie a également entraîné un dépassement de l’objectif ;

– **les dépenses d’indemnités journalières dépasseraient également de 0,4 milliard d’euros la prévision**, du fait d’une croissance significative des arrêts maladie, notamment ceux de plus de trois mois. Si la création en 2020 de plusieurs IJ « de crise », notamment celles visant à permettre la garde d’enfant pendant le confinement, explique le coût élevé des dépenses, leur maintien à un niveau durablement élevé en 2021 suscite davantage d’interrogations. Si on peut penser qu’une partie de ces arrêts de travail ont un lien direct ou indirect avec la crise du covid-19, des facteurs structurels peuvent expliquer une partie de cette dynamique (par exemple, le recul de l’âge de la retraite à 62 ans), de manière générale, la croissance rapide des IJ est difficilement explicable et par conséquent difficile à réguler. Il semble nécessaire, pour les années à venir et dès 2022, de **trouver des voies de régulation performantes** à cet égard ;

– d’autres dépenses s’éloignent également légèrement de la prévision, à la baisse ou à la hausse. Peuvent être citées à cet égard les rémunérations forfaitaires, en dépassement de 0,3 milliard d’euros en raison de la montée en charge plus rapide que prévu des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

• En sens inverse, l’adaptation du calendrier de mise en œuvre du « Ségur » de la santé a conduit à une révision à la baisse des dépenses de 0,1 milliard d’euros. Ces moindres dépenses ne sont toutefois que reportées sur 2022.

C. LES DÉPENSES DE SANTÉ POUR 2022

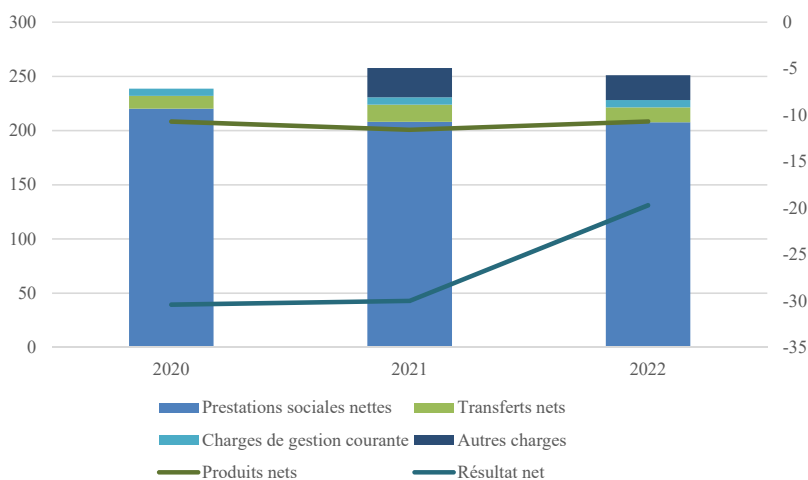
L’objectif de dépense pour 2022 atteint 229,6 milliards d’euros pour l’ensemble des régimes de base de sécurité sociale, dont **228,1 milliards d’euros pour le régime général de la sécurité sociale**.

Au total, après prise en compte des mesures du PLFSS pour 2022, le déficit de la branche maladie du régime général atteindrait 19,7 milliards d’euros. Cette amélioration du déficit est due d’une part à une légère diminution des dépenses et à une augmentation significative (+ 8 milliards d’euros) des recettes.

(1) CCSS, rapport de septembre 2021.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES, DES RECETTES ET DU RÉSULTAT DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir des données de l'annexe IV du PLFSS pour 2022.

L'objectif de dépenses est à distinguer de l'ONDAM : le premier relève d'une approche comptable reposant sur l'addition des comptes de chacun de régimes, tandis que le deuxième revêt une nature économique, et mêle à la fois plusieurs régimes et plusieurs branches. En outre, le champ de ces deux objectifs diffère légèrement : l'ONDAM intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie, comme les indemnités journalières maternité.

En 2022, les dépenses couvertes par l'ONDAM devraient diminuer pour la première fois, traduisant le ralentissement de la circulation du virus et l'avancement de la campagne de vaccination, qui entraînent des besoins moindres qu'en 2021. Ainsi, les dépenses dépendant du périmètre de l'ONDAM atteindraient 236,3 milliards d'euros, soit 0,3 % de moins qu'en 2021, et 0,6 % à champ constant ⁽¹⁾.

(1) CCSS, rapport de septembre 2021.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DE SES SOUS-OBJECTIFS

(en milliards d'euros et en pourcentage)

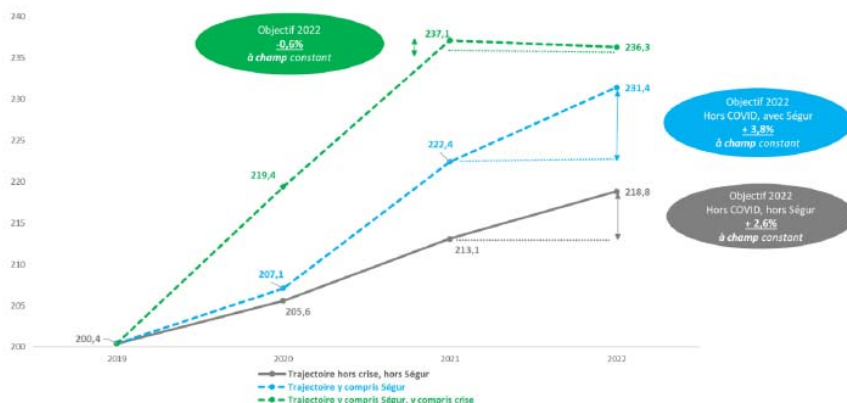
Sous-objetsifs	Objectif de dépenses voté dans la LFSS pour 2021	ONDAM pour 2021 rectifié dans la LFSS pour 2022	Objectif de dépenses 2022	Évolution entre l'ONDAM voté en LFSS pour 2021 et l'ONDAM proposé pour 2022	Évolution entre l'ONDAM rectifié pour 2021 et l'ONDAM proposé pour 2022
Dépenses de soins de ville	98,9	104,5	102,1	3,2 %	- 2,3 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,9	94,8	95,3	2,6 %	0,5 %
Contributions de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	13,6	14	14,3	5,1 %	2,1 %
Contributions de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	13,3	7,3 %	6,4 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,8	4,1	5,9	55,3 %	43,9 %
Autres prises en charge	3,8	7,3	5,4	42,1 %	- 26,0 %
TOTAL	225,4	237,1	236,3	4,8 %	- 0,3 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2021 et du PLFSS pour 2022.

Cette diminution s'explique toutefois intégralement par la diminution des dépenses liées à la crise sanitaire, qui doit être moins violente en 2022 qu'en 2021. **En excluant les dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire du périmètre des dépenses de l'ONDAM, l'évolution tendancielle de ce dernier atteindrait 3,8 %⁽¹⁾.**

(1) PLFSS pour 2022.

PRINCIPES DE CONSTRUCTION DE L'ONDAM POUR 2022



Lecture : hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2021, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM pour 2022 est de 3,8 %.

Source : annexe VII du PLFSS pour 2022.

1. La croissance des dépenses hors crise et hors « Ségur de la santé » expliquée en partie par les mesures du conseil stratégique des industries de santé (CSIS)

La part de l'augmentation qui n'est liée ni au « Ségur » ni à la crise est de plus en plus importante : elle était de 5 milliards d'euros en 2020, elle atteint 10 milliards d'euros en 2021, et elle devrait représenter en 2022 16 milliards d'euros ⁽¹⁾.

Plusieurs mesures distinctes de celles du « Ségur de la santé » peuvent l'expliquer :

- cette projection intègre le **protocole pluriannuel de financement des établissements** signé en février 2020, qui prévoit une hausse des dépenses du sous-objectif « établissements de santé » de l'ONDAM de 2,4 % par an entre 2020 et 2022 (contre une progression de 2 % en moyenne durant la période précédente) ;

- des **négociations conventionnelles** ont été commencées en 2020 avec les médecins libéraux, dont le coût annuel moyen serait de 540 millions d'euros ;

- le **Gouvernement a annoncé dans le cadre du conseil stratégique des produits de santé (CSIS) des mesures visant à soutenir l'industrie des produits de santé en France**. Cette initiative se donne pour objectif de favoriser la recherche et l'innovation en santé, d'améliorer l'accès au marché, de soutenir l'industrialisation des produits, avec le but de faire de la France une nation souveraine et innovante du point de vue de la santé.

(1) Cour des comptes, op. cit.

Ces engagements comprennent notamment un **objectif de progression des dépenses de médicaments et produits de santé de 2,4 %** chaque année, contre 1,7 % par an lors de la période précédente. Pour 2022, année de lancement de ces mesures nouvelles, la progression des dépenses liées aux médicaments devrait atteindre 2,7 % (400 millions d'euros de l'ONDAM pour 2022 sont liés à ces mesures).

Les principales étapes de la mise sur le marché et du remboursement d'un médicament

Pour être vendu en France, un médicament doit faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans une indication donnée. La délivrance de cette autorisation par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est conditionnée au résultat positif de la balance bénéfice/risque du produit au regard de l'indication visée et des effets indésirables prévisibles. Pour la réalisation de cette étude, le dossier d'AMM présenté par le laboratoire producteur doit comporter des données cliniques collectées lors de phases de tests.

Une fois que le médicament a obtenu une AMM, l'entreprise qui le produit peut déposer une demande de remboursement par l'assurance maladie. L'évaluation en vue du remboursement du produit et de la fixation de son prix est réalisée par la Haute autorité de santé (HAS). Pour ce faire, elle évalue le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) du produit. Les médicaments innovants (ASMR I à III) pouvant avoir un impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie font l'objet d'une évaluation spécifique.

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) fixe ensuite un taux de remboursement, qui peut aller de 0 % à 65 % en fonction du niveau de SMR, et le prix est négocié entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et le laboratoire sur la base des avis de la HAS.

Les rapporteurs pour avis soulignent le caractère complexe et chronophage de cette procédure : une réflexion prospective, alliant l'ensemble du secteur économique et institutionnel des produits de santé, pourrait être menée pour gagner en réactivité, en rapidité de mise sur le marché, et pour susciter davantage l'innovation.

Plusieurs mesures du PLFSS s'inscrivent dans cette optique.

• **Innovation en santé numérique (article 33)** : l'accès au marché d'un produit de santé est conditionné à la démonstration de sa valeur ajoutée pour le système de soins.

Cette obligation peut parfois nécessiter de nombreux mois, portant préjudice aux patients qui perdent alors des chances de guérison. Pour répondre à cette difficulté, des dispositifs d'accès précoce ont été créés ⁽¹⁾. Ils permettent à des patients confrontés à une impasse thérapeutique de bénéficier à titre exceptionnel de médicaments non autorisés dans une indication thérapeutique précise. Ce dispositif vise donc des spécialités dont l'efficacité et la sécurité sont fortement

(1) Article L. 5121-12 du code de la santé publique.

présumées pour une indication visant une maladie grave, rare et invalidante sans traitement approprié à ce jour, à condition de déposer une AMM dans les deux ans.

En outre, le forfait innovation ⁽¹⁾ permet une prise en charge dérogatoire par l'instauration d'un financement précoce pour une technologie de santé. Ainsi, il permet l'accès des patients à des innovations de rupture, sous condition de produire les données cliniques et médico-économiques nécessaires pour prendre une décision ultérieure dans le cadre commun de la prise en charge des produits de santé.

Malgré ces dispositifs dérogatoires, l'accès à certains produits de santé innovants, et notamment ceux liés au numérique, peut être encore accéléré. Le forfait innovation présente en effet des limites, dont un manque de prévisibilité sur le modèle économique en raison de critères de fixation des prix mal connus, et un risque parfois important pour l'assurance maladie quant au respect des obligations de recherche par les industriels ⁽²⁾.

En outre, les modes de financement classiques s'avèrent parfois inadaptés au secteur économique de l'innovation numérique en santé, qui comprend un grand nombre de start-up ayant une trésorerie limitée et des cycles de recherche et de développement différents du fonctionnement traditionnel des industries de santé.

Le PLFSS pour 2022 propose **la création de voies de financement spécifiques et l'adaptation de la procédure de prise en charge par l'assurance maladie des innovations de santé numérique dans le champ de la télésurveillance**, dans le but de prendre en considération les équilibres économiques du secteur. La mesure repose sur la création d'un dispositif de prise en charge anticipée et temporaire d'un an non renouvelable, permettant de garantir l'accès à l'innovation tout en exigeant des entreprises la fourniture de données nécessaires pour la décision de prise en charge. Ainsi, les innovations numériques pourront être mobilisées au bénéfice des patients dans l'attente de leur évaluation par la HAS, permettant également de garantir un niveau de financement satisfaisant pour les entreprises qui produisent ces dispositifs, dans l'attente d'un financement pérenne. Cette mesure accompagne la mise en œuvre de la consolidation du financement de la télésurveillance médicale (cf. *infra*).

En outre, le projet de loi propose de **modifier le fonctionnement du forfait innovation** afin de rendre son montant plus prévisible, en précisant les critères de fixation de la compensation financière, et de clarifier la transition vers le droit commun en consolidant l'engagement du demandeur de mener l'étude à son terme et de mettre à disposition pour les patients le produit à l'issue de l'étude si celle-ci est conclusive, sous peine de sanction.

• **Accès direct au marché remboursé après avis de la HAS, par expérimentation (article 36)** : le délai qui existe aujourd'hui entre la demande d'inscription sur les listes de remboursement des produits médicaux et la décision

(1) Article L. 165-1-1 du code de la santé publique.

(2) Annexe IX du PLFSS pour 2022.

effective est fixé à 180 jours. Ce délai était en moyenne de 147 jours en 2019 pour les premières demandes d'inscription sur la liste en sus et de 144 jours pour les premières demandes en ville ⁽¹⁾. Le délai nécessaire pour obtenir une décision est toutefois largement tributaire de la complexité des produits.

Afin de pallier cette difficulté et lorsqu'un besoin thérapeutique est identifié (souvent pour des maladies graves et rares), la procédure de l'accès précoce permet de prendre en charge un médicament innovant jusqu'à trois ans en amont de son autorisation de mise sur le marché et jusqu'à son remboursement de droit commun (cf. *supra*).

Le PLFSS pour 2022 propose de compléter ce dispositif par **l'instauration expérimentale d'un mécanisme d'accès direct au marché** pour les médicaments ayant une ASMR de niveau I à IV non éligibles à la procédure d'accès précoce.

Une fois l'avis de la HAS publié, les produits non remboursés par ailleurs pourront, sur demande de l'industriel les exploitant, bénéficier d'un accès direct au marché, dès lors que l'avis de la HAS mentionne un service médical rendu important et une amélioration de ce service médical.

Cette mesure permet de mettre sur le marché la spécialité au prix choisi par le laboratoire, avec un système de remises versées à l'assurance maladie, non encore fixé, qui conduit à ce que pendant un an au maximum la négociation puisse continuer tout en permettant aux patients d'accéder à un produit innovant.

À l'issue du dispositif d'accès direct, en fonction du prix négocié ou fixé par le CEPS, et du coût de prise en charge pendant la période d'accès direct, l'exploitant peut être amené à verser des remises complémentaires.

Le surcoût de cette mesure est estimé à 100 millions d'euros supplémentaires par an en année pleine ⁽²⁾ : en effet, la négociation des prix entre les industriels et le CEPS pourrait être rendue plus complexe après la mise en œuvre de ce dispositif dérogatoire, et pourrait aboutir à des prix plus élevés. Ce surcoût potentiel vient s'ajouter au coût de la prise en charge durant l'année d'accès direct.

● **Évolution des critères pris en compte pour la tarification des produits (article 38)** : les critères de fixation du prix de vente des médicaments et dispositifs médicaux remboursables sont déterminés par les articles L. 162-16-4 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2022.

(2) Pour 2022, le temps nécessaire pour la publication des décrets d'application conduit à limiter le coût de cette mesure.

Les critères législatifs pour la fixation du prix des produits médicaux

Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale :

[...]

« II. – *Le prix de vente [des médicaments] peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :*

« 1° *L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;*

« 2° *Le prix net ou le tarif net, au sens du III de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;*

« 3° *Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;*

« 4° *Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;*

« 5° *Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;*

« 6° *L'existence de prix ou de tarifs inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;*

« 7° *Le médicament fait l'objet d'une importation parallèle au sens de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou d'une distribution parallèle au sens de l'article L. 5124-13-2 du même code. »*

Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale:

[...]

« II. – *Le tarif [des produits médicaux] peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :*

« 1° *L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1*

« 2° *Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouverts dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie ;*

« 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-3 du code de commerce ;

« 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de remises de produits ou de prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

« 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;

« 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;

« 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;

« 8° L'appartenance du produit ou de la prestation à une classe autre que les classes à prise en charge renforcée définies en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du présent code ;

« 9° Le caractère remis en bon état d'usage, dans les conditions prévues à l'article L 5212-1-1 du code de la santé publique, du produit pris en charge. »

En outre, chacun des deux articles précités indique que « la fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique »⁽¹⁾.

Si ce système permet de valoriser un grand nombre de critères, une dimension semble échapper à ce jour à son prisme, celle du risque de rupture d'approvisionnement. En 2020, l'ANSM a en effet enregistré une augmentation significative des signalements de ruptures et de risques de ruptures de stock, qui atteignent le nombre de 2 446 (contre 1 504 en 2019)⁽²⁾.

Les récents épisodes de pénuries de médicaments et produits médicaux ont ainsi révélé une nouvelle dimension de la politique publique des produits médicaux et de leur tarification : **la souveraineté sanitaire de la France, et par conséquent la nécessité de compter sur des producteurs nationaux suffisamment nombreux et résilients, est devenue un impératif pressant.**

L'article 38 du PLFSS pour 2022 propose d'inscrire dans la loi un nouveau critère de fixation des prix visant à permettre au CEPS de tenir compte de « la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production ».

(1) Rédaction du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

(2) ANSM, « Disponibilité des médicaments : les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur doivent désormais disposer d'un stock de sécurité de deux mois », 2 septembre 2021.

Si cette dimension figure d’ores et déjà dans l’accord-cadre conclu entre le CEPS et le LEEM, elle semble peu valorisée jusqu’à maintenant. À la faveur du nouveau critère inscrit dans la loi par le présent article, un laboratoire qui apporte la preuve que le produit est fait sur le territoire français ou *a minima* européen pourrait bénéficier d’un financement favorable.

Le surcoût de cette mesure pour l’assurance maladie serait visible dès l’année 2021, sans être massif : d’après les estimations du Gouvernement il devrait atteindre 15 millions d’euros durant cette année, puis monter progressivement en puissance pour atteindre 75 millions d’euros en 2024 ⁽¹⁾.

● Enfin, les effets budgétaires d’une mesure réglementaire sont inclus dans les prévisions du PLFSS pour 2022, pour un montant de 300 millions d’euros : il s’agit de **l’élargissement de la liste en sus**, qui regroupe les produits de santé innovants mais coûteux et donc inabordables pour les hôpitaux. Ces produits, qui ne figurent pas dans leur liste d’achat mais sont financés en dehors du budget des hôpitaux par l’assurance maladie, permettent un meilleur accès des patients à ces traitements. Cet élargissement de la liste en sus est particulièrement bénéfique pour les traitements anticancéreux innovants.

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2022.

La complémentaire santé solidaire

Les personnes non couvertes par une complémentaire santé sont principalement des personnes à faibles revenus : 11 % des 10 % des foyers les plus pauvres ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 4 % dans l'ensemble de la population française ⁽¹⁾. Tirant les conséquences de ce constat, la réforme de la complémentaire santé solidaire, mise en œuvre à compter du 1^{er} novembre 2019, avait pour objet la création d'une couverture unique et simple pour l'assuré, comprenant un panier de soins large, pour les personnes à revenus modestes.

S'il a été difficile d'évaluer les effets de la réforme de la complémentaire santé solidaire (C2S) durant la crise sanitaire en raison du maintien de droits de nombreux assurés, le retour progressif à la normale permet de constater une légère croissance du nombre de bénéficiaires. Le non-recours à ce dispositif reste cependant important : **pour environ 12 millions de personnes éligibles, seulement 7,31 millions d'assurés ont souscrit à la complémentaire santé solidaire en mars 2021.**

Des progrès restent donc possibles concernant la lutte contre le non-recours, notamment par **des mesures ciblées au profit de deux publics bénéficiaires, les allocataires du RSA et les allocataires de l'ASPA**. Afin de toucher plus largement ces publics, le PLFSS pour 2022 propose à l'article 45 :

– d'automatiser l'attribution de la C2S aux bénéficiaires du RSA, sauf contre-indication explicite de leur part. Concrètement, alors que le dossier de demande de RSA impliquait de cocher une case indiquant que l'assuré souhaitait bénéficier de la C2S, le système sera renversé : lors de sa demande de RSA, l'assuré devra cocher une case indiquant le cas échéant qu'il ne souhaite pas bénéficier de la C2S. Les allocataires du RSA peuvent bénéficier gratuitement de la complémentaire santé solidaire ;

– *a contrario*, le bénéfice de la C2S ne peut être automatique pour les bénéficiaires de l'ASPA, car le bénéfice est conditionné à une participation de 30 euros (contre environ 100 euros pour une mutuelle classique pour une personne de 80 ans). Le PLFSS pour 2022 prévoit de simplifier les démarches en créant une présomption de droit à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de l'ASPA. D'un point de vue concret, les caisses d'assurance maladie recevront les coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA, et leur feront parvenir une proposition d'adhésion à la complémentaire santé solidaire.

Dans l'optique de **poursuivre la transformation des droits théoriques en droits réels**, les rapporteurs pour avis soulignent l'importance de favoriser le recours à la C2S, qui offre à un coût très réduit une couverture d'aussi bonne qualité et aussi complète que celle proposée par le secteur privé à un coût bien plus important.

2. Les effets du « Ségur de la santé » pour 2022

La prévision de dépenses pour 2022 intègre en outre 2,7 milliards d'euros de dépenses supplémentaires pour financer le « Ségur de la santé » déjà décidées dans le cadre de la LFSS pour 2021 ⁽²⁾.

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2022.

(2) Dont l'extension du complément de traitement indiciaire à l'ensemble des agents des établissements de santé publics et EHPAD publics (article 48).

Pour 2022, le montant total des mesures du « Ségur » devrait atteindre 12,5 milliards d’euros, dont 9,9 milliards d’euros au titre de la revalorisation salariale. Ces mesures comprennent également une part d’investissement (6 milliards d’euros répartis sur plusieurs années jusqu’en 2025) et une part dédiée à la médecine libérale en application de l’avenant 9 signé par l’assurance maladie et qui a pour objet l’accès aux soins par la mise en place de services dédiés, par le biais de treize sites pilotes dans un premier temps, et le développement de l’exercice coordonné.

COÛT DES MESURES DU « SÉGUR DE LA SANTÉ » DANS L’ONDAM POUR 2022

(en milliards d’euros)

En milliards d'euros		Total annuel 2022	Dont enveloppe supplémentaire 2022 par rapport à 2021
Pilier 1	Revalorisation socle	6,6	0,0
	Attractivité	0,8	0,6
	Personnels médicaux	0,6	0,0
	Intéressement-qualité & temps de travail	0,7	0,3
	Attractivité internes et étudiants en santé	0,2	0,0
	Revalorisations du secteur médico-social (BAD, extension CTI...)	0,5	0,5
	Nouvelles mesures de revalorisation des rémunérations des métiers de la santé et du médico-social	0,6	0,6
total Pilier 1	9,9	2,0	
Pilier 2	Transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique en ESMS (5 ans)	0,5	0,0
	Projets hospitaliers prioritaires (5 ans)	0,5	0,0
	Rattrapage numérique en santé (3 ans)	0,7	0,2
	Autres	0,3	0,0
total Pilier 2	2,0	0,2	
Pilier 4	Mesures pilier 4 (télésanté, exercice coordonné, service d'accès aux soins, inégalités en santé, appui sanitaire aux personnes âgées, accès aux soins des personnes en situation de handicap, offre de soins psychiatrique et psychologique etc)	0,7	0,4
Total		12,6	2,7
Total ONDAM		12,5	2,7

Note : à périmètre ONDAM 2022, c'est-à-dire après intégration à l'ONDAM du soutien national à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (cf. partie I.1)
 Une partie du numérique en santé ne fait partie de l'ONDAM. Cette sous partie hors ONDAM décroît entre 2021 et 2022.

Source : annexe VII du PLFSS pour 2022.

En outre, l’extension du bénéfice de la revalorisation socle se poursuivra en 2022 : dans le cadre de l’extension des mesures de revalorisation du « Ségur de la santé » au secteur médico-social au terme de la mission confiée à M. Michel Laforcade (cf. *supra*), un accord de méthode a été signé en mai 2021 : il porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à non but non lucratif financés pour tout ou partie par l’assurance-maladie. Les 64 000 personnels soignants concernés bénéficieront de la revalorisation à compter du 1^{er} janvier 2022.

Au total, le cumul des trois extensions de la mesure de revalorisation socle pour le secteur social et médico-social représente un coût supplémentaire de 419 millions d’euros en 2022. Il convient de noter que cette mesure sera également mise en œuvre au 1^{er} janvier 2022 pour les 9 000 professionnels

soignants des structures privées à but non lucratifs dites de « l'ONDAM spécifique » (prise en charge des addictions, lit halte soins de santé, lit d'accueil médicalisé, appartement de coordination thérapeutique).

Enfin d'autres mesures salariales sont également financées en 2022, parmi lesquelles la revalorisation des personnels de catégorie C (275 millions d'euros pour les secteurs sanitaire et médico-social) et la revalorisation des sages-femmes (41 millions d'euros).

Au total, l'ONDAM pour 2022 comprend 658 millions d'euros de mesures salariales au bénéfice du secteur médico-social, comprenant les effets du « Ségur », son extension à de nouveaux secteurs et à de nouveaux personnels.

INCIDENCES BUDGÉTAIRES DES MESURES SALARIALES POUR 2022 ET DEPUIS 2020

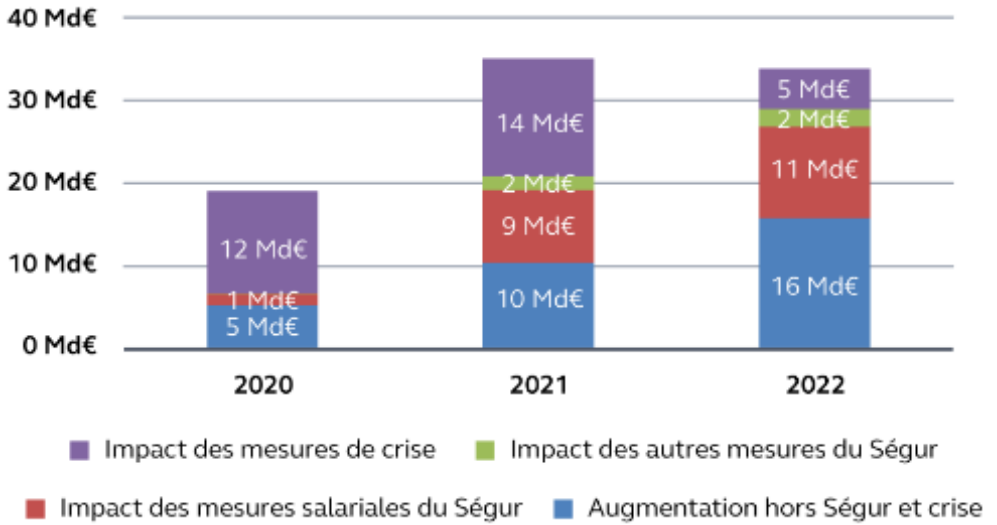
(en millions d'euros)

M€	Impact 2022		total depuis 2020	
	Sanitaire	Médico-social	Sanitaire	Médico-social
Ensemble des revalorisations	1 365	658	7 187	2 654
Ségur de la santé	833	172	6 655	2 107
Revalorisations salariales	0	0	4 685	1 867
Attractivité - revalorisation des grilles	516	119	675	127
Intéressement collectif	277	53	554	106
Attractivité des internes et étudiants en santé	0	0	191	0
Personnels médicaux	40	0	550	7
Extension du Ségur de la santé	0	456	0	517
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact OGD - SSIAD)	0	37	0	49
Accords Laforcade	0	419	0	468
Prolongation du Ségur	532	30	532	30
Revalorisation des catégories C et aides-soignants	245	30	245	30
Revalorisations des sage-femmes	41	0	41	0
Primes managériales	83	0	83	0
PU-PH	26	0	26	0
Primes d'encadrement	16	0	16	0
Médecins contractuels	122	0	122	0

Source : annexe VII du PLFSS pour 2022.

Les dépenses engagées dans le cadre du « Ségur de la santé » devraient contribuer pour 5,2 points en 2022 à la croissance des dépenses, dont 4,4 points pour les seules revalorisations salariales dont l'effet sera pérenne. En cumulé pour 2020, 2021 et 2022, les mesures salariales du « Ségur » expliquent environ 21 milliards d'euros de la croissance de l'ONDAM.

PART DE LA CRISE ET DU « SÉGUR DE LA SANTÉ » DANS L'AUGMENTATION DE L'ONDAM



Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des LFSS, octobre 2021.

Le caractère pérenne de la grande majorité des crédits du « Ségur de la santé » explique **le caractère désormais structurellement déficitaire de la branche maladie** : le déficit de la branche se dégraderait à nouveau à compter de 2024, pour atteindre 14,8 milliards d'euros en 2025.

3. Une dotation spécifique de crise

La programmation pour 2022 comprend une provision au titre des mesures exceptionnelles de lutte contre l'épidémie, dont le montant s'élève à 4,9 milliards d'euros. Elle vise principalement à couvrir l'achat de vaccins (2,6 milliards d'euros), la poursuite de la campagne de vaccination (0,7 milliard d'euros), ainsi que des mesures de dépistage (1,6 milliard d'euros).

Vers de nouvelles mesures de régulation des tests de dépistage ?

L'un de postes de dépenses expliquant la croissance des dépenses de l'assurance maladie depuis 2021 est le **financement des tests de dépistage**, essentiels dans la stratégie de lutte contre la propagation du Covid-19.

En moyenne, entre début janvier et fin août 2021, 2,8 millions de tests ont été réalisés chaque semaine, avec un pic à 6 millions de tests en août. Au total, **au cours des huit premiers mois de l'année 2021, environ 58 millions de tests PCR et 37 millions de tests antigéniques ont été réalisés**. Ceci représente environ 4,5 milliards de dépenses de dépistages déjà engagées, en 2021, par l'assurance maladie.

Afin de favoriser le recours au dépistage, l'assurance maladie rembourse à 100 % les tests réalisés, y compris sans ordonnance.

La charge représentée par les tests de dépistage a en outre été amplifiée par le niveau de tarif des tests, longtemps supérieurs à celui pratiqué dans les pays voisins : le tarif du test RT-PCR a été fixé par décret en mars 2020 à 73,59 euros, dont 54 euros pour la partie analytique. En décembre 2020, une modulation tarifaire a été mise en place pour inciter à une restitution rapide des résultats. Les tarifs pour l'analyse ont par la suite été réduits à 37,80 euros en avril 2021, puis à 27 euros en juin 2021. Cette dernière baisse a permis de résorber la différence de tarifs avec les autres États européens ⁽¹⁾.

Cette situation va évoluer à compter de la mi-octobre : **selon les annonces du Gouvernement, le remboursement sera désormais conditionné à la présentation d'une ordonnance médicale, rapprochant la France des pratiques européennes**. En effet, aucun des autres pays européens à l'exception du Danemark ne rembourse les tests préalable aux déplacements touristiques et professionnels à l'étranger.

Le tarif serait, d'après les informations à disposition à ce jour, de 44 euros pour un test PCR et 22 euros pour un test antigénique réalisé en laboratoire et 25 à 30 euros pour un test réalisé en pharmacie. Toutefois, les tests seront pris en charge pour les personnes cas contact et pour les personnes vaccinées.

Les besoins liés à la crise restent toutefois très incertains, et dépendront de la survenue ou non d'une nouvelle vague épidémique. En outre, l'évolution des remboursements de dépistages après l'évolution du 15 octobre (cf. *infra*) est tout à fait inconnue, et dépendra notamment du comportement des personnes vaccinées, pour qui les tests resteront remboursés.

4. Les autres mesures du PLFSS ayant une influence sur les dépenses

De nombreuses autres mesures du PLFSS pour 2022 ont un effet significatif sur les dépenses, et traduisent la poursuite de la modernisation du système de santé.

Parmi ces mesures peuvent être citées la création d'un cadre de droit commun pour le financement de la télésurveillance **(a)**, la poursuite et l'adaptation de la réforme du financement des établissements de santé **(b)**, ainsi que la prise en charge intégrale de la contraception pour les femmes de 18 à 25 ans **(c)**.

(1) *Cour des comptes*, op. cit.

a. La création d'un cadre pour le financement de la télésurveillance

La télésurveillance est « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »⁽¹⁾. Elle repose sur **des activités comprenant l'analyse de données transmises et la transmission d'alertes, ainsi que toutes les actions nécessaires à la mise en place des dispositifs, de leur paramétrage, ou encore à la formation du patient à leur utilisation**. Outre l'importance du numérique dans ce champ médical, ce dernier se caractérise également par l'action coordonnée des différents professionnels de la santé qu'il implique.

La télésurveillance est particulièrement adaptée pour le suivi de patients atteints de maladies chroniques, qui présentent un risque de complication ou d'hospitalisation.

Une expérimentation de grande ampleur a été menée dans le cadre du programme « Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé » (ETAPES) : reconduite par l'article 54 de la LFSS pour 2018 pour une durée de quatre ans, cette expérimentation nécessite la coordination de plusieurs professionnels de santé (médecin assurant le suivi, accompagnement thérapeutique, support technique...). L'expérimentation concerne actuellement cinq pathologies : les insuffisances cardiaques, les insuffisances rénales, les insuffisances respiratoires, le diabète, et les prothèses cardiaques implantables.

Les consultations de prescription de la télésurveillance et d'inclusion dans le protocole, et le cas échéant les consultations concernant les résultats de l'analyse et de la gestion des alertes de télésurveillance, sont d'ores et déjà prises en charge dans ce cadre.

Les prestations de télésurveillance financées dans le cadre du programme ETAPES doivent comprendre plusieurs éléments : la réalisation d'une télésurveillance médicale et la fourniture d'une solution technique appropriée ainsi qu'un accompagnement thérapeutique. Le professionnel doit également adresser une déclaration d'activité à l'ARS des lieux d'exercice des médecins effectuant l'acte de télésurveillance.

En contrepartie, une rémunération est versée sur une base forfaitaire, et peut être complétée par une prime de performance.

Le rapport d'évaluation remis au Parlement à ce sujet en novembre 2020 indique qu'en août 2018, 55 dispositifs de télésurveillance étaient déclarés, dont 45 spécialisés sur une pathologie et 10 polyvalents. **Au 30 septembre 2019, 32 600 patients étaient inclus dans ETAPES**⁽²⁾.

(1) Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

(2) Rapport au Parlement sur l'évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme nationales ETAPES, novembre 2020.

La Cour des comptes note toutefois dans son rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2021 que la télésanté ne s'est pas développé de manière significative durant ces dernières. De la même manière, le rapport au Parlement portant sur l'expérimentation ETAPES indique que « *la diffusion est plus lente et plus tardive qu'attendu initialement alors même que l'ensemble des acteurs s'accordent pour considérer la télésurveillance de façon très positive* »⁽¹⁾.

L'article 24 du PLFSS pour 2022 propose de **généraliser le dispositif et de définir les principes et les paramètres d'un modèle de financement de droit commun de la télésurveillance**, reposant sur plusieurs principes : la tarification proposée sera forfaitaire, et devra permettre la prise en charge des activités de télésurveillance, tenant compte de la complexité de la prise en charge et des conditions d'organisation nécessaires à sa mise en œuvre. Elle permettra également la prise en charge des dispositifs médicaux de télésurveillance et des accessoires de collecte.

Concernant le paiement par le patient des frais liés à la télésurveillance, le PLFSS pour 2022 propose de mettre en place un ticket modérateur à un taux unique.

Cette mesure pourrait avoir plusieurs effets bénéfiques, non seulement pour la santé des patients, mais également pour le système de soins. En effet, un développement suffisant de la télésurveillance devrait permettre à terme de diminuer les hospitalisations et les transports qui les accompagnent. Les projections budgétaires, sans prendre en compte des économies potentielles, reposent sur un coût moyen annuel de 800 euros par patients et un volume potentiel pour l'ouverture de la télésurveillance à l'ensemble des pathologies estimé à 7 millions de patients. Parmi ces patients, 10 % seraient réellement éligibles à un programme de télésurveillance⁽²⁾.

Sur la base de ces estimations et en incluant 11 millions d'euros déjà engagés au profit de l'expérimentation ETAPES, le coût de cette mesure serait de 22 millions d'euros la première année, et augmenterait de 22 millions d'euros par an.

b. La réforme des modes de financement des établissements de santé et médico-sociaux

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale comprend plusieurs éléments de réforme de la tarification, parmi lesquels :

● **La réforme du ticket modérateur pour les activités de psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation** : l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, modifié par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, vise à substituer aux tarifs journaliers de prestations

(1) Rapport au Parlement sur l'évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme nationales ETAPES, novembre 2020.

(2) Annexe VIII du PLFSS pour 2022.

(TJP), propres à chaque établissement, **une nomenclature nationale unique** permettant de déterminer la participation des patients pour les séjours d'hospitalisation. Ces nouveaux tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP) englobent la chirurgie et l'obstétrique (MCO), les soins de suite et réadaptation (SSR) et la psychiatrie. Cette réforme devait entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022.

Les effets budgétaires de cette réforme ont été lissés par plusieurs mécanismes :

– la LFSS pour 2021 prévoyait un échelonnement des impacts financiers de la mise en œuvre de cette réforme jusqu'à janvier 2025 pour le champ de la MCO, par l'application d'un coefficient de transition tenant compte pour chaque établissement des conséquences de l'application de la nouvelle tarification harmonisée ;

– pour les champs des SSR et de la psychiatrie, la mise en œuvre de la tarification nationale est gérée par les dotations de missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) pour le champ SSR et par une dotation populationnelle pour la psychiatrie.

Ces modalités de lissage des effets de la réforme ne semblent toutefois pas faire la preuve de leur efficacité ni de leur équité entre les établissements. Les établissements de santé proposant des SSR et bénéficiant d'un faible montant de dotations MIGAC pâtissent par exemple de ces modalités d'entrée en vigueur.

Le PLFSS pour 2022 propose donc de moduler les effets financiers de la mise en œuvre de la réforme du financement de la même manière pour tous les champs concernés, en prenant modèle sur les modalités appliquées au MCO. **L'article 25** propose donc :

– **d'introduire un coefficient de transition permettant de lisser les effets des réformes sur les revenus des établissements** exerçant une activité de SSR et de psychiatrie, et non plus de prévoir une gestion de ces effets revenus par des dotations MIGAC et la dotation populationnelle ;

– **étendre la période de transition** de trois à quatre ans, de la même manière que pour le champ MCO ;

– **adapter la prise d'effet de la tarification journalière nationale des prestations** selon les années, afin de correspondre au calendrier des campagnes budgétaire et tarifaire.

● **Réforme du financement des activités de psychiatrie et des soins de suite de réadaptation :**

Le financement de la psychiatrie repose sur deux modalités différentes : la **dotation annuelle de financement**, à enveloppe fermée et qui finance les

établissements publics et certains établissements privés non lucratifs, et le **prix de journée** appliqué dans les cliniques privées.

Ces modalités de financement distinctes entraînent des différences importantes entre les établissements et entre les régions, ne favorisent pas l'évolution des modalités de prise en charge des patients vers l'ambulatoire notamment, et peuvent même constituer un frein au développement d'une prise en charge de qualité ou d'activités nouvelles.

Face à ces constats, une réforme du financement de la psychiatrie a été initiée par l'article 34 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. Cet article propose d'harmoniser le financement de la psychiatrie, pour le faire reposer sur une dotation populationnelle, ainsi que sur des financements complémentaires prenant en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée à travers l'évolution des files actives, ou encore la qualité de la prise en charge.

En raison de la crise sanitaire, **la mise en œuvre de cette réforme a été reportée au 1^{er} janvier 2022** lors de l'examen du PLFSS pour 2021, par un amendement déposé par le Gouvernement au Sénat ⁽¹⁾.

L'article 25 aménage l'entrée en vigueur de la réforme en proposant de réintroduire la détermination par décret de catégories de prestations sans fondement médical donnant lieu à une facturation sans prise en charge de l'assurance maladie.

Concernant les SSR, la réforme initiée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 repose sur la mise en œuvre entre 2017 et 2022 **d'un nouveau modèle de financement mixte**, associant des recettes issues de l'activité et une dotation forfaitaire permettant de sécuriser les financements des établissements.

Le déploiement de cette réforme devait se faire dans le cadre d'un modèle de convergence permettant de lisser les effets sur les établissements de santé. L'entrée en vigueur de la réforme a cependant été repoussée à plusieurs reprises, et doit entrer en vigueur progressivement jusqu'en 2026.

Concernant les recettes d'activité, le nouveau modèle de financement s'accompagne d'un outil de classification des séjours en SSR, fixant les tarifs des prestations à compter du 1^{er} mars de chaque année. La part forfaitaire est quant à elle déterminée sur la base des années calendaires.

L'article 25 propose donc de **modifier pour 2022 l'application des nouveaux tarifs afin de les faire débiter au 1^{er} janvier**. En outre, il vise à déroger à la mise en œuvre complète de la réforme pour permettre de sécuriser la première année d'application de la réforme, en basant les financements des établissements sur leurs recettes de 2021.

(1) Amendement n° 1073 déposé par le Gouvernement lors de la première lecture au Sénat du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

c. Extension du remboursement de la contraception aux majeures de moins de 25 ans

La prise en charge intégrale de la contraception, accompagnée d'un tiers payant automatique, est assurée pour toutes les mineures. **Par conséquent, l'atteinte de la majorité conduit les jeunes femmes à basculer dans un régime tout autre**, sans qu'une évolution parallèle ne soit en général observée sur le plan de la situation économique ni des pratiques sexuelles et contraceptives. Des études ont par ailleurs démontré que la survenue de grossesses non désirées pouvait avoir pour cause des prises irrégulières de contraception causées par des difficultés financières ⁽¹⁾ ou le maintien d'un besoin de confidentialité au regard de la sexualité empêchant une prise en charge de la contraception par les familles.

Le PLFSS pour 2022 propose d'étendre la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de la contraception, ainsi que le tiers payant systématique, pour les femmes de 18 à 25 ans. De la même manière que pour les jeunes femmes mineures aujourd'hui, cette prise en charge comprend une consultation annuelle en vue de la prescription et du suivi, des examens biologiques, la délivrance de contraceptifs remboursables, la contraception hormonale d'urgence, ainsi que les actes donnant lieu à la pose ou au retrait d'un contraceptif.

Cette mesure concerne un grand nombre de personnes : d'après Santé publique France, en 2016, seules 4,3 % des femmes de 20 à 24 ans n'utilisaient aucune méthode de contraception, et 52,6 % utilisaient une pilule contraceptive ⁽²⁾. Le coût de cette mesure aux effets massifs reste toutefois relativement modéré pour l'assurance maladie, atteignant 21 millions d'euros.

II. LES DÉPENSES DE RETRAITE DURABLEMENT EN CROISSANCE MALGRÉ LE RALENTISSEMENT DES LIQUIDATIONS DE PENSIONS

Malgré la stabilité des dépenses de la branche vieillesse en 2020, la chute de ses recettes a dégradé brutalement son déficit **(A)**. L'accélération des dépenses en 2021 **(B)** puis leur stabilisation en 2022 **(C)** ne permettent pas de résorber le déficit désormais structurel de la branche vieillesse du régime général.

A. EN 2020, LES DÉPENSES DE RETRAITE PLUS IMPORTANTES ET UNE CHUTE DES RECETTES

- Les régimes obligatoires de base

Les dépenses de pensions des régimes de base ont atteint 241,9 milliards d'euros en 2020, soit 2,2 % de plus qu'en 2019. L'augmentation du nombre de retraités (+ 1,1 %) explique une partie de cette hausse, malgré un relatif ralentissement du flux de nouveaux pensionnés. Ce ralentissement s'explique par

(1) IGAS, La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, 2009.

(2) Santé publique France, Baromètre santé 2016, les Françaises et la contraception.

de mesures prises par les organismes de retraite, comme les coefficients de solidarité de la retraite complémentaire gérée par l'AGIRC-ARRCO, mais également par des comportements attentistes des assurés face à la crise sanitaire, qui ont préféré reporter la liquidation de leur pension. Un autre facteur d'explication, dont l'ampleur reste toutefois limitée, est le relèvement de l'âge automatique du taux plein de 65 à 67 ans dans les régimes alignés et pour les fonctionnaires. Ses effets sont progressivement déployés entre 2016 et 2022.

L'AGIRC-ARRCO : une gestion trop prudente, des décisions prises rapidement et au détriment des assurés

Plusieurs décisions récentes de l'AGIRC-ARRCO soulèvent des interrogations quant à leur pertinence et leur caractère juste.

La mise en place des coefficients de solidarité en est un premier exemple, qui explique en partie le ralentissement des départs en retraite.

Ce ralentissement du flux de nouveaux retraités est observé entre 2019 et 2020, année où ils ont atteint le nombre de 461 000, soit 2,1 % de moins qu'en 2019.

Le ralentissement des départs en retraite s'explique au moins en partie par la mise en place des coefficients de solidarité de l'AGIRC-ARRCO en 2019. Ce dispositif pourrait avoir incité des personnes à retarder leur départ à la retraite malgré l'atteinte de l'âge légal.

Ce dispositif s'applique aux assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1957 et qui liquident leur retraite de base à taux plein dès la validation des critères d'attribution. Dans ce cas, une minoration de 10 % est appliquée temporairement sur le montant des droits à retraite complémentaire versé par l'AGIRC-ARRCO pendant trois ans, et au plus tard jusqu'à l'âge de 67 ans. Cette minoration est abaissée à 5 % si l'assuré est assujéti à la CSG à taux réduit de 3,8 % en raison du montant du revenu fiscal du foyer.

Toutefois, si l'assuré décale la liquidation de sa retraite complémentaire d'au moins quatre trimestres par rapport à la date à laquelle les conditions du taux plein au régime de base sont remplies, cette minoration n'est pas appliquée. Si l'assuré repousse la liquidation de sa retraite complémentaire au-delà de quatre trimestres, il bénéficie d'une majoration, comprise entre 10 et 30 %.

Cette mesure semble n'avoir que peu d'effets budgétaires, et instaure un « âge pivot » qui ne dit pas son nom. Par souci de clarté et de lisibilité pour les assurés du régime général, les rapporteurs pour avis soulignent la nécessité de réexaminer cette décision, ou *a minima* de faire la lumière sur ses effets réels.

La décision de désindexer les retraites complémentaires soulève également d'importantes difficultés : l'accord du 10 mai 2019 comprenait l'engagement de revaloriser les pensions selon l'inflation jusqu'en 2022, dans le but de soutenir le pouvoir d'achat des retraités. Dans un contexte de faible inflation, cette décision n'a eu que peu de conséquences.

Par la suite, en juillet 2021, face à la dégradation conjoncturelle de l'équilibre du régime de retraite complémentaire, l'AGIRC-ARRCO a décidé par un avenant à l'accord de 2019 de donner la possibilité au conseil d'administration de sous-indexer les pensions jusqu'à 0,5 point en dessous de l'inflation. Cette possibilité a été mise en œuvre très rapidement et à son niveau maximal : les retraites complémentaires seront donc revalorisées à un niveau inférieur de 0,5 point de pourcentage en dessous du niveau de l'inflation, entraînant une perte de pouvoir d'achat réelle pour les retraités.

Ces décisions sont d'autant plus inexplicables que les réserves de l'AGIRC-ARRCO atteignent 80 milliards d'euros, permettant au régime de faire face aux aléas du présent sans difficulté et que les données macroéconomiques prévoient une croissance notable de la masse salariale pour les années 2021 et 2022, augurant de recettes en hausse.

De manière générale, la gestion excessivement prudente de l'AGIRC-ARRCO soulève une interrogation fondamentale : à partir de quand un régime de retraite favorise les générations futures au détriment des générations présentes ?

La croissance des dépenses de retraite des régimes de base s'explique également par la revalorisation des pensions : en application de la revalorisation différenciée votée en LFSS pour 2020, la revalorisation moyenne est de 0,8 % en 2020, contre 0,3 % en 2019.

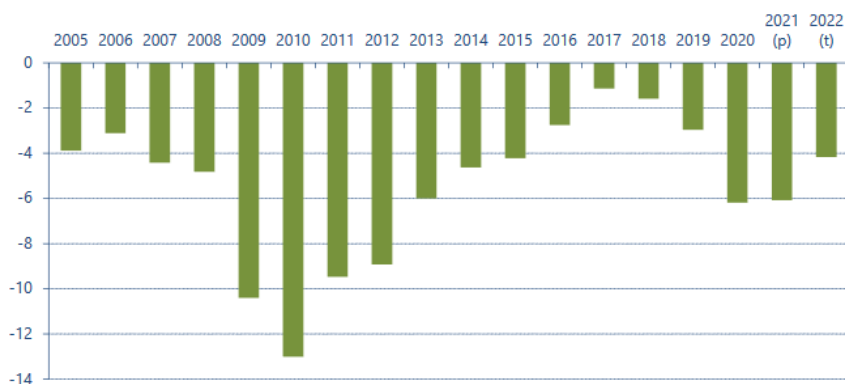
- La CNAV et le FSV

57 % des pensions de base sont versées par les régimes dits alignés (régime général et régime des salariés agricoles).

L'année 2020 a vu une franche dégradation du solde de la CNAV et du FSV, qui a atteint 6,2 milliards d'euros, après 3 milliards d'euros en 2019.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE RETRAITE DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV

(en milliards d'euros)



Source : CCSS, rapport de septembre 2021.

La dégradation brutale du solde de la CNAV et du FSV en 2020 s'explique par la chute des recettes : les cotisations sociales ont diminué de 5,3 %, principalement en raison de la contraction de la masse salariale. Cette baisse des recettes a toutefois été partiellement compensée par un transfert de 5 milliards d'euros en provenance du FRR, au titre de la soulte du régime des industries électriques et gazières.

En outre, la part des produits de CSG affectée au FSV s'est contractée de 3,1 %, traduisant la baisse des revenus du capital. La CNAV s'est toutefois vue affecter une fraction supplémentaire de taxe sur les salaires pour compenser l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires.

La mise en place de l'activité partielle : limiter la dégradation du déficit du fonds de solidarité vieillesse (FSV) tout en préservant l'emploi

Le FSV est un établissement public de l'État à caractère administratif, dont les missions sont définies aux articles L. 135-1 à L. 135-5 et R. 135-1 à R. 135-17 du code de la sécurité sociale. Il a pour mission d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de certains avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale. Il prend ainsi en charge sous certaines conditions les validations de trimestres d'assurance vieillesse au titre du chômage, des arrêts de travail, du volontariat du service civique, des périodes d'apprentissage et de stages de formation professionnelle. Enfin, il finance en totalité le minimum vieillesse versé par les régimes de retraite.

La période de la crise sanitaire a été source d'enjeux spécifiques au FSV, qui a dû indemniser les salariés en activité partielle en sus de ses missions habituelles. Pourtant, la mise en œuvre de l'activité partielle a paradoxalement permis de limiter l'aggravation du déficit du FSV. En effet, selon les règles forfaitaires arrêtées, le coût de l'activité partielle pour le fonds est de 10 centimes d'euro par heure, soit seize fois moins que celui d'une heure de chômage.

Ainsi, en évitant l'arrivée de nouveaux chômeurs sur le marché du travail, l'activité partielle a permis de limiter la dégradation du déficit du FSV.

De manière générale, cet événement souligne l'incidence croissante des prises en charge des cotisations chômage dans la dynamique des dépenses du FSV : ces prises en charge représentaient un tiers des charges du FSV en 1994, elles en représentent deux tiers en 2020 ⁽¹⁾.

Cette croissance du poids des cotisations chômage dépend en réalité davantage des modalités réglementaires de prise en charge de ces cotisations, qui datent de 1994, que de l'évolution du nombre de chômeurs. En effet, le coût unitaire de la cotisation par chômeur a augmenté de 82 % à fin 2020 par rapport à 1994 alors que l'effectif annuel moyen de chômeurs a parallèlement progressé de 25 % ⁽²⁾.

Une nouvelle révision des modalités de prise en charge des cotisations chômage par le FSV pourrait être pertinente.

Les dépenses de la CNAV et du FSV ont suivi une croissance modérée en 2020, progressant de 1,8 % : la croissance de 2,7 % des prestations sociales (2,3 % en 2020) traduit leur revalorisation plus élevée, de 0,8 % en moyenne contre 0,3 % en 2019.

La baisse de la compensation démographique ⁽³⁾ de 16,2 %, causée par la baisse relativement plus importante des cotisations perçues par le régime général par rapport aux autres régimes, n'a pas permis de compenser intégralement la hausse des prestations.

(1) Réponses écrites fournies par le FSV aux rapporteurs pour avis.

(2) Ibid.

(3) La compensation démographique traduit le ratio démographique des différents régimes et permet d'alimenter les régimes vieillissant à partir de ceux qui le sont moins.

B. DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN 2021, UN SOLDE TOUJOURS DÉGRADÉ

- Les régimes obligatoires de base

Les dépenses de pensions atteindraient 246,1 milliards d’euros, en progression de 1,7 % par rapport à 2020.

Contrairement à l’année 2020, les modalités de revalorisation ont conduit à modérer les dépenses de pensions en 2021 : les pensions ont en effet été indexées sur l’inflation, atteignant 0,4 %.

- La CNAV et le FSV

Le déficit du régime vieillesse de la branche générale ne s’améliore pas en 2021, et stagne à 6,1 milliards d’euros.

Si ce résultat peut sembler paradoxal au regard du rebond économique et de la croissance des recettes perçues (+ 3 %), il s’explique par la non reconduction du transfert exceptionnel de 5 milliards d’euros de la part du FRR. En neutralisant l’effet de ce versement exceptionnel, les recettes augmentent de 7 %.

L’année 2021 marque une autre évolution concernant les recettes de la branche vieillesse, conséquence directe de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale : le FSV transfère désormais 2,8 milliards d’euros de CSG assise sur les revenus du capital à la CNSA. En contrepartie, le FSV perçoit 2,6 milliards d’euros de CSG assise sur les revenus de remplacement. Si ce transfert devait être neutre en 2021, tel n’est pas le cas : le produit de la CSG sur les revenus du capital a en effet dépassé les prévisions, augmentant le montant du transfert à la CNSA. Ce transfert représente donc un manque à gagner pour le FSV, estimé à 800 millions d’euros en 2021 et 2022.

Les dépenses de la branche accélèrent également : elles sont en croissance de 2,8 %, contre 1,8 % en 2020. Le retour d’une croissance dynamique des dépenses s’explique par la hausse de la compensation démographique.

Toutefois, la croissance des pensions versées devrait ralentir, pour atteindre 2 % (après 2,7 % en 2020), en raison **des moindres départs à la retraite** et d’une **revalorisation annuelle plus faible qu’en 2020** (0,4 % en 2021 contre 0,8 % en moyenne).

C. UNE CROISSANCE DES DÉPENSES STABLE EN 2022

Les équilibres de la branche et ses objectifs de dépenses traduisent une stabilité pour 2022 des dépenses (1). Le PLFSS pour 2022 comporte par ailleurs deux mesures ayant une incidence sur les dépenses de la branche vieillesse (2).

1. Les équilibres et objectifs de dépenses

- Les régimes obligatoires de base

Les dépenses de retraite augmenteraient de 2,5 %, portant le total des prestations retraitées des régimes de base à 252,4 milliards, d'euros. Ces estimations reposent sur l'hypothèse d'une revalorisation de 1,1 % des prestations, et d'un effet volume de 1,3 %.

L'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoire de base est fixé à 256,6 milliards d'euros.

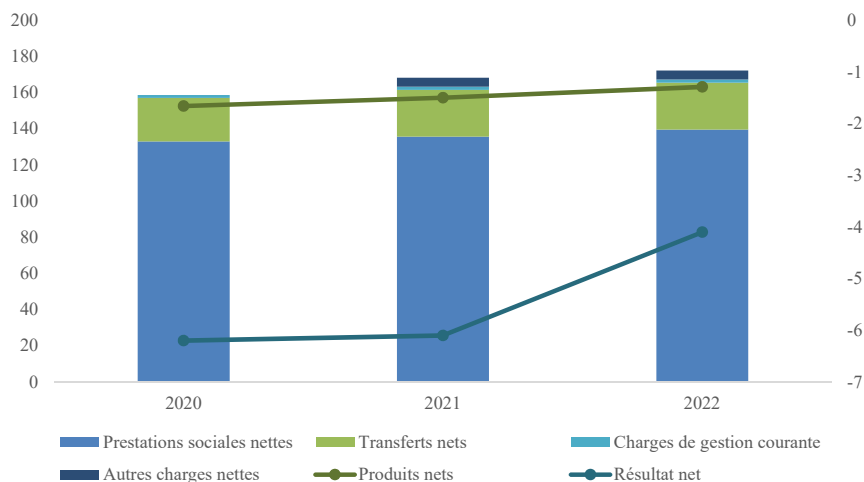
- La CNAV et le FSV

Pour le régime général de la sécurité sociale, l'objectif de dépenses est fixé à 147,8 milliards d'euros.

En 2020, le déficit de la CNAV et du FSV devrait atteindre en 2022 **4,2 milliards d'euros** : si cette amélioration ne permet pas de retrouver le niveau de déficit d'avant-crise, il traduit l'amélioration progressive des comptes de la branche vieillesse.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES, DES RECETTES ET DU RÉSULTAT DE LA CNAV ET DU FSV

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir des données de l'annexe IX du PLFSS pour 2022.

Les produits de la branche augmenteraient de 4,3 %, en raison de la hausse des cotisations sociales perçues (5,5 %) et de la croissance de la part de CSG (4,2 %).

Le rythme de croissance des dépenses de la branche resterait stable, atteignant 2,8 %. Cette stabilité masque toutefois une accélération des prestations sociales, soutenues par une revalorisation des prestations de 1,1 % en raison de l'accélération de l'inflation. *A contrario*, la compensation démographique n'augmenterait que de 1,3 %.

De manière générale, **la branche vieillesse entre en 2022 dans une phase de déficit structurel** : en 2025, le déficit devrait atteindre 8 milliards d'euros. À horizon dix ans, le déficit du régime général devrait atteindre 25 à 30 milliards d'euros, tandis que le régime complémentaire des salariés du privé serait équilibré. Cette dichotomie s'explique par le rapport de cotisation entre la base et la complémentaire, structurellement défavorable à la retraite de base en raison de l'application d'un plafond au-delà duquel les salariés ne cotisent qu'au titre de la retraite complémentaire.

2. Les mesures du PLFSS ayant une incidence sur les dépenses

Deux mesures ont un effet budgétaire sur la branche vieillesse : il s'agit de la reprise de trimestres des indépendants touchés par les conséquences de la crise sanitaire **(a)**, et de l'extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux **(b)**.

a. La reprise de trimestres des indépendants (article 51)

L'article 51 du PLFSS porte une mesure de **sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants affectés par la crise** et ses conséquences sur l'activité économique. Les fermetures et interruption survenues au plus haut de la crise sanitaire ont entraîné pour beaucoup de professionnels indépendants des pertes de revenus significatives, entraînant une baisse des trimestres validés et par conséquent une perte de droits à la retraite.

Afin de limiter les conséquences de ces pertes de revenus sur les droits à retraite, le PLFSS pour 2022 propose de **valider gratuitement pour 2020 et 2021 une période d'assurance** afin de permettre aux mandataires sociaux et aux travailleurs indépendants des secteurs les plus touchés, ainsi qu'aux artistes auteurs, de bénéficier en 2020 et 2021 d'autant de trimestres de retraite de base que la moyenne des trimestres qu'ils ont validés sur les années 2017, 2018 et 2019.

Cette mesure sera financée par le FSV, qui compensera le coût aux régimes de retraite concernés, en fonction du nombre de trimestres attribués et sur la base de montants forfaitaires représentatifs du coût d'un trimestre dans chacun des régimes.

Le coût total de cette mesure serait de 92,25 millions d'euros pour les trois caisses concernées (régime de retraite de base de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, régime de retraite des professionnels libéraux relevant de

la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), régime de base des artistes-auteurs).

b. L'extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux (article 53)

La retraite progressive ⁽¹⁾ est un dispositif de transition entre l'emploi et la retraite. Il permet aux actifs proches de l'âge de la retraite de percevoir une fraction de leur pension tout en maintenant leur activité à un niveau réduit.

L'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale fixe trois conditions pour pouvoir bénéficier de ce régime :

- être un assuré exerçant une activité à temps partiel ou un travailleur indépendant pouvant justifier d'une diminution de ses revenus ;
- avoir atteint l'âge légal de départ minoré de deux ans, soit actuellement l'âge de 60 ans ;
- justifier d'une durée d'assurance minimale de 150 trimestres.

De jurisprudence constante, sont exclus de ce dispositif les salariés exerçant sous le régime d'une convention de forfait en jours sur l'année prévoyant une durée de travail inférieure au plafond légal de 218 jours. Ces cadres au forfait jour dont le nombre de jours est fixé à un niveau inférieur au plafond légal sont considérés comme ne pouvant être assimilés à des salariés à temps partiel en raison de l'absence de quantification du nombre d'heures de travail ⁽²⁾.

Le Conseil constitutionnel a toutefois considéré dans sa décision n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, *Nadine F.*, qu'« *en privant ces salariés de toute possibilité d'accès à la retraite progressive, quel que soit le nombre de jours travaillés dans l'année, les dispositions contestées instituent une différence de traitement qui est sans rapport avec l'objet de la loi* » ⁽³⁾. Le Conseil constitutionnel a reporté l'abrogation des dispositions déclarées contraires à la Constitution, afin de ne pas priver les salariés du bénéfice de la retraite progressive. En reportant au 1^{er} janvier 2022 la date de cette abrogation, le Conseil constitutionnel renvoie au législateur le soin de régulariser la situation.

Par conséquent, l'article 53 du PLFSS pour 2022 **étend le droit à la retraite progressive aux assurés ayant conclu une convention individuelle de forfait en jours. Cette évolution est également appliquée aux travailleurs non-salariés, et notamment aux mandataires sociaux.**

(1) Créée par la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale.

(2) Cette lecture a été confirmée par la Cour de cassation par sa décision du 27 mars 2019 (n° 16-23.800).

(3) Conseil constitutionnel, décision n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, *Nadine F.*

Une partie de la population serait directement concernée par le dispositif : d'après la DARES, 1,6 million de salariés sont au forfait jours, dont 3,2 % ont plus de 60 ans. 15 % recourent actuellement au temps partiel et deviendraient éligibles à la retraite progressive.

L'évaluation des effets budgétaires de cette mesure reste toutefois peu aisée, car ils dépendront de l'appétence des actifs éligibles pour la retraite progressive. Selon la CNAV, le taux de recours à la retraite progressive pour les salariés éligibles serait de 28 % en 2025 ⁽¹⁾. L'application de taux de recours projeté de 28 % aux salariés nouvellement éligibles permet d'estimer qu'**environ 2 200 salariés au forfait jours seraient susceptibles de solliciter le bénéfice de la retraite progressive. Le coût estimé pour la CNAV serait dès lors d'environ 2,8 millions d'euros en 2022 et 11,5 millions d'euros en 2025.**

Les rapporteurs pour avis saluent l'extension de la retraite progressive, rendue nécessaire par la décision précitée du Conseil constitutionnel. Ils soulignent toutefois le **risque d'optimisation** qu'entraîne l'adoption de cette mesure : des entreprises pourraient en effet déclarer la retraite progressive pour leurs cadres, tout en maintenant leur temps de travail à un niveau de temps plein, tout en bénéficiant de l'indemnisation de l'assurance maladie. **Ce risque existe a fortiori pour les mandataires sociaux, qui n'ont pas de temps de travail.**

Les rapporteurs pour avis recommandent donc que des contrôles suffisants et ciblés soient mis en œuvre pour les déclarations de retraite progressive pour les cadres au forfait jours. Le nombre limité d'assurés concernés devrait le permettre sans représenter une charge de travail supplémentaire excessive.

III. LA BRANCHE FAMILLE MARQUÉE PAR DES MESURES DE TRANSFERT ET LE RENFORCEMENT DU CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

La période récente confirme la tendance à la modération des dépenses de la branche famille, tant en 2020 (A) qu'en 2021, année marquée par ailleurs par des effets de périmètre massifs (B). La croissance des dépenses de la branche devrait rester faible en 2022, malgré la généralisation de l'intermédiation financière concernant les pensions alimentaires (C).

A. POUR 2020, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES MODÉRÉE MAIS CONTRASTÉE SELON LES CATÉGORIES DE PRESTATIONS

En 2020, la CNAF a financé un montant total de dépenses de **42,2 milliards d'euros**, un niveau équivalent à celui de 2019. Son solde s'est pourtant fortement dégradé par rapport à 2019, passant d'un excédent de 1,5 milliard d'euros à un déficit de 1,8 milliard d'euros. La forte diminution des

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2022.

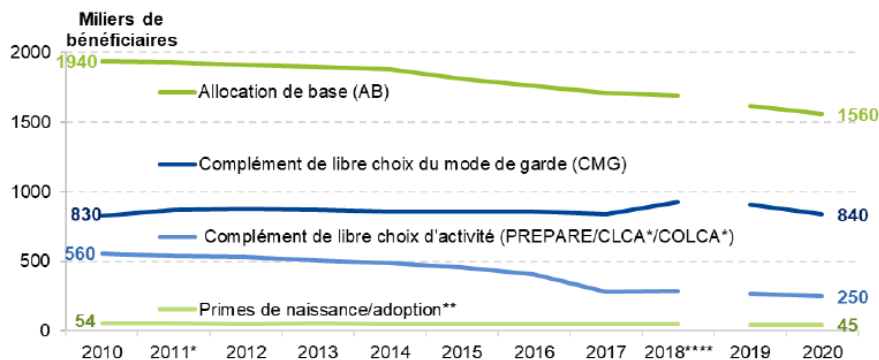
recettes (-6,3%) issues tant des cotisations sociales que des recettes fiscales ⁽¹⁾ explique ce résultat dégradé.

La modération des dépenses traduit des évolutions contrastées selon les catégories de prestations :

– les dépenses d’entretien ont progressé de 3,1% en raison de la revalorisation exceptionnelle de l’allocation de rentrée scolaire, dont le coût représente 0,5 milliard d’euros ;

– les dépenses de la prestation d’accueil du jeune enfant (PAJE), qui comprend plusieurs prestations visant la petite enfance, ont diminué de 6,9%, venant confirmer la baisse des dépenses de cette prestation causée par l’alignement progressif de ses montants et plafonds sur ceux du complément familial (en application de la LFSS pour 2018) et par le moindre recours à la garde d’enfants durant les confinements. Entre 2010 et 2020, le nombre de familles bénéficiaires de cette prestation a diminué de 15%, pour atteindre 2 millions en 2020 ⁽²⁾.

BÉNÉFICIAIRES DES COMPOSANTES DE LA PRESTATION D’ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE)



Sources : Cnaf - données tous régimes

Champ : France entière, tous régimes (sauf congés maternité et paternité : hors fonction publique)

* Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1^{er} janvier 2015

** Bénéficiaires de la prime de naissance/adoption au mois de juin seulement

*** Double rupture de série liée au fait que les données utilisées sont relatives au mois de juin à partir de 2018 contrairement à l'ancienne série où des données relatives au mois de décembre était exploitées ainsi qu'au fait que dans un optique de consolidation statistique, les chiffres divulgués par la CNAF le sont maintenant 6 mois après collecte contre 2 mois avant 2018

Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – famille, annexe I du PLFSS pour 2022.

– les dépenses d’allocation de l’enfant handicapé (AEEH) augmentent de 9,7%, traduisant une meilleure connaissance et une meilleure prise en charge du handicap, ainsi que le retour à domicile d’enfants qui vivaient jusque-là en établissement lors des confinements.

(1) En application de la réduction de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la CNAF (-7,4 points) votée en LFSS pour 2020 au bénéfice de la CNAV en compensation de la perte de recettes liées aux nouvelles exonérations sur les heures supplémentaires prévues en LFSS pour 2019.

(2) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – famille, annexe I du PLFSS pour 2022.

B. POUR 2021, DES EFFETS DE PÉRIMÈTRE MASSIFS

Le solde de la CNAF atteindrait 1,2 milliard d'euros d'excédent en 2021, permettant le retour à la situation excédentaire qui avait cours avant la crise sanitaire et économique. Ce résultat s'explique notamment par **une diminution des prestations légales de 3,8 % par rapport à 2020**.

Cette diminution importante s'explique toutefois intégralement par un effet de périmètre : le financement de l'AEEH a été transféré à la branche autonomie nouvelle créée, ayant pour conséquence le transfert d'une fraction de 9,1 points de taxe sur les salaires à la CNAM, permettant de neutraliser l'impact sur son solde. En dépenses, ce transfert entraîne une diminution de 1,7 %.

Une fois cet effet neutralisé, les dépenses de la CNAF progresseraient de 1 % ⁽¹⁾.

Les prestations d'entretien seraient toutefois en repli de 2,6 %, en contrecoup de la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire consentie en 2020. Les prestations d'accueil du jeune enfant augmentent au contraire fortement (+ 4,5 %), en raison de la normalisation progressive du recours aux modes de garde payants et de la réforme de la prime de naissance, versée désormais au 7^e mois de grossesse et non plus deux mois après la naissance.

Enfin, **les transferts aux autres branches seraient en hausse (+ 2,3 %) en raison de l'allongement du congé paternité à compter du 1^{er} juillet**, en application de la LFSS pour 2021 ⁽²⁾. Ce congé est versé par la branche maladie mais financé par la branche famille, expliquant un transfert important.

La croissance des dépenses reste modérée en raison de la baisse de la natalité, qui se confirme et s'amplifie : elle baisse de 2,4 % en 2021, après avoir baissé de 1,8 % en 2020.

C. POUR 2022, UNE MODÉRATION DES DÉPENSES

Les équilibres de la branche famille pour 2022 traduisent une stabilisation de son périmètre et une modération de ses dépenses **(1)**, malgré la généralisation de l'intermédiation financière pour le versement des pensions alimentaires **(2)**.

1. Les équilibres et objectifs de dépenses

L'objectif de dépenses de la branche famille est fixé à 49,7 milliards d'euros en 2022.

L'excédent de la CNAF s'améliorerait encore en 2022, atteignant 1,7 milliard d'euros après les mesures du PLFSS pour 2022 et dépassant ainsi le

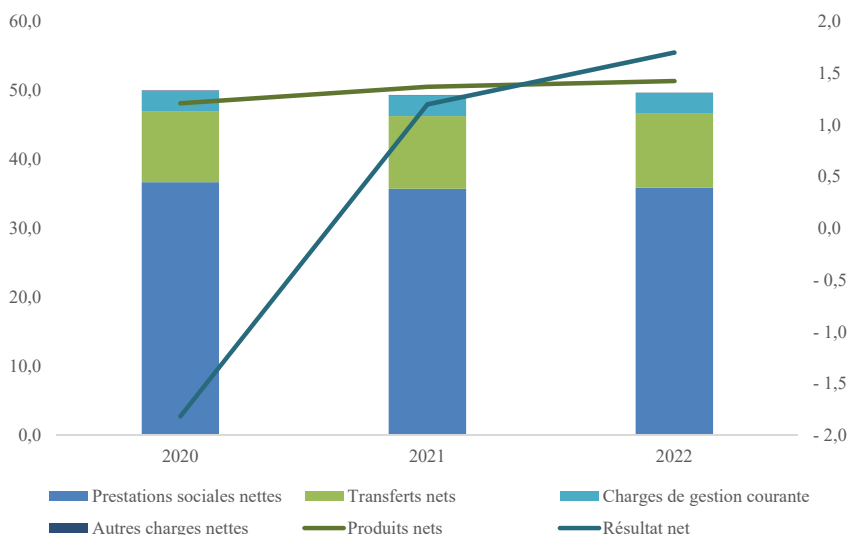
(1) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – famille, annexe 1 du PLFSS pour 2022.

(2) CCSS, rapport de septembre 2021.

solde de 2019. Ce résultat s'explique par la modération des dépenses de prestations, dont le montant stagne (- 0,1 %), et par le dynamisme des recettes (+ 3,6 %). **Cette modération des dépenses est maintenue par la poursuite de la baisse des naissances, estimée à 1,7 % en 2022.**

ÉVOLUTION DES DÉPENSES, DES RECETTES ET DU RÉSULTAT DE LA CNAF

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir des données de l'annexe IV du PLFSS pour 2022.

2. La généralisation de l'intermédiation financière pour le versement des pensions alimentaires (article 49)

La LFSS pour 2020 a créé un service public du versement des pensions alimentaires, géré et mis en œuvre par l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA). Face à la fréquence des impayés de pensions, l'objectif de cette mesure était de renverser le fonctionnement de la gestion des impayés de pensions, pour **passer d'une logique de recouvrement, souvent tardive et source de difficultés pour les familles, à une logique de prévention**. L'ARIPA peut en effet détecter plus rapidement les impayés, engager la procédure de recouvrement et, dans l'attente, **verser au parent isolé l'allocation de soutien familial (ASF)**.

Le dispositif permet de garantir que le parent débiteur verse la pension alimentaire mensuelle due à l'ARIPA, qui la transfère ensuite au parent créancier. Tout manquement du parent débiteur entraîne des pénalités et le recouvrement de la pension par l'agence. Ce service est ouvert sur demande d'au moins l'un des deux parents à tous les parents qui le souhaitent depuis le 1^{er} octobre

2020 en cas d'impayés de pensions et depuis le 1^{er} janvier 2021 dans tous les cas, que les parents soient victimes d'impayés ou non.

Le démarrage s'est avéré difficile en raison d'un faible recours au service : les professionnels de la justice ne se sont que peu saisis du dispositif. Le recours au dispositif s'améliore toutefois progressivement le taux de recouvrement des impayés est passé de 65 % à la fin de l'année 2020 à 70 %, et à 77 % lorsque l'intermédiation est à l'œuvre ⁽¹⁾.

Afin de renforcer les effets de la lutte contre les impayés de pensions alimentaires, **l'article 52 du PLFSS pour 2022 généralise l'intervention par l'ARIPA, en rendant de droit et automatique le mécanisme d'intermédiation financière**. Sauf refus des parents, toutes les pensions alimentaires nouvellement fixées seront versées par l'intermédiaire de l'agence. Concrètement, les titres exécutoires fixant les pensions alimentaires seront transmis automatiquement par le greffier de la juridiction, l'avocat ou le notaire, à l'ARIPA. Cette dernière mettra en place le versement de la pension par intermédiation. Ce service s'appliquera dès le 1^{er} mars 2022 pour les divorces devant la justice fixant une pension alimentaire, et dès le 1^{er} janvier 2023 aux autres types de décisions de justice concernant une pension alimentaire et aux divorces par consentement mutuel. Les parents pourront refuser la mise en place de l'intermédiaire par consensus uniquement.

Le surcroît de dépenses engendré par cette mesure serait principalement lié à l'augmentation des bénéficiaires de l'ASF et il est évalué à 2 millions d'euros en 2022, avec une montée en charge progressive atteignant 25 millions d'euros en 2025.

IV. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP TOUCHÉES TEMPORAIREMENT PAR LE RALENTISSEMENT DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Si les dépenses de la branche AT-MP de l'année 2020 ont été modérées par le coup d'arrêt économique lié à la crise sanitaire **(A)**, les années 2021 et 2022 sont caractérisées par un retour à une situation normale **(B)**.

A. POUR 2020, DES DÉPENSES MOINS DYNAMIQUES

La branche AT-MP a connu en 2020 un déficit de 0,2 milliard d'euros, le premier depuis 2012, en raison de la contraction de ses ressources causée par la crise économique. Ses produits ont ainsi diminué de 8,8 %. Le ralentissement des dépenses de la branche (+ 0,3 %, contre + 1,6 % en 2019), causé par le déploiement rapide et massif du télétravail, n'a pas permis de compenser ces moindres recettes.

(1) *Audition des représentants de la CNAF.*

La croissance de presque 7 % des charges de gestion de la branche traduit quant à elle l'intégration désormais pleine des personnels de l'ancien RSI au régime général, et leur répartition entre les branches AT-MP et maladie.

B. DES PRÉVISIONS DE RETOUR À LA NORMALE POUR 2021 ET 2022

En 2021, la branche AT-MP devrait retrouver un état excédentaire, à hauteur de 0,6 milliard d'euros, en raison d'une croissance de 8,8 % de ses produits. Les dépenses de la branche accéléreraient pour atteindre 2,1 %, en raison notamment des prestations relevant du champ de l'ONDAM comme les indemnités journalières (cf. *supra*).

Enfin, en 2022, l'excédent devrait s'accroître pour atteindre 1,4 milliard d'euros, en raison du dynamisme des produits (+ 7,1 %) et de la stabilité des dépenses (+ 0,7 %). L'objectif de dépenses est fixé à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, et à 12,7 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL



Source : CCSS, rapport de septembre 2021.

V. LA BRANCHE AUTONOMIE : DES ÉVOLUTIONS MASSIVES TANT DE PÉRIMÈTRE QU'EN DÉPENSES

Après avoir été longtemps considérée comme concourant au financement d'une partie des dépenses de l'ONDAM, la CNSA fait désormais pleinement partie du champ de la sécurité sociale, ses comptes étant ceux de la nouvelle cinquième branche, finançant l'autonomie.

La création de la branche autonomie de la sécurité sociale ⁽¹⁾ répond au constat désormais bien connu concernant la perte d'autonomie : la population des seniors en perte d'autonomie était de 2,5 millions de personnes en 2015. En 2050, ce nombre devrait atteindre 4 millions de personnes ⁽²⁾.

La branche finance les aides liées à la perte d'autonomie et au handicap, anime le réseau des maisons départementales des personnes handicapées et assure une mission d'information des personnes en perte d'autonomie ainsi que leurs proches.

En outre, jusqu'en 2020, le financement des établissements de santé médico-sociaux via l'objectif global de dépense (OGD) constituait un transfert de la CNSA vers la CNAM. À compter de 2021 et à la faveur de la création de la cinquième branche de la sécurité sociale, le financement de ces établissements est directement pris en charge par la CNSA.

L'année 2021 a vu la création de la branche autonomie, dont les comptes ont été immédiatement grevés par un déficit lié en partie à la crise sanitaire **(A)**. L'année 2022 est caractérisée par un fort dynamisme des prestations ainsi que par la mise en œuvre de mesures structurantes de revalorisation du champ social et médico-social **(B)**.

A. L'ANNÉE 2021, ANNÉE DE NAISSANCE MARQUÉE PAR UN DÉFICIT

Le déficit des comptes de la CNSA se creuse en 2021 pour atteindre 0,9 milliard d'euros en 2021, après un déficit de 0,6 milliard d'euros en 2020. En 2021, la CSG est ainsi devenue la principale recette de la CNSA : elle représente pour 2021 28,3 milliards d'euros.

La croissance de 8,7 % des recettes n'a pas permis de compenser **la dynamique des dépenses, qui augmentent de 9,4 % pour atteindre 32,13 millions d'euros**. Plusieurs facteurs expliquent cette croissance particulièrement élevée des dépenses :

– **l'élargissement du périmètre de la CNSA aux dépenses de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**, auparavant financé par la branche famille. Cette dépense nouvelle a été compensée par un transfert de CSG. Ce transfert représente une augmentation massive des recettes et des dépenses : il explique 4,2 points de croissance des charges et des produits de la CNSA ;

– **les prestations relevant du périmètre de l'objectif global de dépense augmentent de 3,5 %**. Cette croissance s'explique par la montée en charge des mesures du « Ségur de la santé » (cf. *infra*), y compris par l'ouverture de crédits d'investissement dans les établissements médico-sociaux, qui atteignent

(1) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

(2) Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale – autonomie, annexe I du PLFSS pour 2022.

0,6 milliard d'euros, et par des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire. La signature, à l'issue de la mission confiée à M. Michel Laforcade, du premier accord portant l'extension des mesures du « Ségur de la santé » (cf. *infra*) et visant les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics non rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD, et financés pour tout ou partie par l'assurance maladie, représente un surcroît de dépenses de 65 millions d'euros pour la branche autonomie.

– *A contrario*, la croissance des transferts aux départements ralentirait (+1,7 %), marquant l'achèvement de la montée en charge du concours de la CNSA au titre des dépenses d'APA ;

– enfin, dans le cadre d'un changement structurel de financement de l'autonomie, **la crise pèse fortement sur le recouvrement des produits**. En effet, la CNSA s'est vue affecter en 2021 une fraction de CSG visant à financer l'intégralité de l'ONDAM médico-social, en remplacement du versement de la CNAM. Or, la crise a pesé sur les recouvrements de CSG sur les revenus d'activité, engendrant des charges liées au non-recouvrement estimées à 0,5 milliard d'euros.

Il convient de noter à cet égard que le PLFSS pour 2022 prévoit une mesure rectificative de compensation pour 2021, permettant de compenser à la CNSA les dépenses liées à la gestion et au recouvrement des recettes supplémentaires qui lui sont allouées. La branche reçoit ainsi au titre de 2021 0,6 milliard d'euros de taxe sur les salaires, en provenance de la branche famille.

B. L'ANNÉE 2022, MARQUÉE PAR UN MOUVEMENT DE REVALORISATION DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Si l'objectif de dépenses de la branche autonomie traduit sa montée en charge (1), le PLFSS pour 2022 porte surtout une mesure majeure pour le secteur de l'aide et du soin à domicile (2).

1. Les dépenses et l'équilibre de la branche

L'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à 34,2 milliards d'euros en 2022.

Les dépenses liées à l'AAEHH seraient en forte hausse (+9,4 %), ainsi que les transferts aux départements (+11,5 %). En effet, la CNSA verse 0,2 milliard d'euros aux départements pour compenser le coût de la création d'une prestation de compensation du handicap « parentalité », instaurée par la LFSS pour 2021 et bénéficiant aux parents d'enfants handicapés. De la même manière, la compensation par la CNSA des coûts induits par les accords conventionnels salariaux de la branche des services de soins à domicile augmente de 0,1 milliard d'euros les transferts aux départements.

La prévision pour 2022 intègre également un surcroît de dépenses de 500 millions d'euros permettant la mise en œuvre des mesures de revalorisation salariale étendues au secteur social et médico-social (cf. *supra*).

Avant mesures comprises dans le PLFSS, le déficit de la CNSA devait quelque peu se résorber en 2022, pour atteindre 0,5 milliard d'euros, en raison de recettes plus dynamiques que les charges. Toutefois, **les revalorisations salariales et les mesures du PLFSS liées à l'autonomie (cf. *infra*) entraînent une dégradation du déficit, qui atteindrait 0,9 milliard d'euros.**

2. Une réforme approfondie du financement des services à domicile

Aux côtés de l'hébergement en EHPAD, l'offre de service à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie ou pour les personnes en situation de handicap est l'un des principaux modes de gestion de la perte d'autonomie et de ses effets.

Le paysage de l'accompagnement à domicile s'articule autour de trois types d'acteurs :

– les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) assurent des prestations d'aide à la personne pour les activités quotidiennes. Il existe environ 8 700 SAAD en France, qui accompagnent environ 760 000 personnes âgées en situation de handicap ⁽¹⁾. Ils sont financés par les départements ;

– les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) réalisent sur prescription médicale des soins infirmiers (injections, perfusions) et des soins d'hygiène (principalement l'aide à la toilette). Si ces structures peuvent permettre le maintien à domicile, elles constituent également un accompagnement nécessaire après une hospitalisation. Ils sont tarifés par l'ARS et financés par la branche autonomie ;

– les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) proposent des prestations mixtes, comprenant à la fois l'aide assurée par les SAAD et les soins fournis par les SSIAD. Ils sont financés à titre principal par les départements pour l'aide, et par la branche autonomie pour le soin.

L'offre de services et de soins à domicile est toutefois confrontée à des faiblesses majeures. **Tout d'abord, le nombre de postes est insuffisant pour couvrir les besoins actuels et surtout à venir.** En 2019, le rapport remis par Mme Myriam El Khomri à la ministre de la santé indiquait que pour répondre au vieillissement démographique, **environ 93 000 postes devaient être créés entre 2020 et 2024** ⁽²⁾. La faible attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie conduit par ailleurs à la multiplication de postes non pourvus. La faible rémunération et les conditions d'exercice sont les deux principaux facteurs expliquant cette faible attractivité.

(1) Annexe IV du PLFSS pour 2022.

(2) Mme Myriam El Khomri, Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé, 29 octobre 2019.

En outre, le **financement des organismes présente de nombreuses limites**. Concernant les SAAD, le tarif horaire moyen est souvent inférieur au coût de revient (le tarif moyen est de 21 euros par heure, avec des coûts de revient estimés à 24,24 euros en moyenne ⁽¹⁾) et diffère fortement entre les départements. Ces fragilités importantes dans le financement, en plus de créer une iniquité injustifiée entre les bénéficiaires selon leur département, sont préjudiciables au secteur et réduisent le nombre de professionnels disponibles. Le financement des SSIAD est concerné par une autre limite importante : la tarification ne prend pas en compte les besoins en soins des personnes, conduisant à un effet de sélection implicite au détriment des personnes nécessitant les soins les plus lourds.

Enfin, la multiplicité des acteurs et la complexité du paysage de la perte d'autonomie limitent les possibilités de coordination entre les acteurs et la compréhension par les assurés des services à leur disposition.

Le PLFSS pour 2022 propose l'instauration d'un tarif plancher de 22 euros par heure pour la tarification des SAAD prestataires, dès le 1^{er} janvier 2022. Ce plancher s'appliquerait aux services solvabilisés par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et par la prestation de compensation du handicap (PCH). La mise en place de cette mesure entraîne une compensation des départements versée par la branche autonomie.

Les effets financiers de cette mesure sont importants : il est estimé à 194 millions d'euros concernant le champ de l'APA, dont 155 millions d'euros financés par la CNSA. L'augmentation des tarifs conduirait également à une croissance modérée du reste à charge, pour un total de 19 millions d'euros, après que l'État ait pris à sa charge par crédit d'impôt 19 millions d'euros également. Le surcoût serait de 87 millions d'euros concernant le champ de la PCH, entièrement pris en charge par la CNSA. Ainsi, la contribution totale de la CNSA au titre du plancher serait de 242 millions d'euros.

En outre, **concernant les SSIAD, le projet de loi propose de remplacer à compter du 1^{er} janvier 2023 le financement forfaitaire par une tarification qui prendrait en compte les besoins en soins des personnes.** Le coût de cette mesure serait de 39 millions d'euros en 2023, avec **une montée en charge progressive qui porterait le coût de la mesure à 260 millions d'euros en 2030.**

Enfin, il est proposé de fusionner les trois catégories de services à domicile existantes et pérenniser le financement de la coordination entre les prestations d'aide et de soins, qui a fait l'objet d'une expérimentation « SPASAD intégrés ».

La mise en œuvre de cette coordination passerait par le financement de postes d'infirmières coordonnatrices (un ETP pour 80 places). Le coût du dispositif serait de 10 millions en 2022 et devrait augmenter jusqu'à atteindre 40 millions d'euros en 2030.

(1) CNSA-DGCS, Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, mai 2016.

Pas de loi « grand âge », mais des mesures fortes et structurantes

Longtemps annoncée, notamment sous les présidences de MM. Nicolas Sarkozy et François Hollande, la cinquième branche de la sécurité sociale a enfin été créée par la majorité de M. Emmanuel Macron, Président de la République, à l'été 2019. Cette nouvelle branche autonomie a permis le regroupement de plusieurs lignes de crédits, en améliorant la lisibilité et permettant une vision plus juste de l'effort national consenti pour ces politiques publiques. Elle a été pourvue, dès la LFSS pour 2021 d'une dotation supplémentaire de 250 millions d'euros pour accompagner la revalorisation des grilles de rémunération des aides à domicile, intervenue le 1^{er} octobre 2021.

La création de cette cinquième branche est une avancée majeure pour notre modèle social et elle permettra, une fois la crise sanitaire passée, de porter une grande loi sur le grand âge et l'autonomie. Mais bien qu'une sorte de frustration existe de ne pas pouvoir porter un tel texte avant la fin de cette législature, nous tenons à saluer les travaux nombreux et riches de nos collègues Monique Iborra, Caroline Fiat, Annie Vidal, Audrey Dufeu-Schubert et des diverses personnes qualifiées missionnées, dont Myriam El Khomri, ancienne ministre, Dominique Libaut et Michel Laforcade, dont les rapporteurs pour avis souhaitent ardemment qu'ils inspirent un texte au cours de la prochaine législature.

Pour autant, le PLFSS pour 2022 marque une nouvelle étape dans la construction de la branche autonomie grâce à plusieurs mesures à la hauteur des objectifs que la majorité porte sur ce sujet.

La branche autonomie financera ainsi les piliers d'une politique favorisant le maintien à domicile des personnes grâce à des mesures d'attractivité des métiers, la meilleure prise en charge des prestations d'aide et d'accompagnement, la contemporanéisation des aides fiscales pour les services à la personne et l'harmonisation des procédures pour un meilleur accès aux droits.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa première réunion du mercredi 13 octobre 2021, la commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (n° 4523).

M. le président Éric Woerth. Mes chers collègues, comme chaque année nous profitons de cette pause du mercredi matin dans l'examen en séance publique du projet de loi de finances pour aborder le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022.

La commission des affaires sociales, qui est saisie au fond, a auditionné les ministres Olivier Véran, Brigitte Bourguignon et Olivier Dussopt lundi dernier 11 octobre. Elle commence ce matin l'examen du texte, qui arrivera en séance publique mercredi 20 octobre.

La commission des finances s'est comme à son habitude saisie pour avis de l'ensemble du texte, qui comprend soixante-deux articles. Nos rapporteurs pour avis sont Michel Lauzzana et Cendra Motin.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Michel Lauzzana et moi-même avons le plaisir, ce matin, de vous présenter les grandes lignes du PLFSS pour 2022.

Ce dernier budget de la sécurité sociale de la législature continue naturellement à être marqué par les effets de la crise liée à l'épidémie de covid-19 et par les réponses que le Gouvernement y apporte. Il poursuit l'ambition réformatrice qui a guidé notre action au cours de ces dernières années pour renforcer les droits des assurés, simplifier la vie des entreprises et gérer efficacement la dette.

J'aborderai les questions d'équilibre et de recettes en rappelant tout d'abord que le solde du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est arrêté à - 38,7 milliards d'euros en 2020, dont 80 % au titre de la seule branche maladie. La dégradation est importante, mais, finalement, le déficit est moindre que les 49 milliards que nous avons envisagés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

L'explication est à chercher du côté des recettes, qui ont chuté parallèlement à la masse salariale et à la consommation, mais aussi de celui des reports, allègements et exonérations votés par le Parlement en soutien aux secteurs les plus touchés par la crise. Ces mesures ont soutenu la trésorerie des entreprises et sauvé 8,4 millions d'emplois sans peser sur les comptes sociaux puisqu'elles sont compensées par l'État.

S'agissant de l'exercice 2021, le déficit serait là aussi légèrement meilleur que prévu l'automne dernier : 34,6 milliards d'euros au lieu de 35,8. Ce résultat est la combinaison de deux mouvements inverses, avec d'un côté une hausse des recettes de 13,8 milliards, grâce au rebond exceptionnel de l'activité, et de l'autre un surcroît des dépenses de santé, à hauteur de 12,6 milliards.

La branche autonomie, dont la création est une avancée majeure de ce mandat et de cette majorité, termine son premier exercice avec un solde identique à celui qui était prévu.

Si les perspectives pluriannuelles 2021 à 2024 prévoient que les branches maladie et vieillesse resteront dans une situation de déficit élevé, la trajectoire de la branche autonomie serait, elle, excédentaire à moyen terme grâce à un surcroît de recettes de contribution sociale généralisée (CSG) en 2024. Ses dépenses seraient dynamiques sur toute la période, sous l'effet des mesures relatives à l'autonomie figurant dans le présent PLFSS.

En 2022, sur le fondement d'hypothèses pour l'essentiel validées par le Haut Conseil des finances publiques, le solde devrait amorcer son rétablissement, avec un déficit de 21,6 milliards d'euros. Les déficits porteraient encore majoritairement sur la branche maladie, pour 19,7 milliards, et, dans une moindre mesure, sur les branches vieillesse et autonomie, ainsi que sur le FSV, pour 5 milliards au total. En revanche, les branches famille et accidents du travail-maladies professionnelles retrouveraient une situation excédentaire, avec des soldes positifs de respectivement 1,7 et 1,3 milliard d'euros.

Les dispositions que le PLFSS pour 2022 comporte en recettes nous semblent particulièrement opportunes. La contemporanéisation des aides aux services à la personne permettra de réduire ou de supprimer les avances de frais des particuliers, grâce à la généralisation de l'expérimentation menée depuis 2020 sur le CESU + (chèque emploi service universel +) et sur la PAJEMPLOI +, outil concernant la garde d'enfants.

Le plan pour les travailleurs indépendants se concrétise avec plusieurs mesures : la prolongation de la modulation des cotisations et des contributions en temps réel, l'allègement de la procédure d'installation et l'octroi d'un trimestre supplémentaire de retraite pour compenser la perte d'activité liée à la crise.

Le statut du conjoint collaborateur – très majoritairement des conjointes – du chef d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale sera élargi au concubin, bénéficiera d'assiettes plus lisibles et sera limité à cinq ans.

Nous allégeons en outre de 30 millions d'euros la taxe pour les grossistes répartiteurs afin de garantir et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments.

Enfin, le chantier de l'unification des prélèvements autour des URSSAF se poursuit avec, en 2022 et en 2023, le transfert de la collecte des cotisations de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO et des cotisations de plusieurs régimes, dont la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV). Les mêmes URSSAF pourront mieux lutter contre la fraude sociale grâce à un accès plus rapide aux informations bancaires par voie dématérialisée.

Les allègements sociaux atteindront 71,5 milliards d'euros en 2022, dont près de 85 % sont compensés. Les premières reprises de dette effectuées en application des lois organique et ordinaire que nous avons votées le 7 août 2020 se sont déroulées dans d'excellentes conditions de marché, preuve de la crédibilité de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), avec des taux d'intérêt compris entre - 0,22 % et + 0,13 % en 2021.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Les dépenses de la sécurité sociale en 2020, 2021 et probablement en 2022 traduisent logiquement l'impact de la crise sanitaire sur la sécurité sociale, et en tout premier lieu sur la branche maladie du régime général.

Les dépenses de cette dernière ont atteint le point haut de 238,8 milliards d'euros en 2020, un niveau inégalé, qui a un peu diminué en 2021. Pour l'année en cours, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé en loi de financement de la sécurité sociale ne pourra d'ailleurs pas être respecté en raison de la succession des vagues épidémiques que nous avons connue : les dépenses de l'ONDAM devraient ainsi atteindre 237,1 milliards, bien au-delà des 225,4 milliards prévus.

Plusieurs éléments ont contribué à cette augmentation de nos dépenses de santé en 2020 et en 2021, parmi lesquelles les dépenses liées aux tests diagnostics. Au cours des huit premiers mois de l'année 2021, environ 58 millions de tests PCR et 37 millions de tests

antigéniques ont été réalisés, entraînant à ce jour 4,5 milliards d’euros de dépenses pour l’assurance maladie.

D’autres éléments, en majorité liés à la crise sanitaire, ont contribué au dépassement des prévisions de dépenses de la branche maladie au cours des deux dernières années. Ainsi, les dépenses d’indemnités journalières (IJ) ont dépassé de 2,4 milliards d’euros la prévision pour 2020, des IJ dérogatoires ayant été instaurées au plus haut de la crise. Elles se sont maintenues à un niveau élevé en 2021, sans que des raisons évidentes ne l’expliquent. La régulation de ces dépenses reste à ce jour un gisement d’économie important pour la sécurité sociale.

En 2020, le dispositif d’indemnisation de la perte d’activité destiné aux professionnels de santé de ville a représenté un montant total de 1,3 milliard d’euros. Enfin la dotation à Santé publique France s’est élevée à 4,8 milliards en 2020 et dépasse la prévision de 3,5 milliards en 2021.

Les mesures de crise sont des décisions politiques : en 2021, et *a fortiori* en 2022, une partie de la croissance des dépenses du champ de l’ONDAM s’explique par la mise en œuvre du « Ségur de la santé », progressivement étendu à l’ensemble du champ social et médico-social par les accords signés à la suite de la mission confiée à Michel Laforcade.

Le coût du « Ségur » en 2021 est de 9,2 milliards d’euros, dont 7,9 milliards de revalorisation salariale. Entre juillet 2020 et juillet 2021, 1,5 million d’employés des hôpitaux et des EHPAD ont bénéficié de la mesure de revalorisation « socle » de 183 euros nets par mois. En 2022, 12,5 milliards d’euros seront consacrés aux mesures du « Ségur de la santé ».

Cette année 2022 devrait être caractérisée par deux dynamiques aux effets opposés. D’abord, le ralentissement de la pression épidémique devrait limiter les dépenses liées à la crise. Par précaution, une dotation de crise de 4,9 milliards est tout de même prévue.

Ensuite, les dépenses hors crise et hors « Ségur » devraient augmenter de 16 milliards d’euros environ, en raison de l’évolution tendancielle des soins et de plusieurs mesures structurantes proposées dans ce PLFSS, qui concrétisent les engagements pris par le Président de la République dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé.

Peuvent être cités à cet égard l’accès direct au marché remboursé pour les médicaments innovants ayant obtenu un avis de la Haute Autorité de santé ou encore l’introduction dans la tarification des produits de santé d’un critère relatif à la sécurité d’approvisionnement du marché français que garantit l’implantation des sites de production.

Les dépenses des autres branches de la sécurité sociale retrouvent progressivement un rythme de croissance proche de celui observé avant la crise. La baisse de la natalité tend notamment à modérer les dépenses de la branche famille.

Toutefois, et c’est une excellente nouvelle, la jeune branche autonomie bénéficiera en 2022 de mesures structurantes qui sont prévues dans le PLFSS : la fixation d’un tarif plancher pour les services à domicile, à 22 euros par heure, et la réforme du financement des soins à domicile. Ces mesures concrétisent l’engagement pris par la majorité de faire des métiers du grand âge des professions attractives et pourvues à la hauteur des besoins d’aujourd’hui, et *a fortiori* de demain.

Mme Véronique Louwagie (LR). Les propos de Mme la rapporteure pour avis sur ce qu’elle nomme l’ambition réformatrice du Gouvernement appellent quatre observations.

Tout d’abord, il n’y a rien dans ce PLFSS, pas plus que dans les précédents, sur la pénurie de médecins que nous connaissons tant en ville que dans les hôpitaux. Aucune réforme, aucune prise en compte de la réalité. Cela commence à poser d’importants problèmes, notamment en termes de prévention, puisque nombre de personnes n’ont aujourd’hui plus de médecin traitant.

Le PLFSS ne prévoit rien non plus en matière de politique familiale, alors que la natalité continue à baisser. La baisse du plafond du quotient familial, la réforme de la prestation d’accueil du jeune enfant, la mise sous conditions de ressources et la modulation des allocations familiales vont à l’inverse d’une politique de soutien à la natalité.

Par ailleurs, la loi relative au grand âge et à l’autonomie, très attendue, annoncée par Mme Buzyn et qui avait motivé la nomination de Mme Bourguignon, a été jetée aux oubliettes.

Le PLFSS n’aborde pas plus la grande – puis la plus petite – réforme des retraites qui devait intervenir, bien que tout le monde s’accorde sur le fait qu’il faille traiter le sujet.

Nous n’avons donc pas la même vision des ambitions réformatrices.

M. Brahim Hammouche (Dem). Les comptes pour 2022 de la sécurité sociale resteront très marqués par la crise sanitaire. Comme lors de chaque crise, notre modèle social a su jouer son rôle d’amortisseur économique et social.

Si nous partageons l’objectif de redressement des comptes sociaux, nous nous réjouissons qu’il ne soit pas poursuivi au détriment de la santé de nos concitoyens et de l’offre de soins sur le territoire.

Sur le plan strictement financier, le groupe démocrate se félicite de la poursuite et de la consolidation des revalorisations issues du « Ségur de la santé ». Ainsi plus de 2 milliards d’euros sont mobilisés en faveur du personnel hospitalier - sages-femmes, aides-soignants, infirmiers – et du personnel médico-social – aides médico-sociales et médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale, accompagnants éducatifs et sociaux. Ces métiers bénéficient depuis le début du mois d’une revalorisation de 183 euros nets par mois.

Le PLFSS comporte plusieurs autres mesures positives, comme la prise en charge intégrale de la contraception féminine jusqu’à l’âge de 25 ans, dans une logique de prévention et de santé publique, la prise en charge de la télésurveillance, le renforcement de l’accès aux soins visuels et le remboursement par l’assurance maladie des consultations des psychologues libéraux.

S’agissant du médicament, l’abaissement de la taxe sur la vente en gros ainsi que la nouvelle trajectoire financière de la branche autonomie, avec la création d’un tarif plancher horaire de 22 euros pour les services à domicile, vont dans le bon sens. Attention cependant à ce que le partage de la valeur soit réel et se répercute bien sur les rémunérations des salariés.

Enfin, je me réjouis de la mobilisation autour de la transformation des EHPAD en centres de ressources territoriaux chargés d’une mission d’appui et d’accompagnement, grâce à un accroissement des recrutements et un déploiement des équipes mobiles de gériatrie.

Si ce PLFSS contient de nombreuses bonnes mesures, nous formons le vœu que le dynamisme retrouvé des recettes, sous l’effet du rebond de l’économie qu’accélère aussi le plan de relance, favorise des décisions plus structurelles pour l’amélioration de notre système de santé. Il conviendra notamment d’assurer rapidement et durablement une couverture

complète des territoires en services de soins palliatifs. L'équité territoriale d'accès aux soins, du premier sourire au dernier soupir, reste en effet une ambition forte pour notre groupe.

M. Jean-Louis Bricout (SOC). Ce PLFSS devrait être l'occasion de quelques mesures de correction statutaire au profit de professions qui se sentent en manque de considération et quelque peu oubliées par le « Ségur de la santé », comme celle des infirmiers anesthésistes. En grève le 16 septembre dernier, ces derniers se trouvent aujourd'hui dans une situation précaire en raison du manque de perspectives d'avenir de leur statut.

Des démarches parlementaires avaient été entreprises : un amendement visant à intégrer la profession réglementée d'infirmier anesthésiste dans le dispositif d'exercice en pratique avancée avait été adopté à l'unanimité en février 2021, lors de l'examen de la proposition de loi de notre collègue Stéphanie Rist en séance publique au Sénat. Or le dispositif a ensuite été supprimé par l'Assemblée nationale.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) étant attendu pour la fin du mois d'octobre, l'avenir statutaire des infirmiers anesthésistes ne devrait pas être réglé de manière imminente. Ces derniers restent donc dans une attente angoissante et dommageable. Cette profession indispensable permet pourtant de libérer du temps de travail médical et de rendre notre système de santé plus efficace.

Les infirmiers anesthésistes doivent être considérés à leur juste valeur. Ils sont aujourd'hui moins payés que les infirmiers qui ont fait des études plus courtes et cette inégalité se maintient du début à la fin de la carrière. La profession a d'ailleurs été l'une des moins revalorisées à l'issue du « Ségur de la santé ». Que va donc lui apporter le PLFSS ?

Je fais par ailleurs miennes les interrogations concernant la loi relative au grand âge, que l'on ne voit pas venir malgré une forte attente, et le manque de médecins et de spécialistes dans nos territoires. Que comptez-vous faire sur ce sujet de la démographie médicale, au delà des mesures incitatives qui coûtent souvent cher aux collectivités territoriales et ne suffisent pas à régler le problème ? Êtes-vous prêts à trancher entre l'incitatif et le coercitif ?

Mme Lise Magnier (Agir ens). Tout comme le projet de loi de finances, le PLFSS pour 2022 porte les stigmates de la crise sanitaire. Le déficit de la sécurité sociale devrait atteindre 21,6 milliards d'euros, preuve s'il en fallait que les organismes de sécurité sociale ont pris toute leur part dans la gestion de la crise.

Nous nous réjouissons du succès de la campagne vaccinale, qui permet d'éviter pour le moment une nouvelle vague dramatique. Toutefois, les incertitudes demeurent face à un virus qui nous a rendus très prudents. Il nous semble donc parfaitement responsable d'avoir intégré 5 milliards d'euros à l'ONDAM pour des dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de covid, qui n'est malheureusement pas encore derrière nous.

Par ailleurs, ce PLFSS poursuit l'engagement du « Ségur de la santé », notamment en faveur de l'hôpital et du secteur médico-social : largement attendues, ces mesures sont tout simplement méritées.

L'investissement de 2 milliards d'euros dans nos hôpitaux et dans nos EHPAD est également nécessaire et essentiel, même s'il n'épuise bien sûr pas les problématiques auxquelles est confronté notre système de santé : le travail se fera sur la durée.

Enfin, le groupe Agir ensemble, particulièrement attaché à la loi relative au grand âge et à l'autonomie, regrette très fortement son abandon. Nous notons toutefois les avancées

inscrites dans le PLFSS concernant le renforcement de la branche autonomie, créée en 2020 à l'initiative de la majorité. Je pense notamment au tarif plancher de 22 euros par heure pour les services à domicile, au renforcement de la présence de médecins coordonnateurs et d'infirmières de nuit au sein de nos EHPAD, ainsi qu'à l'enveloppe de 20 millions d'euros visant à en faire des centres de ressources territoriaux – car c'est aussi par des politiques territoriales que nous pourrions améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Pour toutes ces raisons, le groupe Agir ensemble soutiendra le PLFSS pour 2022.

M. Michel Zumkeller (UDI-I). Le groupe UDI et indépendants constate avec inquiétude que les comptes de la sécurité sociale se maintiennent à un niveau jamais atteint auparavant : le déficit pour 2021 s'établit à 34 milliards d'euros et la dette sociale culmine à 166 milliards.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes vous a alertés sur l'indispensable retour à l'équilibre des comptes, au risque qu'une partie des prestations sociales versées aujourd'hui repose sur les générations futures. Elle ajoute même qu'il existe un risque de voir le déficit dépasser de manière permanente les 10 milliards d'euros à partir de 2024.

Notre groupe considère qu'il n'est pas responsable de faire reposer les politiques de santé publique d'aujourd'hui sur les épaules de nos enfants.

Dans le détail, nous considérons qu'il faut s'engager plus fortement dans le virage domiciliaire : c'est une aspiration des patients et des personnes âgées autant qu'une nécessité afin de permettre un allègement de nos EHPAD et de nos hôpitaux.

De la même manière, nous regrettons l'insuffisance des politiques de prévention et de dépistage, qui participent d'un renforcement de la qualité des soins. Nous sommes ainsi très attachés aux travaux sur les perturbateurs endocriniens et aimerions que tout cela apparaisse dans ce type de texte.

Il en va de même de la lutte contre la fraude aux prestations sociales, thème qui nous semble important – il serait utile de discuter des pistes que trace l'excellent rapport de nos collègues Patrick Hetzel et Pascal Brindeau sur ce sujet – ou de la biométrie – dont on ne nous dira plus qu'elle est impossible à mettre en œuvre, maintenant qu'on a été capable de finaliser en trois mois un QR code pour le passe sanitaire.

Concernant l'organisation de notre système de santé, nous sommes très attachés à une plus grande décentralisation et défendons ainsi l'idée d'un ORDAM, un objectif régional de dépenses d'assurance maladie qui permettrait d'être plus proche des territoires. Nous regrettons également l'absence de mesures visant à lutter contre les déserts médicaux.

Tels sont les sujets que notre porte-parole de groupe Valérie Six et nous nous attacherons à développer tout au long de l'examen de ce PLFSS.

M. Charles de Courson (LT). L'examen de ce PLFSS nous amène à un triste constat : les budgets des régimes de sécurité sociale de base et du FSV sont structurellement déficitaires, à hauteur de 22,6 milliards d'euros selon les estimations pour 2022.

Bien entendu, la branche maladie demeure la plus gravement touchée. Hors mesures liées à la crise sanitaire, son déficit reste à un niveau élevé en 2022 : 14,8 milliards d'euros.

Cela continuera dans les années à venir, avec 13,7 milliards en 2023 et 14,8 milliards en 2024 et 2025, d'après les prévisions gouvernementales. On voit donc apparaître une forme d'effet cliquet.

L'ONDAM est quant à lui fixé à 236,3 milliards, après avoir atteint 237 milliards en 2021, soit une baisse apparente de 0,6 %. Mais, comme pour le projet de loi de finances, il faut se méfier du trompe-l'œil budgétaire : hors dépenses d'urgence et de soutien, l'ONDAM progresse en fait de 3,8 % par rapport à l'exercice 2021. Cela s'explique par la croissance des dépenses de santé ainsi que par les mesures annoncées dans le cadre du « Ségur », dont une partie est reconductible.

Les perspectives d'évolution laissent craindre un accroissement continu de la dette sociale. La branche famille est certes excédentaire, mais cela témoigne surtout du peu d'ambition de la politique familiale du Gouvernement alors que la situation démographique française se dégrade. La branche autonomie, elle, qui n'est toujours pas financée, est donc amenée à être déficitaire dès sa première année, à hauteur de presque un milliard d'euros.

Le déficit structurel de la branche retraite, tout compris, y compris le FSV, dépasse les 6 milliards d'euros tant en 2020 qu'en 2021, et s'établirait à 4,1 milliards d'euros en 2022. Faute d'une réforme structurelle, le déficit devrait se monter, d'après les prévisions gouvernementales, à 7,9 milliards d'euros en 2025, soit une dérive de 1,3 milliard par an. Une telle réforme est donc devenue incontournable et devra donc être engagée par le prochain gouvernement.

Quelles économies opère donc le présent PLFSS afin de ramener nos comptes sociaux à l'équilibre ?

S'agissant du financement de la dette sociale, la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a déjà organisé par anticipation un nouveau transfert de la dette de la sécurité sociale à la CADES, à hauteur de 136 milliards d'euros, dont 92 milliards au titre des déficits prévisionnels pour 2020, 2021, 2022 et 2023.

On va à la dérive. Si le dossier de presse relatif au PLFSS, en présentant page 40 l'évolution du déficit entre 2008 et 2024, laisse à penser que tout s'arrange, ce n'est qu'une illusion. Le ministère des solidarités et de la santé et le ministère chargé des comptes publics évoquent un déficit cumulé de 92 milliards au titre des déficits de 2020 à 2023 liés à la crise, mais si l'on additionne les soldes de toutes les branches pour ces quatre années, on obtient un déficit de 109,5 milliards, soit une différence de 17,5 milliards.

Dans son rapport sur l'application des LFSS, la Cour des comptes a relevé que le plafond sera insuffisant et ne permettra pas de couvrir les déficits. Faut-il donc prévoir un nouveau dispositif pour poursuivre le transfert des déficits à la CADES à hauteur de ces 17,5 milliards d'euros ?

M. Alain Bruneel (GDR). Pour le dernier PLFSS de la législature, il aurait été souhaitable de répondre aux besoins exprimés par les populations, en particulier ceux que la pandémie a fait émerger. Ainsi, le service public du médicament aurait eu sa place dans le débat.

Sur les 136 milliards d'euros de dette sociale repris par la CADES, outre 92 milliards nouveaux et 31 milliards du passé, l'État reprend la dette des hôpitaux publics à hauteur de 13 milliards. Il la fait payer par les autres : c'est facile !

En outre, l'État ne compense pas totalement les exonérations de charges sociales.

Nous déplorons l'abandon de la loi sur le grand âge, qui avait été précédée d'un excellent rapport, tant les besoins en la matière sont évidents.

Je suis donc très réservé sur ce PLFSS qui manque l'occasion d'aborder nombre de sujets majeurs, y compris certains qui ont été oubliés par le « Ségur » : si les personnels médico-sociaux ont été entendus parce qu'ils se sont fortement mobilisés, de nombreuses professions ne l'ont pas été, comme les sages-femmes ou les infirmiers de bloc opératoire. Je pense aussi au forfait hospitalier ou encore à la pénurie de médecins. Il fallait au moins poser les problèmes.

M. Jean-René Cazeneuve. Je trouve le propos de Mme Louwagie sur les déserts médicaux un peu fort de café : si, entre 2007 et 2012, la majorité avait supprimé le *numerus clausus*, nous aurions suffisamment de médecins aujourd'hui !

Prétendre que nous n'avons rien fait est absolument faux. Nous avons supprimé le *numerus clausus*. Certes, la pénurie de médecins va durer encore cinq ou six ans : nous payons le fait que la décision n'a pas été prise il y a plusieurs années. C'est un fait incontestable.

Et en attendant que la suppression du *numerus clausus* produise ses effets, nous avons pris de très nombreuses mesures : cumul emploi-retraite, création des assistants médicaux, temps médical libéré en confiant de nouvelles responsabilités aux pharmaciens et aux infirmières, télémédecine, maisons de santé...

M. Jean-Paul Dufrègne. Nous regrettons amèrement l'absence d'une réforme d'ampleur en faveur de l'autonomie.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et l'autonomie, qui crée une branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, devait être complétée par une réforme sur le grand âge. Maintes fois annoncée et maintes fois reportée, celle-ci ne verra finalement pas le jour sous ce quinquennat, l'exécutif l'estimant trop coûteuse.

Nous l'avions dénoncé l'année dernière : la création de la branche autonomie ne s'est pas accompagnée des financements suffisants pour faire face aux besoins, estimés dans le rapport de M. Libault de mars 2019 à 6 milliards d'euros supplémentaires par an à partir de 2024 et 9 milliards à compter de 2030. Les dépenses en faveur de l'autonomie se montent à 34,2 milliards dans le présent PLFSS, en hausse de 2 milliards, soit 6 %, par rapport à 2021. Ces dépenses sont en grande partie absorbées par les revalorisations consécutives au « Ségur » au profit du secteur médico-social.

Faute d'une réforme d'envergure, le Gouvernement se contente d'inscrire quelques mesures annoncées par le Premier ministre le 23 septembre au profit des EHPAD et de l'aide à domicile : l'instauration d'un tarif horaire plancher national à 22 euros pour le financement des services d'aide à domicile par les départements, pour un coût de 260 millions d'euros ; un plan de recrutement de personnel soignant dans les EHPAD ; la généralisation de la présence d'infirmières de nuit d'ici à 2023 ; le renforcement de la présence de médecins coordonnateurs.

Ces mesures vont évidemment dans le bon sens, mais elles ne reprennent qu'un minuscule échantillon des 175 recommandations du rapport de M. Libault ou des préconisations du rapport d'information sur les EHPAD de Caroline Fiat et Monique Iborra. Elles sont loin d'être à la hauteur, alors que les besoins de recrutement sont estimés à

200 000 postes dans les EHPAD et 100 000 postes dans le secteur de l'aide à domicile dans les dix prochaines années.

Une réforme d'ampleur en faveur de l'autonomie est absolument nécessaire.

M. le président Éric Woerth. Les déficits sont abyssaux, il est vrai. Les effets de la crise l'étaient aussi, mais tous les déficits ne lui sont pas dus. Le déficit s'est creusé dans une proportion supérieure de 10 milliards d'euros par rapport à la crise précédente il y a une dizaine d'années : c'est considérable. La période qui a suivi la crise de 2008-2009 avait vu une lente remontée du solde de la sécurité sociale, qui s'est malheureusement brisée sur la crise sanitaire alors que nous étions presque à l'équilibre. La succession de crises risque de poser un problème de déficit structurel de nos régimes.

L'ONDAM progresse très vite, puisque son évolution hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire est de près de 4 % en 2022. Le « Ségur » y pèse très lourd : il représente presque la moitié des dépenses nouvelles pour 2022, avec notamment 10 milliards d'euros pour les rémunérations. Certes les soignants étaient mal payés, mais il faudra des mesures pour absorber ce coût.

Le tarif plancher de 22 euros est une bonne nouvelle pour les personnels des services d'aide à domicile, mais pose une difficulté pour les structures entièrement privées. La profession réclame quelques éclaircissements.

S'agissant toujours de la branche maladie, nous devons nous attendre à une longue convalescence : jusqu'en 2025, le redressement serait très progressif, avec un ONDAM qui resterait élevé. La baisse du chômage permettra peut-être une augmentation de la masse salariale, mais elle est déjà intégrée dans vos prévisions : il faudra donc encore un coup de rein supplémentaire.

Quant à la branche dépendance, mes collègues l'ont dit, la réforme est inachevée. Vous avez construit une façade sans maison derrière. Toutes les dépenses liées à la dépendance ont été réunies au sein d'une même branche mais le sujet de la dépendance n'a pas été traité et ne le sera pas avant la fin du quinquennat. C'est d'ailleurs très difficile, puisque ce ne sont que des coûts supplémentaires. Dont acte, mais ne parlez pas d'une réforme historique : il n'y a rien d'historique là-dedans, vous avez simplement défini une organisation administrative.

S'agissant de la branche vieillesse, elle est désormais chroniquement déficitaire. Vous entérinez un déficit de 7 ou 8 milliards d'euros d'ici 2025. Il faudra absolument le résorber, comme nous l'avons fait à une époque et comme d'autres l'ont fait, car la première exigence pour garantir la justice d'un système de retraite par répartition est évidemment que celui-ci soit financé ; sinon, ceux qui payent aujourd'hui ne recevront pas la pension qu'ils sont en droit d'attendre demain.

Enfin, la CADES récupère un certain nombre de casseroles. Elle qui avait presque atteint le sommet dévise et se retrouve tout en bas de la paroi – sans compter une impasse d'une vingtaine de milliards d'euros qui obligera sans doute à rehausser le plafond de reprise de dette.

Bref, il reste beaucoup de travail, c'est le moins que l'on puisse dire, dans cette période de bascule.

Mme Christine Pires Beaune. Je voulais souligner trois erreurs faites en matière d'action sanitaire et sociale au cours du quinquennat.

D'abord, mais c'est une position personnelle, je regrette qu'on n'ait pas supprimé l'ONDAM. La question de la santé devrait être abordée sous l'angle non pas des dépenses mais des besoins, lesquels peuvent augmenter mais aussi diminuer. Ainsi, on sait que le vieillissement de la population se traduira par une hausse du coût de la dépendance.

Nous aurions dû avoir le courage de revenir sur la tarification à l'acte, qui est unanimement dénoncée. Ce qui a pu sembler une bonne décision à l'époque est aujourd'hui totalement incompris. Certains actes sont sous-facturés, ce qui entraîne des déficits chroniques.

Enfin, je regrette l'abandon de la loi dépendance, que nous attendons depuis quinze ans. Vous nous l'aviez promise – je me souviens des propos de Mme Buzyn en ce sens dans l'hémicycle.

Monsieur le président, pourriez-vous organiser une audition du ministre des solidarités et de la santé consacrée au « Ségur » ? À mes yeux, le « Ségur » est une très bonne chose. Vous souligniez la dépense qu'il crée, certes, mais qui peut dire que les 183 euros par mois d'augmentation pour les personnels de santé ne sont pas justifiés ?

Cette audition ne serait pas consacrée au volet du fonctionnement, même s'il reste des choses à dire sur l'aide à domicile et sur la concurrence qui a été installée entre certains services et l'hôpital, mais concernerait le volet de l'investissement, sur lequel le ministre avait promis de la transparence. Qu'il s'agisse de la récupération de la dette, de l'investissement sanitaire ou de l'investissement médico-social, j'aimerais être informée de ce qui se passe dans nos territoires.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Je rappelle que le projet de loi de financement de sécurité sociale n'a pas vocation à résoudre tous les problèmes en matière de santé. Il s'intéresse au financement, pas à la structuration de l'offre de soins.

Madame Louwagie, s'agissant de la pénurie de médecins, nombre d'avancées ont été faites, notamment avec la stratégie « ma santé 2022 » et les communautés professionnelles territoriales de santé.

Il y a plus de quarante-cinq ans, lorsque j'ai commencé mes études de médecine, il y avait *numerus clausus* et concours. Il a fallu nous attendre pour supprimer le *numerus clausus*. Puisqu'il faut dix ans pour faire des médecins, nous gérons donc la pénurie. Nous le faisons le mieux possible, en libérant du temps médical, en favorisant la mobilisation d'infirmières en pratique avancée, mais ce sont des mesures qui demandent du temps pour produire leur plein effet. Ne nous faites donc pas ce procès.

Monsieur Zumkeller, de grandes associations pour la prévention sont en train de se créer dans les régions – cela a commencé avant la crise. C'est très intéressant. J'ai assisté au premier comité de pilotage dans ma région. La stratégie décennale de lutte contre les cancers prévoit également des actions très importantes en matière de prévention, qui concernent aussi la qualité et l'hygiène de vie, ou le sport, et qui s'accompagnent de financements substantiels, d'après l'Institut national du cancer. Il faut désormais les concrétiser, la stratégie décennale n'ayant été définie qu'en février dernier. Nous y travaillons.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'agissant de la pénurie de médecins, je vous renvoie d'abord au plan « ma santé 2022 », qui a apporté les premières réponses au problème en levant le *numerus clausus* et en améliorant l'attractivité de certaines spécialités – le recrutement de médecins du travail par exemple reste difficile. C'était l'un des objets de

la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail de Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean.

Nous avons aussi cherché à donner de l'autonomie aux infirmiers – Jean-Louis Bricout a évoqué les infirmiers anesthésistes. Les infirmiers en soins généraux ont connu des évolutions sans précédent au cours de ce quinquennat. La proposition de loi de Stéphanie Rist, en développant la pratique avancée, leur a donné beaucoup plus de responsabilités.

Le temps médical a été allongé grâce à la création des assistants médicaux. Nous essayons de rendre le métier plus attractif, car les incitations fiscales ne suffiront pas à convaincre les médecins de revenir s'installer dans les territoires. Les collectivités sont très mobilisées, parfois presque trop, pour attirer des médecins et le succès n'est pas suffisamment au rendez-vous. C'est la raison pour laquelle, dans le PLFSS, la télésurveillance devient une procédure de droit commun afin d'éviter à ceux qui n'ont pas de médecin à proximité de faire des kilomètres. Cela représente des économies pour la sécurité sociale, puisque ce sont autant de véhicules sanitaires qui ne sont pas utilisés, et cela peut aider à pallier certains manques dans les territoires.

Comme l'a rappelé Jean-René Cazeneuve, ce sont les mesures issues de « ma santé 2022 » qui nous aideront à augmenter le nombre de praticiens. Nous avons un mur face à nous, nous devons tenir jusqu'en 2025 ; selon les prévisions, cela ira mieux ensuite. En attendant, nous cherchons des solutions.

En ce qui concerne la politique de natalité, je souhaite rappeler quelques-unes de nos réalisations. D'abord, après la prestation d'accueil du jeune enfant, à travers PAJEMPLOI +, ce sont les crédits d'impôt qui bénéficient désormais de la contemporanéisation, ce qui réduit considérablement le reste à charge pour les familles. Il y a aussi le congé paternité d'un mois ou le service public des pensions alimentaires, grâce auquel les femmes seules perçoivent systématiquement la pension qui leur est due. C'est une mesure qui relève de la politique familiale et à laquelle nous attachons de l'importance.

Monsieur Hammouche, nous partageons votre objectif en matière de soins palliatifs. Le ministre des solidarités et de la santé a annoncé un grand plan dans ce domaine. Nous serons très attentifs aux moyens qui seront engagés pour garantir un meilleur maillage territorial.

Monsieur Bricout, en attendant le rapport de l'IGAS, les infirmiers anesthésistes, comme tous les personnels de l'hôpital et tous les personnels médico-sociaux, ont bénéficié, grâce au « Ségur de la santé », d'une augmentation de salaire. Tout de même : 183 euros nets par mois, je n'ai jamais vu cela en vingt ans dans le secteur privé ! On peut dire que ce n'est pas assez, mais ce n'est pas rien. Il s'agit vraiment d'un effort important. Puisque Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, a été cité, sachez que selon lui, les politiques se sont servis depuis vingt ans de la stagnation des salaires des soignants pour essayer d'équilibrer les comptes. Nous, nous avons fait un autre choix.

Cette action a commencé au début du quinquennat. Nous nous sommes attaqués à la tarification à l'activité (T2A) – elle n'est plus celle que nous connaissions il y a quatre ans. Nous avons commencé à la faire évoluer, notamment en psychiatrie. Mais nous ne pouvons pas révolutionner du jour au lendemain le modèle économique de nos hôpitaux : nous le faisons progressivement, mais avec détermination.

Monsieur Zumkeller, s'agissant de la fraude, les organismes sociaux ont désormais un meilleur accès aux données bancaires. Comme l'a dit notre collègue sénatrice Nathalie Goulet, la fraude est souvent le fait des entreprises. Le directeur général de l'ACOSS était donc ravi de cette mesure, qui aidera vraiment à récupérer des sommes et à lutter contre la fraude. C'est une avancée importante qui s'inscrit dans la continuité de ce que nous faisons depuis quatre ans pour essayer de rendre leur argent aux Français.

Quant à la régionalisation de la santé, on peut se réjouir que les agences régionales de santé, malgré toutes les critiques qui leur ont été adressées, aient été là au plus fort de la crise, notamment pour organiser les déplacements de malades entre les régions.

Monsieur de Courson, un ONDAM à 2,7 % hors « Ségur » est tout de même d'un niveau exceptionnel, au-delà des 2,4 % prévus dans le plan que nous avons négocié avec tous les partenaires de santé.

Ce n'est pas forcément le moment de faire des économies, en tout cas pas sur la branche maladie, qui représente 80 % des déficits, ni sur les salaires, puisque nous comblons vingt ans de non-indexation des salaires des personnels de l'hôpital. Pour autant, certaines mesures permettront de faire des économies. Ainsi, nous avons pris le virage ambulatoire, et nous continuons : les lits serviront à de l'hospitalisation à la journée plutôt qu'à de l'hospitalisation longue. Nous poursuivons l'expérimentation des hôtels hospitaliers qui permettent à des personnes d'être surveillées à proximité des hôpitaux sans y être hospitalisées, ce qui induit de réelles économies. Bref, nous n'avons pas renoncé à faire des économies.

Quant à la CADES, monsieur le président, faut-il aujourd'hui la recharger ? Je ne le crois pas. Avons-nous eu raison de le faire en 2020 ? Oui, pour deux raisons : nous en avions besoin, car nous avions anticipé le déficit de 92 milliards d'euros que nous avions à gérer, et nous l'avons fait suffisamment tôt pour que la caisse conserve sa bonne signature afin de revenir sur les marchés aussi forte que lorsqu'elle avait commencé à s'en effacer. La CADES continue à investir dans des *social bonds*, des investissements socialement responsables, ce qui n'est pas sans importance en matière de santé.

Quant à la réforme des retraites, elle est nécessaire, c'est évident. Le rapport du Conseil d'orientation des retraites montre que le déficit du régime général s'accroît – ce qui n'est pas tout à fait le cas de tous les régimes de retraite complémentaires. Comme le Président de la République l'a redit, la réforme est donc nécessaire et permettra également de soutenir la croissance. Nous avons besoin d'un volume de travail plus important, qui sera bénéfique aussi en termes de dette sociale.

Toutefois, nous ne sommes pas encore totalement sortis de la crise. Ce n'est donc pas le moment, d'autant que nous avons vu en 2017 la difficulté à faire accepter une telle réforme. La question mérite d'être tranchée lors de l'élection présidentielle et nous commençons d'ailleurs à la voir surgir dans le débat.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. S'agissant du service public du médicament, monsieur Bruneel, soit l'on fait le choix de l'économie administrée, soit l'on passe par des incitations. Le PLFSS contient des mesures incitatives pour favoriser la relocalisation de certains produits – dans le département de Mme Motin, une nouvelle usine va fabriquer des éléments entrant dans la composition du paracétamol – et la disponibilité du médicament auprès des distributeurs – des financements sont prévus pour conserver des stocks de certains médicaments. Le Président de la République a présenté sa vision devant le Conseil

stratégique des industries de santé. Elle a été bien accueillie par l'industrie du médicament, ce qui est une première, car elle répond à de vrais besoins.

Enfin, monsieur Hammouche, vous avez raison sur l'importance des soins palliatifs – je le dis en tant que défenseur du droit à mourir dans la dignité. Olivier Véran a annoncé qu'il y aurait au moins un service de soins palliatifs par département à l'horizon 2024, et 171 millions d'euros y seront consacrés.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'agissant de l'autonomie, le PLFSS n'est pas muet. Nous aurions tous voulu avoir le temps d'adopter un texte sur l'autonomie et le grand âge, mais nous ne l'avons pas.

En matière de financement, nous prenons nos responsabilités. M. Libault a fait un très beau rapport, mais qui coûte très cher. Il faut donc trouver des solutions et les soumettre au débat public pour savoir qui va payer la solidarité. Cette année, près de 35 milliards d'euros seront consacrés à la branche autonomie : ce n'est pas rien !

M. le président Éric Woerth. Le financement de la dépendance est le sujet clef depuis douze ans. Tous les gouvernements s'y sont heurtés. Quant aux salaires des personnels soignants, ils ont évolué comme ceux des fonctionnaires, ni plus ni moins.

Ce qui peut vous être reproché, c'est de n'avoir prévu aucune recette pour financer la hausse de salaires. Augmenter les gens sans se préoccuper des ressources est à la portée de tout élève du cours préparatoire. C'est pour le moins léger.

EXAMEN DES ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} non modifié.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 non modifié.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de la première partie non modifiée.

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3 : *Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la COVID-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 3 non modifié.

Article 4 : *Allègement de la contribution sur la « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 4 non modifié.

Article 5 : *Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la LFSS pour 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 5 non modifié.

Article 6 : *Transferts financiers entre branches en 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6 non modifié.

Article 7 : *Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 7 non modifié.

Article 8 : *Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 8 non modifié.

Article 9 : *Rectification de la dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9 non modifié.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de la deuxième partie non modifiée.

TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre I^{er}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 10 : *Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10 non modifié.

Article 11 : *Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11 non modifié.

Article 12 : *Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 non modifié.

Chapitre II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13 : *Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13 non modifié.

Article 14 : *Réforme du régime social du conjoint collaborateur*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14 non modifié.

Chapitre III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15 : *Modification du droit de communication pour optimiser les investigations*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15 non modifié.

Chapitre IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16 : *Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé*

Amendement CF10 du rapporteur pour avis.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Il s'agit de la clause de sauvegarde, qui permet à la sécurité sociale de récupérer une partie des sommes excédentaires lorsqu'il y a des dépassements trop importants concernant un médicament ou un dispositif médical. Lorsque cela se produit, ce qui n'a pas été le cas l'année dernière, je propose que l'assurance maladie analyse dans les trois mois les facteurs qui expliquent ces dépassements. En effet, l'augmentation des dépenses n'est pas forcément due au produit lui-même et peut dépendre d'éléments extérieurs. Nous devons assurer cette transparence vis-à-vis des industriels.

La commission adopte l'amendement CF 10 (amendement 551).

Elle adopte l'article 16 modifié.

Après l'article 16

Amendement CF9 de la rapporteure pour avis.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Il vise à permettre aux organismes complémentaires d'appliquer le bon taux de CSG et de contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) aux indemnités journalières, aux rentes d'invalidité et aux pensions qu'elles versent. La situation des bénéficiaires est en effet variable : ils sont soumis tantôt aux conditions de droit commun, tantôt à un taux allégé, et sont même parfois exonérés. Les institutions visées disposent déjà de l'information, mais seulement au titre des retraites complémentaires ; l'objectif de l'amendement est de leur permettre de l'utiliser dans tous les cas et plus facilement.

La commission adopte l'amendement CF9 (amendement 550).

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 17 : *Transferts financiers pour 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17 non modifié.

Article 18 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 18 non modifié.

Articles 19 et 20 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 19 et 20 non modifiés.

Article 21 : *Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21 non modifié.

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 non modifié.

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 non modifié.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de la troisième partie modifiée.

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er}

Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24 : *Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24 non modifié.

Article 25 : *Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25 non modifié.

Article 26 : *Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex OQN et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26 non modifié.

Article 27 : *Évolution des activités des hôpitaux des armées*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27 non modifié.

Article 28 : *Isolement et contention*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28 non modifié.

Chapitre II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29 : *Revalorisations salariales dans le secteur médico-social*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29 non modifié.

Article 30 : *Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 30 non modifié.

Article 31 : *Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31 non modifié.

Article 32 : *Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 non modifié.

Chapitre III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33 : *Rénover la régulation des dépenses de produits de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33 non modifié.

Article 34 : *Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 non modifié.

Article 35 : *Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35 non modifié.

Article 36 : *Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 non modifié.

Article 37 : *Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37 non modifié.

Article 38 : *Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38 non modifié.

Article 39 : *Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 non modifié.

Chapitre IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40 : *Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 non modifié.

Article 41 : *Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectués par les masseurs-kinésithérapeutes*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41 non modifié.

Article 42 : *Généralisation d'expérimentations en santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 42 non modifié.

Article 43 : *Prolongation de l'expérimentation haltes soins addictions*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 43 non modifié.

Article 44 : *Extension de la gratuité de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 44 non modifié.

Article 45 : *Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 45 non modifié.

Après l'article 45

Amendement CF3 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Cet amendement, ainsi que les trois suivants, découle du travail que j'ai réalisé dans le cadre du printemps de l'évaluation sur le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Un certain nombre des dépenses en question sont couvertes non par l'aide médicale de l'État (AME) mais par des dispositifs de droit commun. J'évalue le coût total des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière à 1,5 milliard d'euros : un milliard au titre de l'AME, inscrits dans la mission *Santé* du projet de loi de finances, et 500 millions au titre des autres dispositifs.

L'amendement CF3 vise à éviter que certaines personnes soient placées sans nécessité dans le régime de la protection universelle maladie (PUMA). Les personnes étrangères en situation régulière bénéficient de la PUMA. Si leur séjour n'est plus régulier mais qu'elles restent en France, elles ne basculent pas tout de suite dans l'AME : elles continuent à dépendre de la PUMA pendant six mois. L'objectif de cette disposition est d'éviter que les personnes demandant le renouvellement d'un titre de séjour ne basculent à tort dans l'AME, compte tenu des délais administratifs très longs pour obtenir un nouveau titre, pour revenir ensuite dans le champ de la PUMA. Toutefois, il n'est pas normal qu'un grand nombre de personnes qui ne demandent pas le renouvellement de leur titre de séjour continuent à bénéficier de la PUMA : celles-là doivent basculer immédiatement dans l'AME.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Avis défavorable. Cela créerait une rupture d'égalité. Par ailleurs, les personnes visées sont dans une situation intermédiaire, car on ne sait pas si elles vont demander ou non un renouvellement de leur titre de séjour. Elles peuvent prendre le temps de la réflexion, voire tout simplement ne pas être au courant qu'elles doivent le faire. Certes, elles reçoivent un courrier qui les prévient que leurs droits à la PUMA vont s'arrêter, mais elles n'ont pas forcément accès à toute l'information. En outre, la prolongation des droits à la PUMA permet d'opérer la transition vers l'AME. Il est important de la conserver, sans la conditionner à la fourniture de documents qui parfois pose problème, même si l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) a fait des progrès considérables dans le traitement des dossiers. Les associations d'aide aux étrangers sont elles aussi très sollicitées à ce sujet, et les demandes de titre de séjour ne sont pas forcément instantanées.

Mme Véronique Louwagie. Il ne s'agit pas de priver ces personnes de tout dispositif de soins : je propose qu'elles basculent dans l'AME. À partir du moment où une personne est en situation régulière mais ne sollicite pas le renouvellement de son titre de séjour, elle se met d'elle-même, de manière volontaire, en situation irrégulière.

Vous m'opposez le principe d'égalité. Or l'égalité n'est pas l'uniformité : ce principe n'interdit nullement de traiter différemment des situations différentes.

Mme Stella Dupont. Le principe de réalité s'impose aussi à nous : garantir l'accès aux soins ne sert pas qu'à préserver la santé individuelle des personnes concernées, mais répond aussi à un enjeu de santé publique. En effet, il s'agit de personnes extrêmement précaires, souffrant parfois de pathologies lourdes et très contaminantes, telle la tuberculose.

Par ailleurs, le basculement d'un régime à l'autre ajouterait encore aux difficultés des établissements de santé. Cela deviendrait une usine à gaz. Il faut donc en rester à l'existant.

M. le président Éric Woerth. Il doit être possible de trouver un équilibre entre l'ouverture à tous vents et la fermeture complète : c'est ce que recherche Mme Louwagie. Si des personnes trouvent le moyen de demander un certain nombre de droits, c'est bien qu'elles disposent d'un minimum d'informations. Quand il s'agit d'obtenir des droits, on a toujours l'information ; par la suite en revanche, on n'est jamais au courant de rien !

M. Brahim Hammouche. Le parcours administratif de ces personnes est souvent très difficile, épuisant – un véritable parcours du combattant. Il faudrait sécuriser et faciliter les choses.

Vous avez dit, madame Louwagie, que certaines d'entre elles se plaçaient volontairement en situation irrégulière. Dans la réalité, on peut se trouver pris malgré soi dans une nasse administrative. Parfois aussi, ces personnes ont subi des traumatismes qui peuvent entraîner des troubles y compris cognitifs, et ont besoin d'un accompagnement pour s'organiser et planifier les choses.

La commission rejette l'amendement CF3.

Amendement CF2 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Certaines personnes entrent en France avec un visa de tourisme de trois mois et restent sur le territoire après son expiration sans demander le renouvellement de leur titre de séjour. Or elles bénéficient de la PUMA pendant six mois supplémentaires, ce qui leur garantit une couverture maladie semblable à celle de la majorité des Français. Je considère que ces personnes doivent basculer dans l'AME à l'expiration de leur titre de séjour.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Avis défavorable. Le principe de solidarité qui régit notre sécurité sociale – laquelle n'est pas uniquement contributive, comme le montre par exemple le financement de trimestres de retraite par le Fonds de solidarité vieillesse – interdit de cesser brutalement la prise en charge de soins. Cela pourrait placer dans une situation difficile non seulement les patients, mais aussi les professionnels et établissements de santé, qui n'auraient pas la certitude de pouvoir recouvrer les sommes dues au titre des soins dispensés. Comme l'a très justement rappelé Stella Dupont, il est heureux que les personnes qui ont des pathologies lourdes soient prises en charge : il ne faudrait pas que la limitation dans le temps de leur prise en charge empêche qu'elles soient soignées.

Enfin, il n'est pas simple de passer de la PUMA à l'AME : des allers-retours comme ceux qui découleraient de vos amendements complexifieraient encore les choses, aussi bien pour les bénéficiaires que pour les personnels soignants et les associations qui suivent les étrangers au quotidien.

M. le président Éric Woerth. Nous ne sommes pas le seul pays à subir une forte immigration : comment fait-on ailleurs ? L'enjeu n'est pas seulement d'ordre administratif, il y va de l'accès aux droits et d'un éventuel appel d'air. Quant aux risques sanitaires, je n'ai pas noté la recrudescence des épidémies dans les autres pays qui accueillent à peu près les mêmes ressortissants.

M. Patrick Hetzel. Pour éviter ces risques de santé publique, un certain nombre de pays donnent accès à des dispensaires. Entre cette solution et la très grande ouverture qui est la nôtre, il y a évidemment une différence. L'amendement de Mme Louwagie me semble donc tout à fait pertinent.

En ce qui concerne les fraudes, nous avons déposé un certain nombre d'amendements, qui ont systématiquement été considérés comme irrecevables. Cela pose vraiment problème : à quel moment la majorité nous laissera-t-elle aborder la question ? L'année dernière, une commission d'enquête, que j'ai eu l'honneur de présider, a travaillé sur cet enjeu et a formulé des propositions. Or c'est toujours le silence radio. La manière dont la majorité refuse de se saisir de la question est en elle-même très révélatrice.

Mme Véronique Louwagie. Mes amendements ne visent pas du tout à exclure ces personnes de tout dispositif de soins : je demande simplement qu'elles basculent dans l'aide médicale de l'État. Nous avons onze dispositifs destinés à couvrir les soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Il serait vraiment temps de clarifier les choses.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'il s'agissait de clarifier les choses, nous pourrions nous entendre, mais vous proposez en réalité de limiter l'accès de ces personnes aux soins.

En ce qui concerne l'irrecevabilité financière des amendements, monsieur Hetzel, la beauté du mode de fonctionnement de notre assemblée tient justement au fait que ce n'est pas la majorité qui la prononce, mais l'opposition.

M. le président Éric Woerth. Cette conception de la vie politique me semble assez datée : l'irrecevabilité, qu'elle soit financière ou à un autre titre, est prononcée non pas parce que l'on est de droite ou de gauche, mais parce que l'on essaie d'exercer correctement sa mission, dans le respect des textes constitutionnels. Ne voyez pas de la politique partout.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous sommes d'accord sur le fait que la Constitution s'impose à nous tous. J'apportais simplement une précision en réponse à des reproches infondés.

M. Charles de Courson. Fort heureusement, nous soignons tout le monde. Mme Louwagie pourrait-elle préciser à la commission quelles seraient les conséquences de ses amendements du point de vue des soins prodigués ? Autrement dit, quelle serait la différence, en termes de soins reçus, pour les personnes qui sortiraient de la protection maladie universelle ?

Mme Véronique Louwagie. Ces personnes basculeraient dans le dispositif de l'AME de droit commun, qui offre une couverture santé équivalente à la PUMA et à la

complémentaire santé solidaire – certes avec quelques restrictions, mais très modiques. En effet, comme le soulignent les rapports de l'IGAS, la France est l'un des pays le plus généreux en la matière.

Ce que je souhaite, c'est apporter de la clarification. Il s'agit d'une question qui crispe les Français, et nous devons y apporter une réponse. J'évalue la somme en jeu à 1,5 milliard d'euros – tout en sachant que je n'ai pas eu les moyens d'évaluer les dix dispositifs inscrits dans le budget de la sécurité sociale : j'ai eu principalement accès aux dépenses dépendant de la mission *Santé*. Il faut clarifier les choses, car de nombreuses personnes en situation irrégulière bénéficient de la PUMA.

Mme Stella Dupont. Monsieur Hetzel, notre système présente de fortes similitudes avec ce que l'on observe ailleurs dans le monde, en particulier en Europe. Nous aussi avons des centres de santé ouverts aux sans-abri, dans lesquels les étrangers peuvent se faire soigner avant d'être orientés vers l'hôpital si nécessaire.

La proposition qui nous est faite accentuerait largement la difficulté administrative pour les établissements de santé.

N'oublions pas non plus que notre système est plus transparent que celui, par exemple, de l'Allemagne : dans notre budget, des crédits clairement identifiés sont dédiés à l'AME. Il n'en va pas de même à l'étranger, ce qui rend les comparaisons extrêmement difficiles.

La commission rejette l'amendement CF2.

Amendement CF1 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Un décret de décembre 2019 a ramené de douze à six mois la durée maximale de la prolongation du bénéfice de la PUMA pour une personne qui est sortie d'une situation régulière ; elle bascule ensuite dans l'AME. De fait, le délai de douze mois était trop long. Or il y a une incohérence, car ce délai est toujours inscrit dans l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale. Je vous propose donc de le remplacer par un délai de six mois. Cela éviterait en outre qu'il suffise d'un décret pour le rallonger de nouveau.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Qui peut le plus peut le moins. La loi encadre le dispositif en prévoyant un délai maximum d'un an, le décret le fixe à six mois : il ne faut pas y voir une incohérence, juste le fait qu'il puisse être intéressant de conserver un peu de marge de manœuvre. Ce n'est pas parce qu'il est possible d'accorder des droits pendant un an que l'on est obligé de le faire : cela dépend des situations. C'est aussi une manière de laisser le temps à l'administration de faire son travail et de permettre aux gens de régulariser leur situation dans un délai raisonnable. L'OFPRA a fait un travail remarquable pour réduire les délais d'instruction, en s'appuyant d'ailleurs sur un texte adopté au début du quinquennat. Avis défavorable.

M. Charles de Courson. Le décret a maintenu des possibilités de dérogation jusqu'à un an, conformément à la loi. Pourriez-vous nous dire combien de personnes voient leurs droits prolongés au-delà de six mois ?

Mme Véronique Louwagie. Je n'ai plus le chiffre en tête, mais je vous le communiquerai : il figure dans mon rapport.

La commission rejette l'amendement CF1.

Amendement CF4 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Quand un demandeur d’asile arrive en France, il bénéficie pendant les trois mois qui suivent l’enregistrement de sa demande du dispositif de l’AME « soins urgents ». Durant la période d’instruction de la demande d’asile, il bénéficie de la PUMA. En cas d’avis favorable, il continue à dépendre de ce régime ; en cas d’avis défavorable, et s’il reste en France, il bascule vers l’aide médicale de l’État. Or un grand nombre de demandeurs d’asile viennent de pays d’origine sûrs. Autrement dit, ils ont très peu de chances d’obtenir l’asile. Pour la Moldavie par exemple, sur 1 490 demandes d’asile en 2020, 1 476 ont été rejetées ; en 2019, on a compté une admission sur les 419 décisions rendues.

Je propose donc que les demandeurs d’asile venant de pays sûrs passent directement dans le dispositif de l’aide médicale de l’État : il n’y a aucune raison que ces personnes bénéficient pendant dix-huit mois de l’assurance maladie gratuite. Cette mesure permettrait de lutter contre les demandes d’asile de complaisance.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Je ne partage pas votre vision. Certes, l’OFPPA utilise le critère des pays sûrs pour déterminer si une demande doit être satisfaite ou pas, mais cela n’a aucun lien avec la question qui nous occupe, à savoir la continuité de la prise en charge des patients et, le cas échéant, la transition vers d’autres modes de prise en charge, notamment l’AME, qui s’accompagne d’ailleurs d’une diminution des droits, comme vous l’avez indiqué. Pour ma part, je ne crois pas que les gens qui viennent en France le fassent par plaisir et pour bénéficier pendant dix-huit mois de la PUMA, y compris quand ils sont originaires de Moldavie. En tout cas, nous nous refusons à accréditer un tel discours. Avis défavorable.

M. Charles de Courson. Au-delà des pourcentages de rejet des demandes d’asile pour les ressortissants de pays sûrs, il serait intéressant de savoir ce que deviennent ces personnes. Notre drame, c’est que notre procédure de demande d’asile est complètement enclavée – elle prend des mois et des mois – et que les personnes à qui l’on refuse l’asile restent en France : 90 % des arrêtés d’expulsion restent non exécutés, en partie faute de conventions bilatérales avec les pays d’origine. Ce système est fou, et il pousse une partie de nos concitoyens vers les extrêmes.

Mme Stella Dupont. Le sujet est sérieux, effectivement, et il faut avoir à l’esprit un certain nombre d’éléments. En 2019, 30 000 personnes ont été reconduites dans leur pays d’origine, auxquelles s’en ajoutent 10 000 qui sont parties de façon volontaire. Ce n’est pas rien : il y a des arrivées, mais aussi des départs. Par ailleurs, les années 2020 et 2021 ont été exceptionnelles, avec des fermetures de frontières qui ont rendu les reconduites difficiles.

Le Gouvernement travaille avec ses partenaires internationaux pour faciliter les reconduites. L’actualité nous a rappelé que c’était parfois compliqué et qu’en la matière, la diplomatie devait beaucoup œuvrer.

Mme Véronique Louwagie. Il faudrait vraiment réfléchir à la question. Les personnes provenant de pays sûrs savent qu’elles n’obtiendront pas l’asile ; or on leur offre, à travers la PUMA, une couverture santé pendant dix-huit mois. Je ne propose pas de priver ces personnes de tout dispositif de soins, mais considère qu’elles doivent basculer vers l’aide médicale de l’État.

Voilà ce que déclarait M. le ministre des solidarités et de la santé ici même, le 26 mai : « il peut y avoir des problèmes avec certains pays, notamment d’Europe de l’Est : il

faut les regarder avec lucidité ». C'est avec lucidité que je vous présente cet amendement, car rien n'est fait dans ce domaine.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous sommes lucides. Gérard Collomb notamment, lorsqu'il était au Gouvernement, avait pris cette question à bras-le-corps et renforcé les échanges à ce sujet avec certains pays d'Europe de l'Est, pour normaliser nos relations avec eux.

Par ailleurs, nous sommes en période de reprise économique. Les chefs d'entreprise nous disent qu'il va falloir faire venir des travailleurs de l'étranger. Il s'agit là de personnes en situation régulière, je vous l'accorde ; toujours est-il que ce n'est pas en envoyant le signal que les gens ne sont pas les bienvenus que nous pourrions nous en sortir.

M. le président Éric Woerth. Il y a quand même de la marge...

Mme Claudia Rouaux. On ne récolte plus les cocos de Paimpol faute de main-d'œuvre étrangère. En se promenant dans les vignobles, on se rend compte que la plupart des personnes qui font les vendanges viennent de l'étranger. C'est la même chose à Paris, dans les hôtels ou dans les taxis qui circulent la nuit.

Il faut donner la possibilité de travailler à ces gens : c'est ce qu'ils veulent, et de nombreux métiers sont en tension. Je préfère leur donner de l'espoir plutôt que leur dire qu'ils doivent quitter notre pays.

La commission rejette l'amendement CF4.

Chapitre V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46 : *Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46 non modifié.

Article 47 : *Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 47 non modifié.

Article 48 : *Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non salariés agricoles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 48 non modifié.

Article 49 : *Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 49 non modifié.

Article 50 : *Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 50 non modifié.

Article 51 : *Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 51 non modifié.

Article 52 : *Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 52 non modifié.

Article 53 : *Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 53 non modifié.

Après l'article 53

Amendement CF12 de la rapporteure pour avis.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Il s'agit de demander au Gouvernement un rapport sur la manière dont on pourrait améliorer la dématérialisation des arrêts de travail et son extension aux fonctionnaires, à la suite du rapport sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie qui nous avait été remis par la Cour des comptes en application du 2° de l'article 58 de la loi organique relative aux lois de finances.

La commission adopte l'amendement CF12 (amendement 552).

TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54 : *Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 54 non modifié.

Article 55 : *Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 55 non modifié.

Article 56 : *Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous ONDAM 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 56 non modifié.

Article 57 : *Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 57 non modifié.

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 58 **non modifié**.*

Article 59 : *Objectif de dépenses de la branche vieillesse*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 59 **non modifié**.*

Article 60 : *Objectif de dépenses de la branche famille*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 60 **non modifié**.*

Article 61 : *Objectif de dépenses de la branche autonomie*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 61 **non modifié**.*

Article 62 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 62 **non modifié**.*

*Puis elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la quatrième partie **modifiée**.*

*Elle émet un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifié**.*

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

N. B. : les auditions en italique ont été organisées conjointement avec la commission des affaires sociales (MM. Thomas Mesnier, rapporteur général, Cyril Isaac-Sibille et Paul Christophe, Mmes Monique Limon et Caroline Janvier, rapporteurs thématiques).

● Services du Premier ministre

– Haut conseil du financement de la protection sociale : M. Dominique Libault, conseiller d'État, président, directeur général de l'École nationale supérieure de sécurité sociale

– Conseil d'orientation des retraites : MM. Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, président, Emmanuel Bretin, secrétaire général, et Mme Manon Dubois, chargée d'études

– M. Michel Laforcade, inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale

● Administrations centrales

– Direction du budget : Mme Mélanie Joder, directrice

– Direction de la sécurité sociale : MM. Franck von Lennep, directeur

– *Direction générale de l'offre de soins : Mme Katia Julienne, directrice générale*

● Autorités administratives indépendantes

– *Agence nationale de la santé publique : Mmes la professeure Geneviève Chêne, directrice générale, et Marie-Anne Jacquet, directrice générale adjointe*

– *Comité économique des produits de santé : MM. Philippe Bouyoux, président, et Jean-Patrick Sales, vice-président chargé des médicaments, et Mme Catherine Rumeau-Pichon, vice-présidente chargée des dispositifs médicaux*

● Organismes de sécurité sociale

– Agence centrale des organismes de sécurité sociale : M. Yann-Gaël Amghar, directeur général

– Caisse d'amortissement de la dette sociale : M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, président

– Caisse nationale d'assurance maladie : MM. Marc Scholler, directeur comptable et financier et Damien Vergé, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

– Caisse centrale de la mutualité sociale agricole : M. Patrick Cormery, président, Mme Régine Laurence, directrice comptable et financière, et M. Christophe Simon, chargé des relations avec le Parlement

– Caisse nationale d'assurance vieillesse : MM. Gérard Rivière, président, et Renaud Villard, directeur

– *Caisse nationale d’allocations familiales* : Mme Isabelle Sancerni, présidente, et M. Vincent Mazauric, directeur général

– Fonds de solidarité vieillesse : M. Frédéric Favié, président

– Fonds de réserves pour les retraites : Mme Sandrine Lemerey, présidente du conseil de surveillance, et M. Yves Chevalier, membre du directoire

– Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés : M. Didier Weckner, président, Mme Brigitte Pisa, vice-présidente, et M. François-Xavier Selleret, directeur général

● **Organisations professionnelles**

– Fédération hospitalière de France : Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, Cécile Chevance, responsable des finances, et M. Marc Bourquin, conseiller

– Fédération de l’hospitalisation privée * : M. Lamine Gharbi, président, et 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 * : MM. Jean-Christian Sovrano, directeur de l’autonomie, et François Moro, directeur adjoint de l’offre de soins

– Fédération française des centres de lutte contre le cancer : Mme Sophie Beaupère, déléguée générale, et M. Michel Canovas, directeur de cabinet

– Fédération française de l’assurance * : Mme Florence Lustman, présidente, MM. Franck Le Vallois, directeur général, Christian Pierotti, directeur des affaires publiques, Mmes Viviana Mitrache-Rimbault, sous-directrice chargée des affaires parlementaires, et Clémence Heems, chargée de mission

– Centre technique des institutions de prévoyance * : Mmes Marie-Laure Dreyfuss, déléguée générale, et Miriana Clerc, directrice des relations institutionnelles

– Fédération nationale de la mutualité française * : Mme Séverine Salgado, directrice générale, M. Yannick Lucas, directeur des affaires publiques, et Mme Delphine Caron, chargée de mission

– *Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées* * : Mmes Florence Arnaz-Maumé, déléguée générale, et Mme Pauline Meyniel, responsable du pôle médico-social

– *Croix-Rouge française* * : Mme Murielle Jamot, directrice, et M. Clément Morillon, responsable des affaires publiques

– *Organisation des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif* : Mmes Marie Aboussa, directrice du pôle de l’offre sociale et médico-sociale, et Aurélie Sabatier, chargée des relations institutionnelles

– *Fédération nationale pour l'avenir et la qualité de vie des personnes âgées* : M. Didier Sapy, directeur général, et Mme Clémence Lacour, chargée des relations institutionnelles

– *Syndicat des entreprises du médicament ** : MM. Frédéric Collet, président, Philippe Lamoureux, directeur général, Éric Baseilhac, directeur des affaires économiques, et Laurent Gainza, directeur des affaires publiques

– *Syndicat national de l'industrie des technologies médicales ** : Mme Lucile Blaise, membre du conseil d'administration, MM. Éric Le Roy, directeur général, et François-Régis Moulines, directeur des affaires publiques

* Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.