



La sécurité sociale

Synthèse

*Le présent document est
une synthèse destinée à faciliter
la lecture et le commentaire du
rapport de la Cour des comptes.
Seul le texte du rapport lui-même
engage la juridiction.*

Sommaire

	<i>Introduction</i>	3
1	<i>Les comptes</i>	5
	<i>Le déficit du régime général s'est nettement aggravé</i>	8
	<i>Une régulation toujours insuffisante des dépenses d'assurance maladie</i>	11
2	<i>La gestion des organismes du régime général</i>	13
	<i>Stratégies de gestion et outils de pilotage</i>	13
	<i>L'organisation territoriale des branches</i>	14
	<i>La gestion des ressources humaines</i>	16
	<i>La productivité</i>	18
	<i>L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie</i>	20
3	<i>La politique du médicament</i>	22
	<i>L'évaluation médicale</i>	22
	<i>La régulation économique</i>	22
	<i>La régulation des comportements</i>	24
4	<i>Les questions de retraite</i>	26
	<i>La situation des polypensionnés</i>	26
	<i>Les mécanismes de solidarité</i>	26
5	<i>Sommaire et recommandations du rapport</i>	29
	<i>Conclusion générale</i>	40

« *Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport présente, en outre, une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance. Ce rapport est remis au Parlement sitôt arrêté par la Cour des comptes.* » (art. LO 132-3 du code des juridictions financières).
Le présent rapport répond à cette obligation législative : c'est le septième à s'inscrire dans ce cadre.

Il comprend trois parties.

La première partie examine, comme chaque année, les comptes de la sécurité sociale et l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Sont examinés successivement les dépenses, le financement et la qualité des outils, notamment comptables, qui permettent d'établir les comptes de la sécurité sociale. Cette partie se termine par une synthèse de l'activité des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC).

Les autres parties du rapport sont consacrées à des sujets arrêtés chaque année par la Cour en fonction de ses priorités de contrôle.

Cette année, la Cour a choisi de consacrer la deuxième partie du rapport à l'examen de la gestion des organismes des quatre branches (maladie, retraite, famille, recouvrement) du régime général de la sécurité sociale : les stratégies et les outils de pilotage, l'organisation territoriale et fonctionnelle, la gestion des ressources humaines et la problématique de productivité. La productivité doit progresser à l'avenir sous l'effet de deux facteurs : le développement de l'automatisation et de la dématérialisation des procédures et l'accélération des départs en retraite. D'importantes économies en gestion doivent en résulter. L'organisation territoriale et régionale de la santé et de l'assurance maladie est aussi étudiée.

La troisième partie analyse la politique du médicament en examinant de manière globale l'impact des divers mécanismes de régulation sur la maîtrise des dépenses. Ce chapitre met en évidence la complexité et l'efficacité incertaine des dispositifs en place, alors que les économies potentielles sont importantes. Les questions de retraite font l'objet du dernier chapitre du rapport, qui examine la situation des polypensionnés et les mécanismes de solidarité dans les régimes de retraite, leur importance mais aussi leurs limites.

Les comptes

Les chiffres clés (en Md€)

	2002	2003	%
PIB en valeur	1 526,8	1 557,2	2,4
ONDAM voté	112,8	123,5	9,5
ONDAM réalisé	116,7	124,8	6,9
Dépenses vieillesse réalisées	136,1	140,5	3,5
Dépenses famille réalisées	41,8	43,4	3,8
Solde du régime général	- 3,4	- 11,5	
Dont :			
- assurance maladie	- 6,1	- 11,9	
- vieillesse	+ 1,7	+ 0,6	
- famille	+ 1,0	+ 0,2	
Fonds de réserve pour les retraites (solde cumulé)	12,8	16,5	

Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS (en Md€)

Objectifs	Encaissements-décaissements*		Droits constatés	
	2000	2001	2002	2003
Maladie-Maternité-Invalidité	111,4	117,3	125,4	136,4
Accidents du travail	8,4	8,6	8,5	9,4
Vieillesse-Veuveage ⁽¹⁾	122,4	126,6	136,1	140,4
Famille ⁽²⁾	40,2	42,2	42,0	43,6
Total des objectifs de dépense	282,4	294,7	312,0	329,7
ONDAM (rappel)	100,4	105,9	112,8	123,5
Réalisations	2000	2001	2002	2003
Maladie-maternité-invalidité - encaissements- décaissements - droits constatés	114,2 115,4	120,4 121,3	129,6	138,2
Accidents du travail - encaissements- décaissements - droits constatés	8,1 7,9	8,5 8,8	9,3	9,8
Vieillesse-veuveage ⁽¹⁾ - encaissements- décaissements - droits constatés	121,9 125,9	126,9 130,9	136,1	140,5
Famille ⁽²⁾ - encaissements- décaissements - droits constatés	40,3 37,3	41,8 39,2	41,8	43,4
Total des dépenses - encaissements- décaissements - droits constatés	284,5 286,6	297,6 300,0	316,9	331,9
ONDAM (rappel) - encaissements- décaissements - droits constatés	103,0 108,8 108,9	108,8 108,9	116,7	124,8
Pour mémoire : PIB ⁽³⁾	1 420,1	1 475,6	1 526,8	1 557,2

Sources : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale.

(1) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

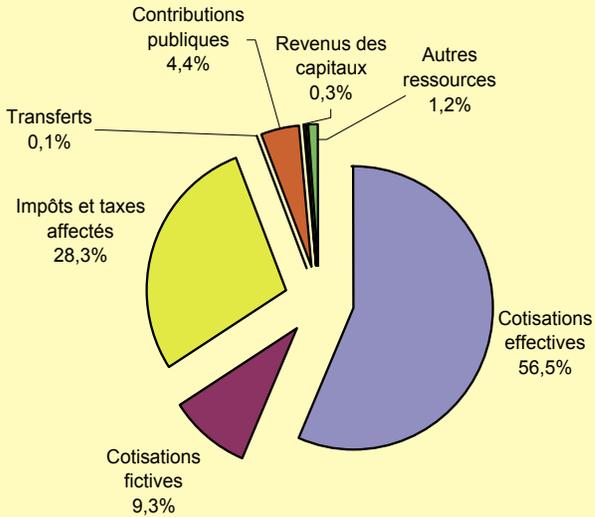
(2) Les dépenses qui apparaissent dans la LFSS au titre de la famille comprennent l'AAH mais n'incluent pas le transfert à la CNAV au titre de l'AVPF.

(3) Source : INSEE.

* Sauf lignes de séries en droits constatés.

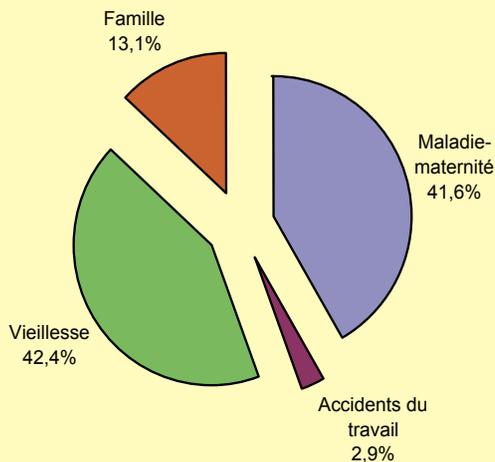
Recettes des régimes de base en 2003 dans le champ LFSS

Total : 321,6 Md€



Dépenses des régimes de base en 2003 dans le champ LFSS

Total : 331,9 Md€



Source : direction de la sécurité sociale. Les champs des dépenses et des recettes ne se recouvrent pas exactement.

Le solde des régimes de base était de -11,7Md€ en 2003.

Le déficit du régime général s'est nettement aggravé

→ Le déficit du régime général s'établit à 11,5 Md€ en 2003, soit plus du triple de celui de 2002 (3,4 Md€). Il s'agit de la plus forte dégradation financière de l'histoire de la sécurité sociale.

→ Fait nouveau par rapport à l'année précédente, toutes les branches du régime général voient leur solde se dégrader. Le déficit de la branche maladie, qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€) et 2003 (11,9 Md€), est sans précédent. Les excédents des branches retraite et famille baissent respectivement de 1,7 Md€ à 616 M€ et de 1 Md€ à 222 M€.

→ Bien que l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ait été fixé au niveau le plus élevé depuis qu'existe une LFSS, son taux de progression tend à minorer les prévisions de dépenses. Ce constat, qui résulte notamment du « rebasage »¹ le plus important jamais réalisé, pose le problème de la transparence de l'information fournie au Parlement et confirme la nécessité d'une révision en profondeur du système des lois de financement, comme la Cour l'avait déjà préconisé l'an dernier.

→ Les ressources du régime général ont augmenté plus vite en 2003 (+ 2,9%) qu'en 2002 (+ 2,1 %) du fait notamment du remboursement des exonérations de cotisations sociales au titre de 2001 par la CADES. Elles s'établissent à 237,8 Md€ contre 231 Md€ en 2002. Cette progression des ressour-

ces est néanmoins insuffisante pour compenser celle plus rapide des dépenses observée depuis 2002. Cet écart est le facteur explicatif central de la dégradation des comptes.

→ En 2003, un supplément important de ressources (près de 1 Md€) était attendu du relèvement des taxes sur le tabac. Ce supplément ne s'est en définitive élevé qu'à 200 M€, en raison d'une hausse du prix du tabac moindre que celle prévue et d'une diminution des ventes plus marquée. Les informations disponibles indiquent qu'il devrait en être de même en 2004, le supplément attendu de recettes sur le tabac devant être inférieur au montant prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale (1,2 Md€).

→ La trésorerie du régime général s'est fortement dégradée : elle était déficitaire durant 311 jours en 2003, contre 114 l'année précédente, ce qui a conduit au relèvement substantiel du plafond d'avances, auprès de la Caisse des dépôts (15 Md€ contre 4,4 Md€ en 2002). Outre la forte dégradation des soldes des branches et les frais financiers accrus y afférents, la trésorerie a en effet dû absorber l'augmentation sensible des restes à recouvrer du régime général sur l'Etat, passés entre 2002 et 2003 de 3,22 à 3,93 Md€ (remboursement des mesures en faveur de l'emploi, versement des cotisations et contributions dues par l'Etat).

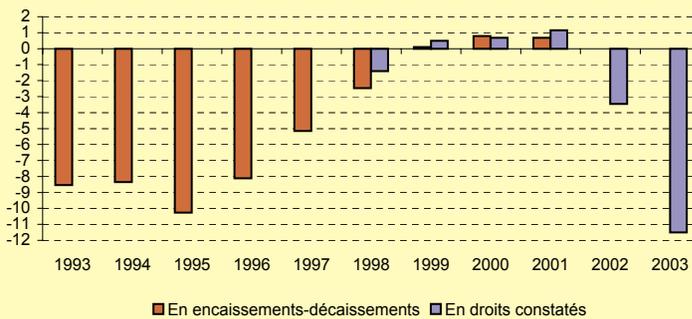
(1) Le « rebasage » est la révision de l'objectif de l'année qui s'achève en fonction des dépenses réelles. L'objectif ainsi révisé sert de référence pour l'objectif de l'année suivante.

Evolution des charges et produits du régime général

	2000	2001	2002	2003
Produits	5,3 %	5,3 %	3,6 %	3,1 %
Charges	5,1 %	5,1 %	5,7%	6,0 %
Ecart	0,2 %	0,2 %	-2,1 %	-2,9 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2004, retraitement inclus.

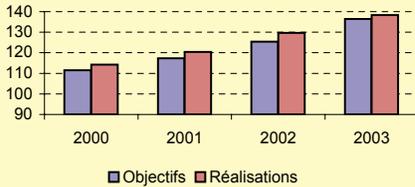
Solde annuel du régime général de la sécurité sociale depuis 1993 (en Md€)



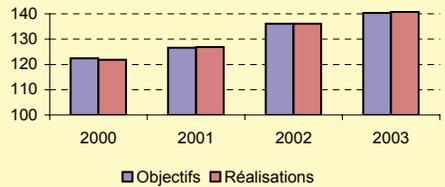
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, Cour des comptes

Les dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS
Objectifs et réalisations

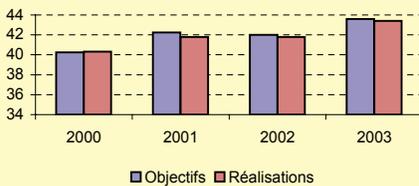
Maladie-Maternité-Invalidité
(en Md€)



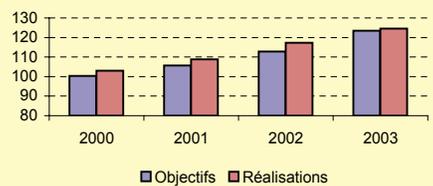
Vieillesse-Veuveage (*)
(en Md€)



Famille (**)
(en Md€)



ONDAM
(en Md€)



Source : LFSS 2000 à 2003 et commission des comptes de la sécurité sociale.

(*) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

(**) La branche famille au sens de la LFSS comprend le handicap et l'AVPF.

Une régulation toujours insuffisante des dépenses d'assurance maladie

→ Malgré la perspective d'une très forte augmentation des dépenses, la LFSS pour 2003 n'a comporté qu'une mesure d'effet rapide destinée à une meilleure maîtrise des dépenses : la création du tarif forfaitaire de responsabilité pour le remboursement des médicaments. L'ampleur de l'accélération de certaines dépenses d'assurance maladie est d'autant plus préoccupante que les efforts de maîtrise et de contrôle sont loin d'être à la hauteur des enjeux.

• *Les affections de longue durée*

→ Les affections de longue durée (ALD), première source de dépenses de l'assurance maladie, représentent 40 % des soins de ville, soit 16,7 Md€ pour le régime général. Les admissions en ALD ont augmenté de 46 % entre 1990 et 2002 et près de 6 millions de patients en bénéficient. Les dépenses liées aux ALD ont crû de 41 % entre 2000 et 2003. Ce domaine reste cependant mal connu : en raison de l'insuffisance des systèmes d'information, l'assurance maladie ne connaît ni le coût de chacune des 30 ALD répertoriées, ni le nombre de patients en ALD.

→ L'assuré en ALD est pris en charge à 100 %, sauf pour les dépenses dépourvues de lien avec son affection principale. Ce dernier principe n'est cependant pas toujours respecté. C'est pourtant une condition essentielle de régulation du dispositif, qui est, par ailleurs, de moins en moins contrôlé (4 200 médecins contrôlés en 1998, 1 500 seulement en 2002). L'insuffisante définition de certaines ALD, l'absence de référentiels de traitement, le remboursement intégral de médicaments à service médical rendu pourtant faible ou insuffisant sont d'autres faiblesses importantes du système.

• *La liste des produits et prestations remboursables*

→ La liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPPR) regroupe un ensemble considérable et hétéroclite de dispositifs médicaux dans lequel on trouve, entre autres, l'optique, les appareils correcteurs de surdité, les stimulateurs cardiaques, le grand appareillage et les véhicules pour handicapés. Au total, près de 60 000 produits et dispositifs sont concernés.

→ Ce poste de dépenses a augmenté de 42 % entre 2000 et 2003, soit presque deux fois plus vite que l'ensemble des soins de ville (25 % sur la même période).

→ Or les mécanismes de contrôle et de régulation restent très insuffisants et n'ont pas été adaptés à la vive progression des dépenses. Les moyens consacrés à l'évaluation du service rendu et à la fixation des tarifs de remboursement demeurent très faibles. En principe, l'inscription d'un nouveau produit sur la liste (qui vaut admission au remboursement) n'est possible que s'il apporte une amélioration ou permet des économies, mais cette règle n'est pas respectée. En outre, la liste n'est pas actualisée, en dépit de l'obsolescence de nombre de ces dispositifs. L'admission au remboursement de nombreux produits rendant un service similaire interdit les économies d'échelle. Le respect des spécifications techniques ne fait l'objet d'aucun contrôle. La prescription reste très peu encadrée et guidée, ce qui peut entraîner l'achat de produits plus coûteux que nécessaire.

• *Les transports des malades*

→ Les frais de transport pris en charge par l'assurance maladie comprennent des transports sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) et non sanitaires (taxis). Si ce poste ne représente que 3,7 % des dépenses de soins de ville, sa croissance est très vive : respectivement 50 et 60 % pour les frais d'ambulance et de taxis sur la période 2000-2003.

→ Les causes de cette augmentation n'ont pas fait l'objet d'études de la part de l'assurance maladie. Le vieillissement de la population n'explique que très partiellement ce phénomène. La progression de la chirurgie ambulatoire, la multiplication des retours périodiques à l'hôpital en expliquent une large part. Mais cette croissance semble surtout due à l'insuffisant respect des règles de prescription (justifications médicales non précisées, entente préalable formelle, contrôles peu efficaces...) et aux prescriptions hospitalières. Ces dernières représentent 62 % des frais de transports des malades et sont loin d'être toujours fondées sur le mode de transport le moins onéreux.

→ Enfin, l'organisation des transports sanitaires, à la fois dépassée et inadaptée, nécessite une révision profonde.

• *Les indemnités journalières*

→ Les indemnités journalières remboursées par le régime général ont augmenté fortement entre 1999 et 2003, avec une forte accélération en 2002.

→ Ce sont les indemnités correspondant à des arrêts de travail supérieurs à trois mois (soit 60 %

des indemnités) qui ont connu l'augmentation la plus vive : + 40 % entre 1998 et 2003. Elles constituent l'essentiel du problème. Le fléchissement des départs en pré-retraite, souvent invoqué pour justifier leur croissance, est loin de tout expliquer. Ce sont les comportements des prescripteurs et des assurés qui contribuent le plus à l'ampleur du phénomène.

→ Face à cette progression, les contrôles ne sont pas suffisants. La réglementation sur l'ouverture des droits et leur liquidation est inutilement complexe et mobilise des moyens qui seraient plus utilement affectés aux contrôles. Alors que le taux global d'anomalies, selon la CNAM, avoisine les 6 %, les contrôles ciblés montrent des taux nettement supérieurs tant pour les arrêts de longue durée (près de 16 %) que pour les arrêts de moins de 15 jours (19 % en 2003, en progression sensible ces dernières années).

→ Aucun référentiel n'a été mis à la disposition des médecins et aucun accord de bon usage des soins ne leur a été proposé.

→ En outre, l'absence de sanction réelle a rendu jusqu'à présent le système de contrôle peu opérant. La réintroduction de cette possibilité par la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 ne concerne pas les prescriptions hospitalières, à l'origine de 30 % des arrêts de longue durée. Cela en réduira très fortement l'impact.

→ **L'examen de ces quatre postes de dépenses montre qu'ils recèlent une potentialité importante d'économies qui, si elles étaient effectives, ne remettraient aucunement en cause notre système de protection sociale.**

La gestion des organismes du régime général

Chiffres clés

- Le régime général couvre 85 % de la population et ses dépenses administratives représentent près de 10 Md€, soit 4 % du total des dépenses du régime.
- Il emploie 167 900 agents en contrats à durée indéterminée, dont 106 100 pour la branche maladie, 33 000 pour la famille, 14 100 pour le recouvrement et 13 700 pour la retraite.
- Il est composé, en plus des quatre caisses nationales (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS), de 500 organismes de base (dont 128 caisses primaires d'assurance maladie, 122 caisses d'allocations familiales, 104 organismes pour le recouvrement, 16 pour la retraite).

→ Bien que les quatre réseaux (maladie, retraite, famille, recouvrement) ne soient pas organisés à l'identique, que leur champ de compétences et leur clientèle se soient diversifiés, le régime général présente une forte unité.

→ Ces réseaux ont d'abord en commun d'être gérés par des personnes morales autonomes, de droit privé, pourvues d'un conseil d'administration, d'un directeur et d'un agent comptable. Ils ont à leur tête un établissement public administratif dont le directeur est nommé en conseil des ministres.

→ La gestion du personnel constitue ensuite un fort élément d'unité : les mêmes conventions

collectives d'agents de direction, d'employés et de cadres s'appliquent à toutes les branches.

→ Enfin, les caisses détiennent d'importantes prérogatives de puissance publique et sont contrôlées par l'Etat (direction de la sécurité sociale et direction du budget). Ce contrôle a évolué sensiblement depuis la mise en place, en 1996, de conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui fixent aux gestionnaires des objectifs de qualité de service et de productivité quantifiés et soumis à évaluation, l'Etat s'engageant sur les moyens à accorder pour les atteindre.

Stratégies de gestion et outils de pilotage

Les améliorations à apporter aux conventions d'objectifs et de gestion (COG)

→ Les conventions d'objectifs et de gestion constituent un élément essentiel de progrès pour la définition et la formulation des stratégies des caisses nationales et des branches. Néanmoins, le bilan des deux premières générations de COG reste mitigé.

→ Les premières et secondes COG ont privilégié des catalogues d'objectifs par rapport à la définition précise d'une stratégie d'ensemble. L'objectif prioritaire de la qualité du service rendu a, de fait, marginalisé des questions importantes telles que l'organisation territoriale des réseaux, l'amélioration de la productivité ou la réduction des coûts. De plus, les COG ont toujours été signées plusieurs mois après le début de leur première année d'application, ce qui diminue leur impact sur l'amélioration de la gestion.

→ Des secteurs importants de certaines branches ont été laissés à l'écart. C'est le cas notamment à la CNAM du contrôle médical (10 000 agents, dont 7 000 personnels administratifs).

→ En outre, si les COG de la seconde génération ont été davantage assorties d'indicateurs, leur nombre élevé ne saurait compenser un défaut d'ambition (beaucoup sont faciles à atteindre) ou de pertinence (un indicateur de délai de réponse dans les 15 jours est peu probant lorsqu'un simple accusé de réception est admis comme une réponse).

→ Les préoccupations des caisses et une faible capacité d'impulsion de l'Etat peuvent expliquer les lacunes des COG. Les conseils d'administration abordent en effet peu les problèmes d'organisation de la branche. Les administrations de tutelle disposent d'une expertise limitée tant pour la préparation que pour l'évaluation des conventions.

Le pilotage insuffisant des réseaux

→ Pour assurer le pilotage des réseaux, les organismes nationaux disposent de pouvoirs qui se sont développés progressivement, de l'informatique à l'allocation budgétaire et, aujourd'hui, à la détermination des objectifs de gestion. Mais, obligés de compter avec l'autonomie d'organisation et de gestion des caisses locales, ils les ont utilisés a mi-

nima. Par ailleurs, l'organisation de certaines caisses nationales, notamment de la CNAM, demeure insuffisamment adaptée au pilotage de réseaux de cette envergure.

→ La mise en œuvre des COG fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre l'organisme national et chaque organisme local. La difficulté d'individualiser les CPG pour plus de 500 organismes de base explique que ces contrats participent plus de l'animation du réseau que de son pilotage.

→ L'intéressement des caisses à la réalisation d'objectifs nationaux, via un mécanisme de report de crédits non consommés, pourrait être efficace si les objectifs n'étaient pas fixés à un niveau trop bas et si la proportion de crédits non consommés reportables sans condition était plus limitée (dans la branche maladie, 70 % des crédits non consommés sont reportés automatiquement).

→ En théorie, la mise sous tension budgétaire aurait pu être utilisée pour stimuler les performances du réseau. Mais la période de référence pour le calcul de l'enveloppe budgétaire étant la dernière année de la COG (année pendant laquelle sont consommés les reports des crédits des années précédentes), la méthode de calcul conduit à une aisance financière globale des budgets de gestion des branches.

L'organisation territoriale des branches

Une organisation des caisses locales figée depuis 1945

→ A l'exception de la branche retraite, structurée au niveau régional, les autres branches sont organisées sur une base départementale ou infra-départementale, restée figée depuis 1945, à quelques

rare exceptions près. Cette organisation n'a, de ce fait, aucunement pris en compte les importantes mutations démographiques et économiques intervenues depuis.

→ Il en résulte de très forts déséquilibres. En effet, sans même tenir compte des 5 % d'organismes les plus importants, le nombre d'assurés ou de coti-



sants gérés varie dans une proportion de 1 à 22 pour les CPAM, de 1 à 20 pour les CAF et de 1 à 8 pour les URSSAF.

→ Les tentatives d'inscrire dans la loi, notamment en 1996, le principe du département comme base territoriale des organismes sociaux se sont soldées par des échecs. Cet immobilisme institutionnel a aussi conduit à une regrettable absence d'études du coût de gestion des prestations et du recouvrement par les organismes de base en fonction de leur taille. L'informatisation croissante et le développement des nouvelles technologies rendent l'organisation actuelle encore plus désuète et devraient conduire à un vigoureux mouvement de regroupement des caisses locales. Une politique

volontariste en ce domaine induirait des économies non négligeables, estimées par la Cour à 100 M€.

Une politique de proximité insuffisamment maîtrisée

→ Une politique d'accueil de proximité a été mise en place dans toutes les branches. Mais elle a trop souvent été laissée à l'initiative des caisses locales, qui disposent en la matière d'une trop grande liberté.

→ Une telle situation, qui nuit à la maîtrise des coûts, devrait inciter les caisses nationales à fixer des orientations plus précises et plus contraignantes.

Nombre d'organismes de base et de structures de proximité

	Au niveau régional	Au niveau départemental	Au niveau infra départemental	Total	Structures de proximité
Maladie*	0	77	51	128	≈ 1 500
Famille	0	86	36	122	2 011
Recouvrement*	0	79	25	104	305
Retraite*	16	Néant	Néant	16	2 028

* S'y ajoutent les quatre CGSS des départements d'outre-mer qui regroupent en une même entité maladie, recouvrement et retraite.

Une mutualisation insuffisante

→ Des démarches de mutualisation et de coopération, à l'instar de ce qui avait été fait de manière structurée pour l'informatique, ont vu le jour. Mais, en dehors de certaines avancées dans les branches recouvrement et famille, les démarches de mutualisation restent timides et s'effectuent sans lien avec un objectif de rapprochement des caisses, faute d'un pilotage suffisant par les têtes de réseau.

→ Certains aménagements au sein de la branche recouvrement montrent pourtant la voie à suivre. C'est le cas notamment du chèque emploi-service

(CES) et du versement en un lieu unique (VLU). Le dispositif de chèque emploi-service propose aux employeurs de personnel de maison une procédure simplifiée pour s'acquitter de leurs obligations. Le traitement du CES est effectué pour moitié en un seul point du territoire, à l'URSSAF de Saint-Etienne. La Cour a calculé que le coût de gestion unitaire du CES est de 21,7€ à Saint-Etienne alors que celui de la méthode classique de recouvrement s'élève à 96€. Le basculement vers un lieu unique représenterait un gain d'au moins 25M€ mais poserait la question du maintien des effectifs au sein de la branche.

La gestion des ressources humaines

Un outil de management sous-utilisé

- Si le nombre d'agents s'est stabilisé entre 1992 et 2000, l'ARTT a entraîné un accroissement des effectifs.
- Le personnel connaît un certain vieillissement (l'âge moyen des effectifs a augmenté de 6,7 %

entre 1987 et 2002), en raison d'un faible nombre de départs en retraite et de leur non-remplacement intégral jusqu'en 2001. La mobilité est faible. Le taux d'absentéisme, sur lequel les caisses estiment avoir peu d'emprise, est élevé.

Evolution des effectifs permanents du régime général

1990-2000	2000-2002	1990-2002
- 1,82 %	+ 4,64 %	+ 2,74 %

→ En matière de gestion des ressources humaines, les conventions d'objectifs et de gestion affichent des objectifs peu ambitieux et sont dépourvues d'indicateurs précis. Le mode d'allocation des enveloppes budgétaires n'incite pas à la gestion prévisionnelle des effectifs, d'autant que les dépenses de personnel, dans les branches famille et maladie, restent dispersées au sein de différents fonds dont les règles d'évolution sont peu homogènes. Des directions des ressources humaines dédiées au réseau émergent lentement dans les branches.

→ L'avancement à l'ancienneté reste très important dans toutes les branches, au détriment de l'avancement au choix. La gestion des promotions par accès au niveau supérieur montre une augmentation de la proportion des niveaux élevés (notamment dans la branche retraite). L'évolution des méthodes de travail des agents que ces promotions prennent en compte aurait dû être obtenue par une politique de primes.

→ Le principe d'intéressement a été introduit pour l'ensemble du régime en 2002. Mesurées sur la base des indicateurs de la COG, les performances collectives de branche et locales sont prises

en compte pour établir le montant de la prime. Celle-ci est constituée de deux parts : 60 % au titre de la performance de branche et 40 % au titre de la performance locale. L'importance de la part nationale et l'absence d'indicateur de productivité assimilent en fait cette prime à un complément de rémunération.

→ Les accords sur l'ARTT, négociés directement au niveau local, ont abouti au recrutement de 9 314 agents supplémentaires. Faute de connaissance au niveau national des avantages locaux préexistants à l'accord et d'étude sur ceux qui subsistent, il est impossible de connaître l'impact réel de l'ARTT sur le temps de travail.

Tirer parti du choc démographique

→ Toutes les branches sont appelées à voir partir en retraite 50 % des effectifs entre 2001 et 2014, avec une accélération du rythme à partir de 2006. La branche retraite, dans le même temps, sera confrontée à une forte augmentation de ses charges de travail (+18 % de demandes de pensions dès 2006).



→ Ces évolutions nécessitent à la fois d'anticiper les recrutements et de repenser les modes de travail pour dégager des marges de productivité. Pourtant, la réflexion sur les besoins des branches en emplois et compétences reste sommaire, alors même que l'évolution qualitative des métiers, permise par les technologies, n'est pas nouvelle et se traduira par des mutations importantes dans le domaine du versement des prestations.

→ **Saisir l'occasion du renouvellement des personnels suppose à la fois une politique de formation plus volontaire et coordonnée par les caisses nationales et une plus grande mobilité de l'ensemble des agents. Néanmoins, la réussite de la gestion des ressources humaines reste dépendante des pouvoirs conférés aux têtes de réseau.**

La productivité

Une préoccupation jusqu'à présent secondaire

→ L'amélioration de la productivité n'a pas été jusqu'à présent un objectif prioritaire des COG. Celles-ci ont toutes, à des degrés divers, privilégié la recherche d'un meilleur service à rendre aux usagers, et ce dans le respect d'enveloppes budgétaires peu contraignantes.

→ La mesure de la productivité impose de rapporter des indicateurs d'activité à des effectifs. Les branches ont certes construit des indicateurs d'activité, mais ceux-ci présentent de nombreuses limites. L'une des plus importantes réside dans l'absence d'exhaustivité des indicateurs des branches maladie et famille, qui ne tiennent pas compte de l'activité de plus de 40 000 agents, soit près du quart de la totalité des effectifs des quatre branches. En outre, les difficultés, voire l'impossibilité d'obtenir des données homogènes sur les informations de base utilisées pour les indicateurs illustrent la faible appétence manifestée par certaines branches, en particulier le recouvrement et la maladie, pour une meilleure appréhension de la productivité.

→ Les indicateurs de coût unitaire de production généralement calculés par les caisses et qui découlent des indicateurs d'activité sont donc également insuffisants. Dès lors, les branches (à l'exception de la CNAV) ne se sont pas engagées dans la détermination d'un ratio de productivité global, affiché dans la COG et orientant la stratégie d'ensemble. La Cour s'est efforcée de calculer de tels ratios qui ne peuvent cependant, en raison des limites rappelées ci-dessus, servir à des comparaisons inter-branches. Ces travaux montrent que les gains de productivité sont restés modestes et qu'à l'intérieur de chaque branche les écarts de coûts entre caisses ne se sont guère réduits.

La situation des branches

- Dans la branche maladie, en raison de l'insuffisance de l'indicateur d'activité, la productivité ne peut actuellement être estimée que pour les CPAM, (soit 65% des effectifs de la branche). Dans ce secteur, le fait marquant concerne le pôle production, qui assure le traitement et la liquidation du milliard de feuilles de soins produites annuellement. Ce pôle de production, qui représente près de 60% des effectifs des CPAM, a enregistré un gain de productivité apparent important (22 000 décomptes traités par agent en 1999 contre 27 100 en 2002) mais, si l'on retranche les décomptes automatisés réalisés grâce à Sésam-Vitale qui est arrivé à maturité durant cette même période, la productivité s'est en fait fortement dégradée : le nombre de décomptes non automatisés restant à la charge des agents est passé de 12 000 en 1999 à 10 100 en 2002. Le constat de cette divergence montre l'ampleur des marges de progrès possibles dans ce secteur, estimées par la CNAM à 3 800 emplois.

- La branche famille, quant à elle, a connu, sur la période étudiée, de sensibles variations de productivité : la progression constatée entre 1995 et 1999 a été suivie d'une baisse résultant, notamment, des recrutements importants réalisés pour faire face aux dysfonctionnements liés à l'utilisation de l'outil informatique Cristal. Il doit aussi être rappelé que cette branche avait connu, antérieurement à 1995, une amélioration significative de sa productivité. Dans cette branche, la démarche de productivité a été plus cohérente et plus complète qu'ailleurs.

- L'indicateur synthétique de productivité de la branche retraite a progressé de près de 12 % entre 1995 et 2002. Cependant, l'essentiel de l'amélioration ne vient pas des processus de production liés à la retraite, mais d'une très forte automatisation de



la transmission des données sociales indiquant les salaires perçus durant la carrière et utilisés pour le calcul de la pension.

- Dans la branche recouvrement, la faible augmentation de la productivité constatée (4,5 %) est à analyser au regard des limites de l'instrument de mesure et de celles du dispositif d'incitation à la productivité. L'indicateur d'activité n'a pas été actualisé depuis 1996. Là encore, l'objectif principal de réduction des écarts de coût entre URSSAF n'a pas été atteint.

Les conditions d'une évolution favorable

→ Deux évolutions majeures devraient avoir un impact significatif sur la productivité du régime général. Internet et les technologies de transmission électronique des informations réduiront les coûts de

production et amélioreront l'information du public. L'ampleur des départs à la retraite devrait donner des marges de manœuvre et permettre de concrétiser les gains latents de productivité, jusqu'ici différés par la difficulté d'ajuster à la baisse le niveau des effectifs. Ceci est particulièrement vrai pour la branche maladie.

→ **Mais ce contexte favorable ne pourra porter tous ses fruits sans une politique volontariste. Il convient d'abord d'élaborer des outils de mesure de la productivité capables de prendre en compte l'ensemble des activités et des coûts et de faciliter le pilotage des organismes. Ensuite, la reconfiguration des réseaux et les opérations de mutualisation doivent être accélérées. Enfin, la contrainte budgétaire doit être plus affirmée au moyen d'objectifs et d'indicateurs chiffrés.**

L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie

→ Les structures de l'assurance maladie sont associées étroitement au pilotage et au financement de la politique de santé dans les régions. Leurs liens avec les autres acteurs de la santé (Etat, collectivités locales et professions de santé) soulèvent de nombreuses questions touchant à l'organisation de cette politique et à son fonctionnement. L'efficacité des dispositifs en place est incertaine, alors même que la région s'affirme comme l'échelon de référence des politiques de santé et d'assurance maladie.

Des faiblesses institutionnelles et une insuffisante coordination des acteurs

→ Les instances intervenant dans le champ de la santé et de l'assurance maladie ont été multipliées depuis une dizaine d'années. Toutes leurs missions n'ont pas été déployées conformément aux ambitions initiales.

→ L'organisation régionale de l'offre de soins s'appuie sur des structures fragiles (agences régionales de l'hospitalisation), modestes (unions régionales des médecins libéraux) ou imparfaitement représentées dans les régions (ordre des médecins). De nombreuses structures dédiées à l'observation sanitaire des territoires (observatoires régionaux de santé et cellules interrégionales d'épidémiologie d'intervention) n'ont pas la taille critique suffisante pour être efficaces. L'articulation entre les échelons régionaux et départementaux de l'Etat est insuffisamment clarifiée et organisée.

→ Enfin, bien qu'instituées pour surmonter l'émiettement des acteurs de l'assurance maladie dans le domaine de la gestion du risque, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)

sont également des structures faibles inadaptées aux enjeux de l'assurance maladie. Leurs interventions sont en outre marquées par l'instabilité et la dispersion (élaboration d'accords de bon usage des soins, participation au comité départemental de l'aide médicale urgente, mise en place des réseaux de santé, réalisation d'études sur des problèmes de santé publique).

Des interventions achevées aux résultats encore inaboutis

→ Les interventions des divers acteurs s'enchevêtrent. Les études sanitaires réalisées dans les régions sont concurrencées par les études des structures nationales (IRDES). Les URCAM et les URML réalisent aussi des études et ce, généralement, en ordre dispersé. Le foisonnement des programmes de santé publique (programmes régionaux de santé (PRS), programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM), programmes territoriaux de santé (PTS) pose un vrai problème de lisibilité tant les acteurs sont nombreux (préfet, ARH, assurance maladie, collectivités territoriales) et les objectifs à la fois excessifs en nombre et insuffisamment articulés.

→ Les interventions dans le domaine hospitalier montrent également qu'une répartition claire des acteurs entre l'assurance maladie et l'Etat, bien que fixée par la réforme de 1996, n'est pas encore constatée sur le terrain.

→ Les financements croisés nécessaires à la mise en œuvre de la plupart des actions prévues dans les programmes de santé ne donnent pas une stabilité suffisante à ces actions et compliquent les initia-



tives des acteurs de terrain. Cela peut notamment fragiliser les réseaux de soins, par ailleurs affectés par un mécanisme complexe de codécision entre les ARH et les URCAM.

→ Les résultats de ces actions sont difficiles à appréhender. L'imprécision des objectifs des plans de santé publique, la difficulté d'apprécier leur valeur ajoutée, le poids des facteurs exogènes pour des actions qui visent au recul des inégalités de santé expliquent en grande partie la difficulté d'en faire le bilan. S'agissant de la gestion du risque et de la maîtrise des dépenses, les actions menées par les URCAM demeurent limitées, dispersées et ne sont pas assez ciblées sur les dépenses les plus susceptibles de générer des économies. Les actions des

URML, dont le but est de contribuer à la maîtrise des dépenses, restent embryonnaires et ne pèsent pas réellement sur les pratiques médicales.

→ **L'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie a bien entraîné un rapprochement des acteurs, mais sans parvenir encore à une dynamique et une cohérence d'ensemble. Une vraie coordination ne verra le jour qu'à la double condition d'une clarification des rôles des différents acteurs (notamment de l'Etat et de l'assurance maladie) et de la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie se substituant à la totalité des structures existantes.**

Conclusion

→ **L'analyse de la gestion des organismes de sécurité sociale montre que le pilotage par l'Etat et les caisses nationales n'oriente pas assez fermement les réseaux vers la réduction des coûts et l'obtention de gains de productivité significatifs. Cette situation peut s'expliquer, d'une part par la multiplicité des organismes et leur autonomie de gestion, d'autre part par la priorité accordée jusqu'à présent à la recherche d'une meilleure qualité de service aux usagers. Néanmoins, ce dernier objectif ne saurait être un alibi à l'absence de maîtrise des dépenses de gestion. Les conventions d'objectifs et de gestion de la troisième génération, qui entreront en vigueur à partir de 2005, doivent impérativement mettre l'accent sur la productivité des branches du régime général et l'amélioration de l'efficience du système dans son ensemble.**

→ **La clarification des rôles et la réforme de l'organisation régionale de l'Etat et de l'assurance maladie sont une condition importante de l'efficacité des politiques engagées en matière de santé et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.**

La politique du médicament

→ Le remboursement des médicaments représente désormais 34,5 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville et au total (en intégrant les dépenses hospitalières) la charge pour l'assurance maladie est de l'ordre de 22 Md€. Ce poste est l'un de ceux qui ont connu ces dernières années la plus forte croissance (6,1 % en 2003 contre une moyenne de 5,5 % de 1993 à 2003).

→ En dépit d'une dynamique de réforme lancée depuis 1999, la régulation du secteur du médicament ne dispose pas encore des instances et des mécanismes permettant de garantir la plus grande utilité et le meilleur usage des produits remboursés. Plus généralement, elle n'est pas orientée vers l'objectif du meilleur prix pour l'assurance maladie.

L'évaluation médicale

→ La commission de la transparence intervient en aval de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament (AMM) et en amont de la détermination du prix de vente par le comité économique des produits de santé (CEPS). Elle joue ainsi un rôle pivot en évaluant pour chaque médicament le service médical rendu (SMR), qui détermine le taux de remboursement par l'assurance maladie et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), dont dépend, en principe, le niveau de prix.

→ La réforme de la commission de la transparence, décidée en 2003, a pour finalité de renforcer la rigueur de l'évaluation. Aujourd'hui bien engagée, cette réforme doit être poursuivie en précisant davantage les critères retenus pour classer les produits par niveau de SMR et d'ASMR, en procédant

systématiquement à des évaluations a posteriori afin d'ajuster les prix au vu de l'effet réel du médicament et en veillant à renforcer la neutralité tant des experts extérieurs que de la commission elle-même.

→ A ce titre, la présence de représentants de l'industrie pharmaceutique (« les entreprises du médicaments », le LEEM) au sein de l'instance chargée d'apprécier la valeur médico-scientifique des produits s'inscrit en contradiction avec la volonté de renforcer la légitimité, l'objectivité et l'efficacité de l'expertise.

→ L'indépendance financière de la commission et sa possibilité de décider librement des études qu'elle estime nécessaires doivent aussi être affirmées.

La régulation économique

L'achat au meilleur prix n'est pas une priorité

→ Les mécanismes mis en place et susceptibles d'obtenir le meilleur prix ne sont guère opérants. Les importations de médicaments en provenance de pays où ils sont moins chers ne sont

en effet autorisées que depuis très peu de temps (janvier 2004) et les pouvoirs publics n'en permettent toujours pas le remboursement par l'assurance maladie. La dégressivité des prix dans le temps au fur et à mesure que le produit devient plus ancien tarde à être traduite dans les faits. Contrairement à la pratique qu'il avait amorcée en 2002, le CEPS n'a



décidé aucune baisse de prix en 2003. Or aucune raison ne justifie que les prix demeurent stables pendant tout le cycle de vie des produits, contrairement à ce qui est constaté sur les marchés de tous les autres types de produits.

→ Par ailleurs, la procédure simplifiée de fixation des prix (système du dépôt de prix) mise en place en 2003 n'a pas abouti jusqu'à présent à des résultats probants.

→ Enfin, les récentes mesures d'abaissement du coût des médicaments menacent l'extension progressive des ventes de génériques. En effet, la politique en faveur des génériques (droit de substitution accordé aux pharmaciens, incitation des médecins à prescrire en dénomination commune) peut être paradoxalement affectée par l'instauration en 2003, dans certaines classes de médicaments, du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), qui consiste, pour abaisser les coûts, à rembourser un produit princeps sur la base du produit du générique. Ainsi, lorsque le prix du produit princeps s'est aligné à la baisse sur le tarif remboursé, le taux de pénétration du générique sur le marché a augmenté plus faiblement, voire a régressé. Certes, la baisse de prix obtenue par le TFR représente un gain pour l'assurance maladie, mais les entreprises sont aussi incitées à relancer la promotion des princeps, ce qui, à terme, peut éliminer les génériques du marché ou ralentir leur croissance, tant que les producteurs de génériques ne seront pas suffisamment puissants.

Les modalités de négociation des remises sont très peu efficaces, voire contradictoires

→ Depuis 1994, les rapports entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique sont régis par un système conventionnel. Sur le fondement d'un accord sectoriel dont le dernier a été signé en 2003, des conventions sont fixées chaque année entre les laboratoi-

res et le CEPS. Leur objet est la négociation de remises, c'est-à-dire de versements des laboratoires à l'assurance maladie en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires lorsqu'il y a dépassement de l'objectif national d'évolution fixé par la LFSS (ce taux K a été en 2003 de 4 %).

→ Les remises sont au nombre de trois : les remises dites de classe thérapeutique, qui pèsent sur les produits les moins innovants ou dont les taux de croissance en volume sont élevés et qui visent à ne pas pénaliser les médicaments innovants pour des pathologies graves ; les remises sur chiffre d'affaires, qui ne peuvent être plus élevées que la taxe payée par les laboratoires refusant la démarche conventionnelle (système dit de « clause de sauvegarde ») ; enfin des remises par produits, fixées pour des médicaments pour lesquels existe notamment un risque de mésusage.

→ La complexité de ce système est encore accrue par divers dispositifs (exonérations, plafonnements, crédits de remise) qui permettent d'en minorer la portée. S'agissant plus particulièrement des crédits de remise, ceux-ci, négociés par avenants, compensent les baisses de prix des médicaments à SMR faible ou insuffisant et donc la diminution du chiffre d'affaires.

→ Il y a donc contradiction entre, d'une part, l'objectif de cette politique conventionnelle de remises qui vise à promouvoir les produits innovants pour des pathologies graves et, d'autre part, l'instauration de crédits de remise pour des médicaments dont la faible efficacité justifie une baisse de prix.

Le rendement financier de ces dispositifs est par ailleurs faible puisque les remises nettes totales représentent une part limitée et décroissante des ventes de médicaments remboursables (2,03 % en 2000, 1,20 % en 2002), notamment parce que l'Etat a remonté le taux K, sans d'ailleurs avancer d'explication.

La fiscalité du médicament est instable, fragile et d'un faible rendement

Les principales taxes sont :

- la contribution sur les dépenses de publicité (1983), notamment les frais engagés pour l'information et la prospection des praticiens par les visiteurs médicaux. Proportionnelle de 1983 à 1997, progressive depuis, elle a fait l'objet d'une succession d'abattements d'assiette depuis 1998.
- la contribution à la charge des distributeurs de médicaments (1991).
- la contribution additionnelle sur les ventes directes, créée en 1998 et supprimée en 2003.

- La clause de sauvegarde, due seulement par les entreprises qui n'ont pas signé de conventions avec le CEPS et ne paient pas de remises.

→ Le contentieux de l'assiette des dépenses de publicité est abondant et fragilise le recouvrement des taxes. Le changement permanent de la règle de droit contribue à expliquer les difficultés à bâtir un plan de contrôle efficace et cohérent, sans justifier entièrement la quasi-absence de contrôle.

→ Le rendement de ces taxes reste modeste (2 % du chiffre d'affaires du secteur). Seule la clause de sauvegarde a un impact en termes de régulation économique, car elle contraint les industries à négocier des conventions avec le CEPS (178 laboratoires sur 186 ont conclu des conventions) mais son poids est diminué par le relèvement du taux K.

La régulation des comportements***L'information des prescripteurs reste lacunaire***

→ Le bon usage des médicaments dépend de la diffusion d'une information indépendante. Celle-ci existe mais reste limitée, dispersée et sous-utilisée. Ainsi la mise en ligne, par l'agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS), d'un référentiel indépendant (projet de base de données @MM) ainsi que des avis de la commission de la transparence demeure très partielle et insuffisamment exploitable.

→ Le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), créé en mars 2001, dont la mission est de fournir une information objective aux professionnels sur les produits de santé, a seulement contribué à des projets non encore aboutis (diffusion de fiches produits pour les nouveaux médicaments) et à des enquêtes de caractère trop général.

→ Le rapprochement du FOPIM et de la commission de la transparence, recommandée par la Cour en 2001 pour donner au fonds l'instance d'évaluation scientifique qui lui fait défaut, est toutefois commencé.

L'assurance maladie n'exploite pas encore de manière suffisante ses propres outils de régulation

→ La CNAM a estimé entre 18 et 32 M€ le coût des prescriptions ne respectant pas les indications thérapeutiques. Pourtant, les campagnes d'information grand public sont rares (une seule à ce jour, sur les antibiotiques en 2001). Sur les 54 accords de bon usage des soins (AcBUS) signés avec les professionnels de santé depuis 2002, 3 seulement ont porté sur la prescription des médicaments. Des projets d'accords nationaux, notamment sur les psychotropes, la polymédication des per-



sonnes âgées et les anti-acnéiques, n'ont pas abouti. Indépendamment des limites qui sont propres aux dispositifs de contractualisation, un obstacle majeur à la conclusion de tels accords réside dans l'absence ou la faiblesse des référentiels sur l'usage des médicaments.

→ D'une manière plus générale, une régulation plus efficace des comportements passerait par un élargissement de l'opposabilité au remboursement, qui devrait inclure, outre les indications thérapeutiques, le respect de la posologie, la durée du traitement, les contre-indications, et de manière urgente, les interactions médicamenteuses.

→ Le codage des médicaments permet aujourd'hui d'éviter, au moins partiellement, le remboursement

de prescriptions inutiles, voire dangereuses et de ne plus miser uniquement sur des contrôles a posteriori, toujours lourds et difficiles.

→ Une vraie régulation s'impose d'autant plus que le secteur recèle des gisements d'économies considérables dans le domaine des génériques et des médicaments substituables mais aussi dans celui des médicaments à service rendu insuffisant et par une réorientation de la politique de prix. La mise en œuvre de règles de bon usage doit également y contribuer. Le potentiel d'économies sur les dépenses de médicaments a été évalué en Allemagne à 4 Md€. Pour ce qui concerne la France, les possibilités d'économies identifiées conduisent à un chiffre équivalent.

Les questions de retraite

La situation des polypensionnés

→ La Cour a étudié la situation des quatre millions de personnes qui perçoivent au moins deux retraites de base servies par des régimes différents (polypensionnés).

→ Leur proportion est en augmentation constante : les polypensionnés représentaient 36,7 % des retraités en 2001. Leurs carrières sont en moyenne plus longues que celles des monopensionnés, mais le montant de leurs retraites est plus faible, à durée totale d'assurance identique, en raison du jeu des règles de coordination entre régimes. Ainsi, l'avantage que représentait jusqu'en 2003 la possibilité pour les polypensionnés d'obtenir des pensions rémunérant la totalité de leur carrière professionnelle n'était pas suffisant pour compenser l'inconvénient résultant du calcul de leurs pensions sur les 25 meilleures années d'assurance validées dans chacun des régimes dont ils ont relevé. Ce mode de calcul conduisait à retenir des années peu rémunérées qui font baisser le revenu de référence, alors qu'elles sont davantage neutralisées dans le calcul de la pension d'un monopensionné. Par contre, les polypensionnés étaient favorisés pour l'obtention du minimum de pension contributif de chacun de leurs régimes en raison de l'insuffisante efficacité des règles de plafonnement des minima.

→ La réforme des retraites de 2003 a réduit l'avantage des polypensionnés en portant à 160 le nombre de trimestres qui seront pris en compte pour le calcul de la pension dans chaque régime et en baissant de ce fait la valeur de chaque annuité. Mais elle a aussi réduit l'inconvénient résultant du mode de calcul du revenu de référence : désormais, chaque régime concerné calcule ce revenu par rapport au total des périodes d'assurance accomplies dans les différents régimes. La réforme réduit enfin l'avantage des polypensionnés en matière de minimum de pension en le proratisant de sorte que les retraités ne puissent pas percevoir plus que le minimum du régime général.

→ D'autres questions restent non résolues : la situation des assurés ayant relevé à la fois des régimes du secteur privé et des régimes de fonctionnaires et des entreprises publiques et celle des personnes ayant cotisé simultanément dans deux régimes (cas relevé notamment chez les salariés agricoles) avec un niveau de salaire ne permettant pas de valider un trimestre dans chacun d'entre eux alors que la prise en compte du salaire total autoriserait cette validation.

Les mécanismes de solidarité

→ Les régimes d'assurance vieillesse intègrent de nombreux dispositifs de solidarité qui accordent des droits supérieurs à ceux que permettrait un calcul strictement lié aux cotisations versées. Certaines périodes d'interruption du travail, appelées

périodes assimilées (pour cause de maladie, de maternité, d'invalidité, de chômage ou de service national), sont prises en compte dans la liquidation de la pension de retraite.



Les périodes assimilées (PA) dans le régime général en 2001

	Part des retraités ⁽¹⁾ bénéficiaires de PA (utiles ou non)	Part dans la pension		
		Total	Hommes	Femmes
Maladie-maternité-AT	34 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Chômage avant 55 ans	23 %	0,9 %	0,7 %	1,1 %
Chômage après 55 ans	32 %	1,8 %	1,8 %	1,9 %
Invalité	6 %	0,6 %	0,6 %	0,8 %
Service national	23 %	0,3 %	0,5 %	

Source : estimations CNAV à partir de la génération 1935.

(1) Assurés ayant au moins un trimestre validé.

→ Leur impact sur les pensions liquidées est cependant faible en raison notamment des modalités généreuses de validation des trimestres pour les personnels en activité, 800 heures de travail suffisant pour valider quatre trimestres pour le calcul de la retraite.

→ Autre expression de la solidarité, les avantages familiaux qui majorent les pensions (bonifications de taux, majorations d'annuités) sont redondants et anti-redistributifs (en particulier la bonification de 10 % pour avoir élevé trois enfants, qui n'est pas imposable). Leur importance est mal connue des bénéficiaires.

→ Pour les personnes n'ayant pas travaillé ou celles qui ont perçu des salaires de faible montant, deux dispositifs de solidarité existent : le minimum de pension (dit contributif) attribué dans chaque régime pour relever les pensions les plus modestes et qui concerne de plus en plus de bénéficiaires (3,2 millions) et le minimum vieillesse qui constitue une garantie minimale de ressources mais dont l'impact diminue (668 000 bénéficiaires en 2002).

De nombreuses disparités dans les modalités de validation

→ Pour les périodes non travaillées, de grandes disparités sont observées entre les régimes de retraite : entre régime général et régime de la fonction publique, entre salariés et non-salariés, entre régime de base et complémentaires et entre régimes complémentaires eux-mêmes. Quelques exemples : la validation des périodes de maladie est gratuite dans le régime général, mais donne lieu à cotisations dans la fonction publique ; les régimes des non-salariés ne prennent pas en compte les périodes de formation professionnelle ; l'AGIRC, contrairement à l'ARRCO, ne prend pas en compte les périodes de service national et de volontariat civil et ce, sans justification apparente. Les conditions de validation sont également variables : ainsi un trimestre est validé tous les 60 jours de maladie, tous les 50 jours de chômage, tous les 90 jours de volontariat civil.

→ Des disparités indéniables sont constatées pour les avantages familiaux. A ce titre, si la loi du

21 août 2003 sur les retraites a introduit des dispositions plus favorables, elle a aussi accru l'hétérogénéité entre les régimes notamment en ce qui concerne la majoration de la durée d'assurance au titre des enfants.

→ Des disparités subsistent aussi en matière d'égalité entre les sexes. Ainsi la prise en compte seulement partielle de la jurisprudence européenne a accru les disparités entre régimes et génère actuellement une extension aux hommes, coûteuse et non justifiée, dans les régimes des fonctions publiques, de la retraite anticipée des mères de trois enfants et plus.

Rationaliser les dispositifs de solidarité pour les élargir dans un sens conforme à l'équité

→ Les dispositifs de solidarité sont marqués par la sédimentation historique, l'éclatement des régimes et l'absence de centralisation des informations. La déficience des systèmes d'information et la structure particulière du financement de la solidarité expliquent l'impossibilité d'en établir le coût.

→ Le financement de la solidarité s'effectue selon deux logiques :

– le recours à la solidarité nationale par le moyen d'impôts affectés au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance le minimum vieillesse, la validation des périodes de chômage et les majorations pour enfants ;

– le financement par les régimes de sécurité sociale, soit gestionnaires directs des retraites, soit mis à contribution comme la CNAF.

→ Pour établir le coût de la solidarité, seuls sont disponibles les montants qui ont donné lieu à paiement de la CNAF au FSV et à la CNAV et du FSV aux régimes de retraite concernés. Les régimes, eux, ne parviennent pas à évaluer, pour les dispositifs pris directement en charge, le montant des suppléments de solidarité qu'ils financent eux-mêmes.

→ Le versement de la CNAF au FSV illustre le chevauchement des modes de financement. Il soulève la question de la part des prestations qui doivent être financées de manière solidaire. Déterminer si une période de vie non travaillée doit être prise en charge par le régime de retraite ou par la solidarité nationale dépend du maintien ou non, pendant cette période, du lien de l'assuré avec l'activité professionnelle. Cette question se pose notamment pour le chômage et la formation professionnelle pour les agents qui auront connu des parcours professionnels plus chaotiques que leurs aînés. La validation pour la retraite des périodes de formation professionnelle n'apparaît pas satisfaisante. Un examen d'ensemble de la prise en compte pour la retraite des différentes modalités de formation professionnelle et de chômage, avec, en contrepartie, la révision des avantages familiaux, pourrait déboucher sur une rationalisation, dans un sens plus équitable, de l'ensemble des dispositifs de solidarité.

Sommaire et recommandations du rapport

PREMIÈRE PARTIE : LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2003

CHAPITRE I^{er} LES DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- I – L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans
- II – Les dépenses de l'assurance maladie
- III – Les dépenses de la branche retraite
- IV – Les dépenses de la branche famille

1 Pour les ALD, mettre en place un système de codage des ALD et coder les données du PIREs, faire aboutir les travaux engagés sur les référentiels médicaux, envisager de ramener au taux de droit commun le remboursement des produits dont le service rendu est reconnu insuffisant et faible sauf nécessité médicale inscrite dans un protocole.

2 Pour la LPPR, renforcer la capacité d'expertise du CEPS sur la formation des prix, notamment en s'appuyant sur des enquêtes de la DGCCRF, modifier la réglementation pour prévoir la prise en compte des coûts de fabrication et d'installation, rendre obligatoire pour les professionnels la notification à la CEPP et au CEPS de la commercialisation des dispositifs couverts par une ligne générale, lorsqu'un nouveau produit n'améliore pas le

service rendu, n'accepter de l'inscrire qu'à un prix inférieur aux produits déjà existants.

3 Pour les transports, élaborer un référentiel médical de transport opposable à l'ensemble des prescripteurs, y compris hospitaliers, revoir la réglementation du transport de malades et réorganiser avec la profession le transport d'urgence de jour.

4 Pour les IJ, simplifier la réglementation et libérer ainsi des ressources pour le contrôle, développer la subrogation des administrations dans les droits aux IJ des personnels non titulaires, concrétiser la démarche engagée en vue d'un référentiel relevant d'un accord de bon usage, comportant notamment des durées indicatives d'arrêt par pathologie.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- I – L'évolution des ressources et des soldes depuis quatre ans
- II – Les ressources des régimes
- III – Les transferts de compensation entre régimes
- IV – Les fonds
- V – Les versements de l'Etat à la sécurité sociale
- VI – Les résultats des comptes sociaux
- VII – Les opérations de trésorerie

5 Aligner l'assiette des cotisations des employeurs publics sur le droit commun du régime général.

6 Déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluriactifs.

7 Renforcer le contrôle des versements des cotisations sociales de ces personnels, notamment

à partir d'une meilleure coordination entre les services ordonnateurs, le Trésor public et les URSSAF.

8 Apurer les dettes anciennes de l'Etat et déterminer un niveau et un rythme des versements courants vers les organismes de sécurité sociale plus adaptés à la réalité des engagements.

CHAPITRE III

L'ORGANISATION COMPTABLE

- I – Les travaux du haut conseil de la comptabilité et de la mission comptable
- II – Les comptes du régime général

CHAPITRE IV

LES ACTIONS DE CONTRÔLE DES COMITES RÉGIONAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (COREC)

- I – Les contrôles des COREC en 2003
- II – Le contrôle interne dans les CRAM
- III – Le recours aux huissiers dans les URSSAF et les régimes des non-salariés non agricoles
- IV – Les créances prescrites
- V – Les feuilles de soins électroniques : examen de certains risques
- VI – L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre-mer

9 Développer un véritable contrôle interne dans les domaines d'intervention des CRAM qui relèvent de la compétence de la CNAM. A partir d'une analyse des risques générés par ces activités, la CNAM doit inscrire, notamment dans la future COG AT/MP, des objectifs en matière de contrôle interne.

10 Analyser à la CNAV l'usage que font les caisses des outils de contrôle interne disponibles et diffuser les meilleures pratiques.

11 Mettre en place un indicateur simple et lisible par la CNAV de suivi de la liquidation.

12 Assurer dans les différents régimes un suivi quantitatif de l'activité contentieuse des huissiers.

13 Pour l'avenir, éviter que se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs : en clarifiant et simplifiant les règles relatives à la prescription, en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne, en rendant les applications informatiques plus opérationnelles, en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement.

14 Fonder les décisions d'apurement sur des textes de niveau juridique suffisant.

15 Améliorer le dispositif de contrôle a priori et a posteriori, en assurant une meilleure cohérence des outils de détection automatique des doubles paiements.

16 Mutualiser les bonnes pratiques d'analyse des rejets, de détection et de prévention des doubles paiements.

17 Compléter le suivi de la gestion des feuilles de soins électroniques par des indicateurs de ris-

ques tels que les taux de rejets par motifs, ou la mesure des doubles paiements avérés par origine.

18 Tirer les enseignements de l'échec du dispositif d'apurement des dettes de la LOOM en ne créant pas un nouveau moratoire des créances sociales qui nuit à la crédibilité des organismes de sécurité sociale.

19 Développer une politique plus dynamique de recouvrement : actions de communication, mise en place d'outils pour suivre l'évolution de la dette de chacun, développement des procédures de recouvrement amiable et contentieux.

**DEUXIÈME PARTIE :
ORGANISATION ET GESTION DU RÉGIME GÉNÉRAL
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

CHAPITRE V

UNITÉ ET DIVERSITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- I – Les facteurs d'unité du régime général
- II – La diversité des missions

CHAPITRE VI

LES STRATÉGIES ET LES OUTILS DE PILOTAGE

- I – Les COG et la définition des stratégies de gestion
- II – Les moyens de pilotage des réseaux
- II – L'organisation des caisses nationales

20 Rééquilibrer le contenu de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion, pour faire de la réorganisation du réseau, de la productivité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs.

21 Restructurer le système des conventions d'objectifs et de gestion ; en les recentrant sur un petit nombre d'objectifs véritablement stratégiques pour l'Etat, assortis d'un nombre restreint d'indicateurs ; en les signant avant le début de leur période d'application ; en allongeant cette dernière à cinq ans.

22 Pour les contrats pluriannuels de gestion, en l'état actuel du nombre d'organismes, distinguer deux volets : l'un homogène pour l'ensemble des organismes de branche, déclinant les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion obligatoirement assortis d'indicateurs de résultats ; l'autre plus personnalisé et fondé, pour les catégories de caisses les moins performantes ou les plus importantes, sur un diagnostic approfondi.

CHAPITRE VII

L'ORGANISATION TERRITORIALE ET FONCTIONNELLE DES BRANCHES

- I – Une géographie des organismes historiquement figée
- II – Le développement d'une politique d'accueil de proximité
- III – Les esquisses d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens
- IV – Des dérogations à l'organisation territoriale
- V – Un pilotage déficient

23 Fixer dans les prochaines COG des objectifs précis et contraignants en matière de regroupements d'organismes de base dans les branches famille, maladie et recouvrement.

24 Mettre en place, au sein de chaque branche, une organisation des réseaux de proximité plus équilibrée.

25 Mettre en place une réelle politique de coopération régionale et de mutualisation des moyens.

26 Généraliser les systèmes de simplification introduits en faveur des personnels de maison, de l'accueil des jeunes enfants et des entreprises multi-établissements et regrouper les versements en lieu unique (VLU) des grandes entreprises sur un seul site.

CHAPITRE VIII

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

- I – Les caractéristiques des personnels
- II – La gestion des personnels
- III – La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

27 Mettre en place dans les branches maladie et famille des budgets de gestion administrative intégrant la totalité des dépenses de personnel ;

28 Donner aux directeurs des caisses nationales les pouvoirs juridiques de définir et faire appliquer dans les caisses de leur réseau une GRH de branche intégrant une vraie GPEC.

29 Fixer dans les COG qui en sont dépourvues des objectifs de réduction de l'absentéisme et mesurer les effets de l'ARTT sur les accords locaux

préexistants, sur l'organisation du travail et sur l'absentéisme dans les caisses.

30 Revoir les mécanismes de l'intéressement en les faisant dépendre davantage des indicateurs de productivité des caisses et de l'effort individuel des agents.

CHAPITRE IX LA PRODUCTIVITÉ

- I – La productivité : une préoccupation peu présente
- II – Une progression peu marquée de la productivité
- III – Les perspectives d'amélioration de la productivité dans les prochaines années

31 Dans les branches famille et maladie, mettre en place des indicateurs d'activité couvrant la totalité des activités des branches.

32 Doter les trois branches qui en sont encore dépourvues d'un ratio de productivité portant sur la totalité du champ de leurs activités, qui tienne compte du poids respectif de chacune d'entre elles.

33 Dans les nouvelles COG, faire dépendre les mécanismes d'intéressement du respect des ratios de productivité qui y figureront.

34 Mesurer les gains de productivité que pourraient permettre dans les prochaines années

le développement des technologies de l'information et l'accélération du rythme des départs à la retraite.

35 Mesurer le coût des améliorations supplémentaires de qualité de service qui pourraient être souhaitées.

36 A partir de ces mesures et d'une réflexion sur les missions et les manières de les remplir (organisation des caisses, qualité de service à atteindre), définir des objectifs chiffrés ambitieux pour les indicateurs de productivité et fixer des enveloppes budgétaires adaptées.

CHAPITRE X

ORGANISATION RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE MALADIE

- I – Des acteurs aux pouvoirs limités
- II – Des activités enchevêtrées et de portée limitée

37 Clarifier au niveau régional les champs de compétence de l'Etat et de l'assurance maladie.

38 Créer des caisses régionales propres à la branche maladie du régime général se substituant aux diverses structures existantes et disposant de pouvoirs sur les organismes de base.

TROISIÈME PARTIE : GESTION DES RISQUES

CHAPITRE XI

LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

- I – L'action de la commission de la transparence
- II – La politique des pouvoirs publics vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique
- III – L'action sur la prescription et la consommation
- IV – Les économies potentielles en matière de dépenses pharmaceutiques

39 Compléter la réforme de la commission de la transparence, en accélérant la parution du décret précisant le nouveau référentiel de l'évaluation des médicaments, en lui confiant les missions de l'Observatoire du médicament, en intégrant des experts médico-économiques et en excluant le LEEM, enfin en lui donnant les moyens humains et financiers adéquats.

40 Pour accélérer le développement des génériques : fixer aux pharmaciens d'officine des taux de substitution croissants, dont le non-respect entraînerait des reversements déterminés par pharmacie ou la mise en œuvre d'un TFR, avec sa conséquence mécanique sur la marge ; renforcer l'incitation de prescrire en DC en imposant l'usage de logiciels de prescription utilisant la DC.

41 Libéraliser les importations et les admettre au remboursement, finaliser le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant ;

42 Simplifier le dispositif fiscal, pour le limiter aux seuls outils qui ont un impact sur la régulation des dépenses de médicament. Le recentrer sur la taxe sur les dépenses de publicité et sur la clause de sauvegarde. Veiller à limiter l'instabilité de ce dispositif fiscal. En évaluer régulièrement les effets.

43 Définir une stratégie de communication publique sur le médicament et sur la stratégie thérapeutique, fondée sur l'expertise scientifique et l'impact de santé publique. Faire aboutir le plus rapidement possible les travaux du FOPIM.

44 Achever dans les meilleurs délais la base de données sur le médicament, en mettant notamment en ligne, en un ensemble cohérent, l'ensemble des avis de l'AMM et de la transparence, ainsi que les documents préparatoires aux avis.

CHAPITRE XII
LES QUESTIONS DE RETRAITE

- I – Les retraités polypensionnés
- II – Les dispositifs de solidarité au sein des régimes de retraite

45 Étudier les conséquences d'une validation des droits à la retraite des fonctionnaires à partir d'un trimestre d'assurance, comme dans le régime général.

46 Régler le problème des actifs ayant cotisé simultanément dans plusieurs régimes sans pouvoir valider un seul trimestre d'assurance, comme dans le régime général.

47 Examiner les effets des interférences entre la règle de validation des trimestres (200 heures de SMIC) et des périodes non cotisées.

48 Améliorer la cohérence des avantages familiaux, en privilégiant les dispositifs les plus sociale

ment justifiés, tels que la validation des interruptions d'activité professionnelle, supprimer ceux qui ne sont pas justifiés et respecter la réglementation européenne sur l'égalité des traitements entre les hommes et les femmes.

49 Réintégrer dans l'assiette de l'impôt sur le revenu la majoration de pension pour enfant accordée aux deux parents ou, à défaut, la rendre forfaitaire.

50 Améliorer le système d'information des régimes de façon à disposer de statistiques permettant d'apprécier l'impact des mesures de solidarité et leur coût.

Conclusion générale

Le déficit des régimes de sécurité sociale, réapparu en 2002, s'est fortement aggravé en 2003 pour atteindre 11,7 Md€, montant supérieur à celui atteint en 1995. Cette dégradation concerne toutes les branches. Le déficit de la branche maladie qui a presque doublé entre 2002 (6,1 Md€) et 2003 (11,9 Md€), est sans précédent. Les excédents des branches famille et retraite sont en baisse sensible.

S'agissant de l'ONDAM, les critiques faites par la Cour dans son précédent rapport sur la sécurité sociale demeurent pleinement d'actualité. En 2003, son évolution pose plus que jamais le problème de la transparence de l'information fournie au Parlement.

La situation financière de la sécurité sociale rend indispensable un regard critique sur l'ensemble des postes de dépenses, y compris les dépenses de gestion des régimes, qui représentent environ 10 Md€. Les investigations menées cette année par la Cour font apparaître des marges de progrès importantes, qui justifient que des efforts d'économie soient demandés à l'ensemble des caisses. Pour ce faire, un regroupement volontariste des caisses locales et une meilleure prise en compte de l'impératif de productivité sont nécessaires.

La dégradation des comptes de l'assurance maladie impose aussi la mise en œuvre d'une politique du médicament cohérente et davantage orientée vers la recherche des prix et des coûts les plus bas pour un même niveau d'efficacité. Ce n'est pas le cas actuellement.

Le champ des économies potentielles à obtenir dans le domaine de l'assurance maladie est important et suppose une action plus vigoureuse de la part des pouvoirs publics. Comme la Cour l'a indiqué dans son rapport de septembre 2003, l'expérience de ces dernières années montre que la réalisation de cet objectif suppose de créer les conditions nécessaires pour changer en profondeur les comportements des professionnels de santé et des usagers.

L'intégralité du rapport peut être consulté à l'adresse suivante :

www.ccomptes.fr

