



N° 3434

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 15 octobre 2020.

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 2021 (n° 3397),

PAR MMES CHRISTELLE DUBOS ET CENDRA MOTIN,
députées.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES ...	9
I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : DES RÉSULTATS FAVORABLES POUR 2019, DES DÉSÉQUILIBRES POUR 2020 ET 2021	9
A. L'APPROBATION DES SOLDES DE L'EXERCICE 2019	10
1. Le solde du régime général en 2019	10
2. Le solde des régimes obligatoires de base en 2019	11
3. Une hausse des recettes moins importante que celle des dépenses	12
B. LE RETOUR D'UN NET DÉSÉQUILIBRE EN 2020 DU FAIT DE LA CRISE LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19	14
1. La dégradation brutale du contexte macroéconomique	14
2. Le solde rectifié pour le régime général en 2020.....	16
3. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2020.....	18
4. Un effet ciseau entre les recettes et les dépenses	19
C. DES ORIENTATIONS COHÉRENTES POUR 2021 ET AU-DELÀ	21
1. Un rebond de l'activité au-delà des attentes, mais affecté d'incertitudes.....	21
2. Le solde prévisionnel pour le régime général en 2021	24
3. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2021	24
4. Le rebond des recettes et la maîtrise des dépenses : l'amorce d'un rétablissement progressif dans les années à venir	24
D. LA NOUVELLE TRAJECTOIRE POUR LA RÉSORPTION DE LA DETTE ...	26
1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette	26
a. Les déficits accumulés dans le bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.....	26
b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale	26
2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts.....	28
a. La préservation des marges de la sécurité sociale face à la crise	28
b. Le cadre constitutionnel.....	31
c. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes	32
d. La cible d'une extinction en 2033	34

II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : DES AJUSTEMENTS VOLONTARISTES POUR CONTRIBUER À LA RELANCE	36
A. LES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS.....	36
1. Les mesures fortes en réaction à la crise sanitaire en 2020	36
a. Les facilités de trésorerie	36
b. Les exonérations, réductions et aides au paiement.....	37
2. La reconduction d'un dispositif utile aux agriculteurs en 2021 et 2022.....	39
B. LA JUSTE RÉPARTITION DE L'EFFORT	42
1. La neutralisation des effets de la crise sur l'emploi dans le calcul de l'assiette des prélèvements et de certaines prestations.....	42
2. L'ajustement de la contribution de certaines entreprises.....	42
a. La participation des complémentaires santé.....	42
b. L'assujettissement des producteurs de médicaments	43
3. La poursuite des simplifications en matière de recouvrement.....	43
III. LES MOUVEMENTS ENTRE LES SPHÈRES ÉTATIQUE ET SOCIALE	46
A. DES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT CLARIFIÉES	46
1. La compensation des allègements sociaux	46
a. Les grands principes	46
b. Le schéma de compensation.....	47
2. La progression de la place de l'impôt dans les finances sociales	48
B. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES.....	50
SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES	53
I. UNE SOLlicitation SANS PRÉCÉDENT DE LA BRANCHE MALADIE DANS UN CONTEXTE DE CRISE, SE TRADUISANT PAR DES DÉPENSES CONJONCTURELLES ET STRUCTURELLES SUPPLÉMENTAIRES	53
A. L'ONDAM POUR 2019 A ÉTÉ LÉGÈREMENT SOUS-EXÉCUTÉ.....	53
B. DES DÉPENSES DE SANTÉ EXCEPTIONNELLES AU TITRE DE L'ANNÉE 2020.....	54
1. Les surcoûts liés à la crise épidémique.....	56
a. La dotation à Santé publique France pour la gestion des besoins des établissements de santé au plus fort de la crise	56
b. La mise à disposition de financements supplémentaires pour les établissements de santé et le fonds d'intervention régional	57
c. La prise en charge à 100 % d'actes médicaux.....	57
d. Le financement d'indemnités journalières spécifiques et l'extension du dispositif.....	59
e. L'accompagnement des professionnels de santé	59
f. Les autres surcoûts	60
2. Le financement de revalorisations salariales	60
3. Baisse des remboursements de soins de ville	61

C. UN ONDAM POUR 2021 ET UN OBJECTIF DE DÉPENSES POUR LA BRANCHE MALADIE QUI TRADUISENT DE NOUVELLES CHARGES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE MAIS ÉGALEMENT DES RÉFORMES STRUCTURELLES	62
1. Des surcoûts conjoncturels liés à la crise sanitaire	64
2. Des adaptations structurelles ambitieuses pour rénover et soulager un système de santé toujours mobilisé.....	65
a. Les mesures issues du Ségur de la Santé	65
b. Le plan « Ma santé 2022 » : un déploiement repoussé en raison de la crise sanitaire mais poursuivi et aménagé par le PLFSS pour 2021	70
c. Des évolutions de périmètres liées à la création de la branche autonomie et à des mesures de simplification.....	72
3. Les hôtels hospitaliers et les maisons de naissance : deux dispositifs innovants ...	72
II. DES EFFETS MINEURS DE LA CRISE SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE RETRAITE À COURT TERME.....	74
A. DES DÉPENSES DE RETRAITE QUI RESTENT DYNAMIQUES EN 2019 BIEN QUE CONTENUES PAR LA REVALORISATION À 0,3 % DES PENSIONS.....	74
B. DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES PEU MODIFIÉES PAR LA CRISE SANITAIRE POUR 2020 ET 2021.....	75
1. Des dépenses de retraite pour 2020 dynamisées par la revalorisation des pensions et ne subissant pas d'effets visibles de la crise sanitaire, au contraire des dépenses du FSV	75
2. Les prévisions de dépenses pour 2021 confirment l'insensibilité observée des dépenses de pensions à la crise sanitaire.....	77
C. DES CONSÉQUENCES INCERTAINES À PLUS LONG TERME.....	79
III. LA BRANCHE FAMILLE MARQUÉE PAR DES MESURES DE TRANSFERT ET LE RENFORCEMENT DU CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT	79
A. LA STABILISATION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2019	79
B. UNE FORTE MOBILISATION DE LA BRANCHE FAMILLE AU PLUS FORT DE LA CRISE SANITAIRE	80
C. UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN LÉGÈRE BAISSÉ, EN RAISON DE MESURES DE TRANSFERT VERS LA BRANCHE AUTONOMIE.....	81
D. L'ALLONGEMENT ET LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT.....	83
IV. DES DÉPENSES EN HAUSSE POUR LA BRANCHE AT-MP	85
A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ONT POURSUIVI LEUR CROISSANCE EN 2019, À UN RYTHME TOUTEFOIS MODÉRÉ.....	85
B. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP RESTERAIENT ORIENTÉES À LA HAUSSE EN 2020 ET 2021	85

V. LA CRÉATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE, UNE ÉVOLUTION HISTORIQUE ET NÉCESSAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	86
A. LA NÉCESSAIRE CRÉATION D'UNE NOUVELLE BRANCHE ET LES TRAVAUX AYANT PRÉCÉDÉ SON INSTALLATION	86
B. UNE ARCHITECTURE BUDGÉTAIRE RENOUVELÉE POUR LE FINANCEMENT DE LA CINQUIÈME BRANCHE.....	89
1. Le périmètre et l'architecture budgétaire de la branche autonomie : des évolutions nécessaires	89
2. Les dépenses de la branche autonomie en 2021	91
3. Le renforcement et la valorisation des soins à domicile : le corollaire nécessaire de la création de la branche autonomie	92
EXAMEN EN COMMISSION	95
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	119

INTRODUCTION

Ce rapport présente, au nom de la commission des finances, l'avis de Mmes Christelle Dubos et Cendra Motin sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021.

Le texte dont le Gouvernement demande l'approbation est marqué par :

- le quasi retour à l'équilibre des comptes sociaux à la fin 2019 ;
- une crise sanitaire majeure qui a appelé des mesures de protection exceptionnelles ;
- un investissement massif dans la santé grâce aux engagements du « Ségur de la santé » ;
- l'allongement du congé paternité ;
- la concrétisation de la création de la cinquième branche pour mieux accompagner la perte d'autonomie.

*

* *

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

À cette date, seuls 44 % des 57 réponses attendues avaient été transmis aux rapporteuses pour avis.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES

La présente partie porte sur les articles 1^{er} à 3, 5 à 8 et 10 à 24 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).

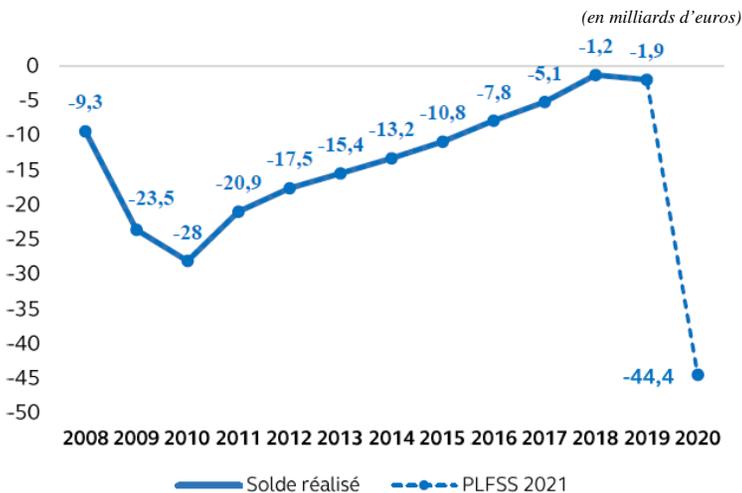
I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : DES RÉSULTATS FAVORABLES POUR 2019, DES DÉSÉQUILIBRES POUR 2020 ET 2021

Si le déficit des administrations relevant de la LFSS s'améliore en 2019 par rapport à la prévision (A), l'aggravation soudaine de la conjoncture économique en raison de l'épidémie de covid-19 rend caduque la trajectoire de retour à l'équilibre initialement programmée d'ici 2023 (B), de même qu'elle reporte la perspective d'une extinction de la dette sociale (C).

Il paraît utile de replacer 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 et du fonds de solidarité vieillesse. 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 se rapprocher de l'équilibre entre 2018 et 2023, la crise du coronavirus perturbe ces perspectives. L'année 2020 devrait afficher un déficit inédit de 44,4 milliards d'euros.**

ÉVOLUTION DU DÉFICIT AGRÉGÉ DU RÉGIME GÉNÉRAL
ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE 2008 À 2020



Source : Cour des comptes.

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 2019

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 2019 un déficit moins important qu'envisagé, ce qui s'explique principalement par les recettes (3).

1. Le solde du régime général en 2019

Au 31 décembre 2019, le régime général (RG) se révélait proche de l'équilibre, avec un déficit de 400 millions d'euros. En intégrant le fonds de solidarité vieillesse (FSV), **le déficit atteint 1,9 milliard d'euros en 2019.**

Comme le note la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), le déficit de l'année 2019 est « *nettement moindre* »⁽¹⁾ que le niveau encore anticipé il y a un semestre :

– pour la première fois depuis 2001, la LFSS pour 2019 envisageait un excédent de 0,1 milliard d'euros pour le solde agrégé du RG et du FSV⁽²⁾ ;

– la réévaluation au titre de la LFSS pour 2020 avait ensuite fait état d'un résultat moins favorable, avec un déficit de 5,4 milliards d'euros⁽³⁾, tant en raison de l'actualisation des perspectives économiques que des mesures prises en réponse au mouvement social dit des gilets jaunes⁽⁴⁾.

(1) CCSS, Situation au 31 décembre 2019 et résultat annuel pour 2019 (note n° 23), 6 mai 2020.

(2) Article 33 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(3) Article 5 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

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

SOLDE DES BRANCHES DU RG ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	- 0,7	- 3,0	- 1,5
Accidents du travail et maladies pro.	1,1	1,1	1,0
Vieillesse	0,6	- 2,1	- 1,4
Famille	1,1	0,8	1,5
Régime général	2,1	- 3,1	- 0,4
Fonds de solidarité vieillesse	- 2	- 2,2	- 1,6
RG + FSV	0,1	- 5,4	- 1,9

Source : commission des finances d'après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

Le solde négatif est principalement porté par les branches maladie et vieillesse, ainsi que par le fonds de solidarité vieillesse. À l'inverse, les branches accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et famille confirment leur situation excédentaire.

2. Le solde des régimes obligatoires de base en 2019

Sur ce périmètre plus large, le déficit atteint 200 millions d'euros en 2019, et même 1,7 milliard d'euros en tenant compte du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	- 0,7	- 3,0	- 1,5
Accidents du travail et maladies pro.	1,2	1,2	1,1
Vieillesse	0,2	- 2,3	- 1,3
Famille	1,1	0,8	1,5
Régimes obligatoires de base	1,8	- 3,3	- 0,2
ROBSS + FSV	- 2,0	- 5,5	- 1,7

Source : commission des finances d'après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

La diversité des régimes de base

« Outre le régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations, il existe 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 : FPE, CNRACL, FSPOEIE, CNIEG ⁽¹⁾. La branche vieillesse est la plus éclatée : 25 régimes de base subsistent. La branche famille est la plus intégrée. Certains régimes gèrent plusieurs branches à la fois, d'autres ne couvrent qu'un seul risque ; une même population peut ainsi relever de plusieurs régimes. Enfin, certaines populations ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale pour certains risques (AT-MP ou indemnités journalières en maladie). Le plus souvent, elles bénéficient d'une couverture directe de l'employeur. » ⁽²⁾

Dans la logique de simplification portée par le gouvernement depuis trois ans, plusieurs dispositions ont concerné l'amélioration de la lisibilité de ces régimes. Dès la LFSS pour 2018, l'intégration du régime social des indépendants au sein de l'URSSAF, a permis une amélioration sensible des services rendus aux indépendants sans modifier leurs cotisations mais en leur ouvrant de nouveaux droits.

C'est le cas aussi de l'unification du recouvrement des cotisations de vieillesse, voté en LFSS pour 2020, qui est un premier pas très important de simplification (le nombre de caisses de retraites complémentaires est non seulement très important, mais elles échappent également au contrôle du législateur), dans l'attente de la finalisation de la réforme de notre système de retraites pour en faire un système universel.

C'est encore le cas de ce PLFSS pour 2021 qui va permettre à des particuliers de ne pas multiplier les affiliations à des caisses sociales du fait d'une très faible activité annexe sur une plateforme collaborative et de bénéficier d'une déclaration simplifiée sans création de nouveau statut (article 15 du PLFSS pour 2021).

3. Une hausse des recettes moins importante que celle des dépenses

Les produits du régime général et du FSV sont de 402,576 milliards d'euros en 2019, pour des charges de 404,502 milliards d'euros. Ces premiers ont donc progressé de 2 % par rapport à 2018, et ces secondes de 2,2 %.

Un tel état de fait contribue à expliquer le léger décalage avec le déficit de 1,2 milliard d'euros en 2018.

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

(2) *Commission des comptes de la sécurité sociale.*

RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV EN 2019

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2021 (approbation)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,2	216,6	- 1,5
Accidents du travail et maladies pro.	13,2	12,2	1,0
Vieillesse	135,7	137,1	- 1,4
Famille	51,4	49,9	1,5
Régime général	402,4	402,8	- 0,4
Fonds de solidarité vieillesse	17,2	18,8	- 1,6
RG + FSV	402,6	404,5	- 1,9
Régimes obligatoires de base	509,1	509,3	- 0,2
ROBSS + RSV	508,0	509,7	- 1,7

	LFSS pour 2020 (rappel)		
	Recettes	Dépenses	Solde
RG + FSV	400,2	405,6	- 5,4
ROBSS + FSV	505,2	510,7	- 5,5

Source : commission des finances d'après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

La CCSS rappelle que « l'année 2019 a été marquée par une **recomposition significative des recettes de la sécurité sociale**, en raison de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en allègements généraux de cotisations. [...] Les mesures nouvelles non-compensées par l'État ont représenté une perte de 4,4 milliards d'euros en 2019, principalement au titre de l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires ⁽¹⁾ et du rétablissement du taux de contribution sociale généralisée (CSG) à 6,6 % sur certaines retraites ⁽²⁾ ». Il convient d'y ajouter la réduction du forfait social, contribution acquittée par les employeurs, prélevée sur les rémunérations ou gains non soumis aux cotisations et contributions sociales mais assujettis à la CSG ⁽³⁾.

Les charges relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie atteignent 200,2 milliards d'euros en 2019, soit une hausse de 2,6 %.

La Cour des comptes a certifié que les neuf jeux de comptes soumis à son contrôle – celui de chacune des branches, les prélèvements gérés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), ainsi que les états financiers de l'ACOSS en tant qu'établissement et des caisses nationales

(1) Il s'agit de la prolongation, en année pleine, de la mesure d'exonération de prélèvements sociaux applicables à ces heures prévue à compter du 1^{er} septembre 2019 par l'article 7 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 mais dont l'entrée en vigueur avait été avancée au 1^{er} janvier 2019 par l'article 2 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

(2) L'article 3 de la loi n° 2018-1213 précitée dispose que, pour les retraités ou personnes en situation d'invalidité percevant entre 1 200 et 2 000 euros par mois, le taux de CSG, qui avait été porté à 8,3 % par l'article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, est rétabli à 6,6 % Pour ceux touchant moins de 1 200 euros par mois, le taux est resté nul jusqu'à 927 euros et de 3,8 % au-delà.

(3) En application de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, le forfait social a été supprimé, au 1^{er} janvier 2019, sur les sommes versées au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés, ainsi que sur l'ensemble des versements d'épargne salariale (intéressement, participation et abondement de l'employeur sur un plan d'épargne salariale) pour les entreprises de moins de 50 salariés.

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 ⁽¹⁾.

À cette occasion, la Cour a formulé 28 réserves, contre 29 pour l'exercice 2018, tenant majoritairement à l'insuffisance du contrôle interne. Des exemples d'inexactitudes que de telles diligences auraient permis d'éviter sont cités :

– en recettes, « *la comptabilisation à tort sur l'exercice 2020 de produits à recevoir se rattachant à l'exercice 2019 a conduit à dégrader le résultat 2019 de [...] la branche maladie (à hauteur de 600 millions d'euros)* », la créance concernant les remises sur les médicaments dues par des entreprises pharmaceutiques pour les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) ;

– en dépenses, « *le total des erreurs liées à des données déclaratives non-corrigées, neuf mois après leur mise en paiement, qui affectent les primes d'activité versées en 2019 équivaut à un cinquième [...] ; la proportion est d'un sixième pour le revenu de solidarité active (RSA)* », d'un septième pour les nouvelles retraites et d'un dixième pour les indemnités journalières (IJ). Au total, cela représente 7,8 milliards d'euros de dépenses indues.

B. LE RETOUR D'UN NET DÉSÉQUILIBRE EN 2020 DU FAIT DE LA CRISE LIÉE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

La récession inédite causée par les circonstances sanitaires (1) implique de réévaluer négativement les déficits prévisionnels du régime général (2) et des régimes obligatoires de base (3) pour l'année en cours.

1. La dégradation brutale du contexte macroéconomique

Depuis l'épidémie de covid-19, les principales hypothèses macroéconomiques sur lesquelles reposaient le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS pour 2020, que le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) avait alors qualifiées de « *raisonnables* » ⁽²⁾, apparaissent caduques.

Les premier ⁽³⁾, deuxième ⁽⁴⁾ et troisième ⁽⁵⁾ projets de loi de finances rectificative (PLFR) pour 2020 ont révisé ces hypothèses à la baisse.

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

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

(3) Devenu la loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020.

(4) Devenu la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020.

(5) Devenu la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

Compte tenu de l'évolution relativement favorable du rendement des prélèvements obligatoires en France depuis la fin du confinement ⁽¹⁾, mais aussi des incertitudes liées au contexte international (évolution de la pandémie, relations commerciales avec la Chine, politique budgétaire des États-Unis après les élections, taux de change entre l'euro et le dollar, sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne, etc.), le Gouvernement a actualisé ses prévisions.

VARIATION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES POUR 2020

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2020	3 ^{ème} PLFR pour 2020	PLF et PLFSS pour 2021
Produit intérieur brut (PIB)	1,3 %	- 11,0 %	- 10,0 %
Masse salariale ⁽²⁾	2,8 %	- 9,7 %	- 6,9 %
Indice des prix à la consommation (IPCH)	1,0 %	0,4 %	0,5 %
Consommation des ménages			- 8 %
Investissement des entreprises			- 17 %
Investissement public			- 3,7 %
Demande mondiale adressée à la France			- 11 %

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 (LOPFGFP), le HCFP s'est prononcé sur ces hypothèses ⁽³⁾.

Il rappelle que les mesures de restriction liées à la lutte contre l'épidémie de covid-19 ont exercé des effets tant sur l'offre que sur la demande. La zone euro a connu une récession de 3,7 % au premier trimestre, puis de 11,8 % au second, contre une chute de 10 % suivie d'un rebond de 11,5 % en Chine.

Pour 2020, le Haut Conseil juge que la prévision d'un recul du PIB à hauteur de 10 %, au lieu de 11 % dans le troisième PLFR, est « prudente » et même « un peu plus faible » que les autres prévisions de référence ⁽⁴⁾.

La cible d'inflation du Gouvernement pour l'année en cours est jugée « plausible, mais un peu basse ». Considérée comme « plausible », la prévision pour la masse salariale du secteur privé (- 6,9 % en 2020) résulte de la combinaison de la variation des effectifs salariés marchands (- 2,3 %) et de celle du salaire moyen par tête (- 5,7 %).

Le HCFP rappelle que « le dispositif d'activité partielle a permis de maintenir en emploi de nombreux salariés en 2020, mais une partie de leur rémunération a été prise en charge par l'État et l'Unédic, si bien que le salaire moyen versé par les entreprises en a été nettement réduit ». Ainsi, 750 000 emplois auraient été perdus en 2020 (une prévision jugée optimiste).

(1) Si le confinement, au sens de la restriction de la liberté d'aller et venir, a été décidé le 17 mars 2020 puis levé le 11 mai 2020 par la voie réglementaire, le 3° de l'article 5 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 a créé un chapitre I^{er} bis relatif à l'état d'urgence sanitaire au sein du titre III du livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique.

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

(3) Avis n° 2020-5 relatif aux PLF et PLFSS pour 2021.

(4) La récession serait de 9,6 % d'après l'OCDE et de 8,7 % d'après la Banque de France.

Inévitablement, le réajustement des perspectives économiques a un impact sur les finances sociales :

– d’un côté, les recettes inscrites dans le PLFSS reposent en grande partie sur l’activité, *via* les rémunérations au titre de la contribution sociale généralisée (CSG), ou *via* la consommation s’agissant de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) ;

– 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 sanitaire et économique sur les comptes des administrations de sécurité sociale (ASSO) est donc massif.

2. Le solde rectifié pour le régime général en 2020

L’article 7 du PLFSS indique qu’à la fin de l’année en cours, le régime général serait en **déficit** à hauteur de 41,2 milliards d’euros, et de **44,4 milliards d’euros** avec le FSV. Un tel solde, sans aucune branche en situation excédentaire, n’a jamais été observé depuis l’instauration des lois de financement en 1996.

SOLDE DES BRANCHES DU RG ET DU FSV EN 2020

(en milliards d’euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	0,0	- 3,3	- 29,8
Accidents du travail et maladies pro.	0,8	1,4	- 0,3
Vieillesse	0,7	- 2,7	- 7,8
Famille	0,0	0,7	- 3,3
Régime général	1,5	- 4,1	- 41,2
Fonds de solidarité vieillesse	- 0,9	- 1,2	- 3,2
RG + FSV	0,6	- 5,4	- 44,4

Source : commission des finances d’après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

Compte tenu de son poids traditionnellement prépondérant 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 29,8 milliards d’euros – soit 1,8 milliard d’euros de plus que le déficit agrégé de 2020, qui était alors le plus important jamais enregistré.

L’impact respectif des recettes et des dépenses sera abordé *infra*.

Un déficit moindre qu'escompté avant l'été

Dans son discours du 12 mars 2020, le président de la République a déclaré : « *la santé n'a pas de prix. Le gouvernement mobilisera tous les moyens financiers nécessaires pour porter assistance, pour prendre en charge les malades, pour sauver des vies. Quoi qu'il en coûte* ».

Pour faire face à la crise sanitaire, l'assurance maladie a d'ores et déjà engagé plus de 15 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles.

À ce jour, 1,5 milliard d'euros ont été consacrés aux tests, 1,5 milliard d'euros à une précommande de vaccins et une partie des 4,8 milliards d'euros fléchés vers Santé publique France (*cf. infra*) à la reconstitution des stocks de masques des hopitaux et de l'État. En outre, 2 milliards d'euros ont été dédiés à l'augmentation des indemnités journalières maladies liées au virus ainsi qu'à la création de nouvelles indemnités journalières pendant le confinement.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs d'urgence ont été mis en œuvre en soutien des entreprises du fait de la crise :

– l'adaptation de l'activité partielle garantissant le maintien de 84 % du salaire net (100 % au niveau du SMIC) a contribué à soutenir les entreprises dont l'activité a cessé ou fortement ralenti. Au mois de mars 2020, les salaires de 7,2 millions de salariés ont ainsi été assurés par l'Etat, pleinement mobilisé pour protéger l'emploi et les compétences des salariés ;

– le report automatique ou l'exonération des cotisations sociales patronales dues au titre des mois d'interruption d'activité, pour les employeurs et travailleurs indépendants ;

– le recours à des plans d'apurement des échéances reportées, pouvant aller jusqu'à trois ans sans pénalités.

Cette crise est exceptionnelle et elle a provoqué, du fait de l'arrêt de l'activité économique que nous avons collectivement accepté pendant deux mois, une perte de recettes exceptionnelle. La contraction de la masse salariale, estimée d'abord à 7,6 % au printemps a été réévalué à 6,9 % dans le PLFSS pour 2021, du fait d'une reprise d'activité meilleure que prévue, comme l'a noté l'INSEE dans sa note de conjoncture du 17 juin 2020 :

« la reprise économique est donc très nette depuis la mi-mai, après un mois d'avril qui restera sans doute dans les annales comme l'un des pires mois qu'ait connu l'économie française en temps de paix. Cette reprise est favorisée par les divers dispositifs (chômage partiel, fonds de solidarité pour les TPE, indépendants et micro-entrepreneurs, etc.) mis en place pour aider les ménages et les entreprises à traverser la période de confinement : une économie placée « sous anesthésie », comme nous l'avions décrite en avril, c'est une économie certes mise provisoirement en sommeil, mais dans des conditions qui rendent un redémarrage possible. »

En juin 2020, la CCSS envisageait un déficit de 52 milliards d'euros pour le régime général et le FSV ⁽¹⁾. La différence avec la révision du déficit à 44,4 milliards d'euros s'explique de la manière suivante :

– 22,9 milliards d'euros de recettes supplémentaires, par l'anticipation au 31 juillet 2020 du versement intégral à la CNAV de la soulte du régime spécial des industries électriques et gazières (IEG), géré depuis 2005 par le fonds de réserve pour les retraites (FRR), alors qu'il devait intervenir en plusieurs étapes ⁽²⁾ ;

– 20,2 milliards d’euros de surcroît de recettes, dont 3,4 milliards d’euros *via* la moindre contraction de la masse salariale (avec des effets induits sur le volume des allègements généraux de cotisations), 3,5 milliards d’euros de meilleures recettes fiscales affectées, 2,6 milliards d’euros de réduction de la provision sinistralité (restes à recouvrer), 400 millions d’euros d’ajustement des flux entre l’ACOSS et l’assurance chômage, ainsi qu’avec l’Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l’Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO), 200 millions d’euros tirés de la CSG, même si les ressources assises sur la rémunération des travailleurs indépendants devraient se dégrader de 5,7 milliards d’euros ;

– 8,78 milliards d’euros, de moindres dépenses par le solde des surcroîts de dépenses (branche maladie et prorogation de droits divers) et des économies (soins de ville).

En synthèse, et même si tous les acteurs s’accordent à dire qu’il est très compliqué de faire une prévision stable pour la fin de l’année du fait du contexte sanitaire, il apparaît clairement que le rebond économique de l’été a eu un effet immédiat et positif sur les recettes de la sécurité sociale.

Grâce à une meilleure collecte des cotisations et une volonté marquée des employeurs de s’acquitter de leur dette sociale, les trésoreries des différents régimes sortiront moins mal qu’initialement prévu de cette période si difficile.

Cette analyse du 3^{ème} trimestre 2020 nous rassure sur le fait que la France a une formidable capacité de rebond et que le plan de relance mis en œuvre par le gouvernement est une réponse économique pertinente pour rétablir les comptes sociaux et les remettre sur le chemin de l’équilibre budgétaire.

3. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2020

Aux termes du même **article 7**, pour les ROBSS, le déficit serait de 42,9 milliards d’euros en 2020, et de 46,1 milliards d’euros avec le FSV.

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2020

(en milliards d’euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	0,0	– 3,4	– 29,8
Accidents du travail et maladies pro.	0,9	1,4	– 0,2
Vieillesse	0,5	– 3,2	– 9,6
Famille	0,0	0,7	– 3,3
Régimes obligatoires de base	1,3	– 4,5	– 42,9
ROBSS + FSV	0,4	– 5,9	– 46,1

Source : commission des finances d’après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

(1) Contribution de Mme Cendra Motin au rapport n° 3197 de M. Éric Woerth, président de la commission des finances, de l’économie générale et du contrôle budgétaire, sur le printemps de l’évaluation, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 10 juillet 2020.

(2) Il de l’article 4 de la loi n° 2020-992, précitée.

4. Un effet ciseau entre les recettes et les dépenses

Après une progression de 2,0 % entre 2019 et 2018, la LFSS pour 2020 prévoyait que les recettes du régime général et du FSV croissent de 2,3 % en 2020. Compte tenu de la crise, le PLFSS pour 2021 envisage un recul de 5,0 % : les ressources n'atteindraient que 382,3 milliards d'euros pour l'année en cours.

Pour leur part, les dépenses du régime général et du FSV, qui avaient crû de 2,2 % en 2019, progressent de 5,5 % en 2020 (au lieu de 2,4 %, comme le prévoyait la LSS pour 2020). Elles s'élèveraient à 426,6 milliards d'euros.

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

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2021 (prévision)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	204,8	234,6	- 29,8
Accidents du travail et maladies pro.	12,1	12,4	- 0,3
Vieillesse	132,7	140,6	- 7,8
Famille	47,1	50,4	- 3,3
Régime général	383,7	424,9	- 41,2
Fonds de solidarité vieillesse	16,5	19,7	- 3,2
RG + FSV	382,3	426,6	- 44,4
Régimes obligatoires de base	490,8	533,7	- 42,9
ROBSS + RSV	488,1	534,2	- 46,1

	LFSS pour 2020 (rappel)		
	Recettes	Dépenses	Solde
RG + FSV	409,6	415,1	- 5,4
ROBSS + FSV	516,1	522,1	- 5,9

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

La différence entre le déficit de 44,4 milliards d'euros et l'ancienne prévision de déficit de 5,4 milliards d'euros se lit comme suit :

- le recul de 6,9 % de la masse salariale générerait une perte de recettes à hauteur de 21,7 milliards d'euros, y compris du fait de la progression des revenus de remplacement, *via* le financement exceptionnel de l'activité partielle ou la simplification de l'attribution d'indemnités journalières (IJ) d'isolement ⁽¹⁾ ;

- le rendement des prélèvements sur d'autres assiettes que les revenus d'activité et de remplacement se réduirait de 6,3 milliards d'euros, avec une contraction de 8,4 % pour le produit de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), de 7,7 % pour la taxation du capital et de 3,3 % pour la taxe sur les salaires (TS) ;

- les restes à recouvrer se déprécieraient de 3,1 milliards d'euros ;

- les dépenses progresseraient de 11,5 milliards d'euros ;

(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 %.

– les mesures nouvelles en recettes des derniers textes budgétaires auraient un effet quasiment neutre, car l’augmentation de certains prélèvements (droits sur les tabacs, réduction de niches, etc.) serait compensée par d’autres allègements, ainsi que l’illustre le tableau ci-dessous ⁽¹⁾.

EFFET DES MESURES NOUVELLES EN RECETTES SUR LE RG ET LE FSV EN 2020

(en milliards d’euros)

Intitulé de la mesure	RG +FSV	ACOSS	Unédic	Agire-Arreo
Mesures antérieures ayant un effet en 2020*	0,5	0,0	0,0	0,0
Mesures de la LFSS 2020	0,3	0,1	0,0	0,1
Mesures de hausse ou de baisse de recettes	0,0	0,0	-2,7	0,1
Effet en année pleine du renforcement des allègements généraux sur les cotisations chômage	-0,3		-2,7	
Limitation du coût de certaines niches sociales (dont la déduction forfaitaire spécifique)	0,3		0,0	0,1
Autres mesures	0,0	0,0	0,0	0,0
Mesures de transferts de recettes avec l’État et entre ASSO	0,3	0,1	2,7	0,0
Compensation à l’Unédic de la perte de cotisations liée au renforcement des allègements généraux	0,0	-2,7	2,7	
Ajustement de la fraction de TVA	-0,9	4,2		
Réaffectation de taxe sur les salaires	1,4	-1,4		
Autres mesures	-0,3	0,0	0,0	0,0
Mesures postérieures à la LFSS 2020	-0,8	0,0	0,0	0,0
Mesures de la 3 ^e LFR 2020	0,0	0,0	0,0	0,0
Exonération temporaire de cotisations patronales pour les employeurs de salariés	-2,0			
Aide au paiement des cotisations pour les employeurs de salariés (« crédit de cotisations »)	-1,8			-1,3
Réduction forfaitaire temporaire de cotisations pour les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs	-0,1			
Compensation par l’État	3,9			1,3
Mesure de la loi du 7 août 2020	5,0	0,0	0,0	0,0
Versement à la branche vieillesse d’actifs gérés par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	5,0			
Mesures du PLFSS 2021	1,3	0,0	0,0	0,0
Hausse de la taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d’assurance complémentaire	1,0			
Effet sur les recettes des mesures de revalorisation salariale du « Ségur de la santé »	0,3			
Autre mesure	-7,1	0,0	0,0	0,0
Révision à la baisse du revenu pris en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles des indépendants	-7,1			
Total	0,0	0,1	0,0	0,1
Mesures de périmètre en dépenses**	-0,3			

* La principale mesure concerne la hausse des droits sur les tabacs (+0,6 Md€).

** Transfert du financement de l’Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et de l’Agence nationale de santé publique (ANSP) de l’État à la branche maladie.

Source : Cour des comptes.

Il convient en outre de noter que les allègements discrétionnaires de la troisième LFR pour 2020 sont sans effet sur le solde des ASSO, dans la mesure où elles sont intégralement compensées par l’État (cf. *infra*).

(1) Intégrant l’assurance chômage et la retraite complémentaire des salariés du privé.

C. DES ORIENTATIONS COHÉRENTES POUR 2021 ET AU-DELÀ

Le retour de la croissance (1) permet d'anticiper une amélioration franche 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. Un rebond de l'activité au-delà des attentes, mais affecté d'incertitudes

Selon le Gouvernement, l'activité s'établirait en 2021 à 2,7 % en-dessous de son niveau de 2019 (1) et un rebond assez rapide en 2021 mettrait l'économie sur une trajectoire de retour dès 2022 de l'activité à son niveau de 2019. L'exécutif estime que le plan de relance aura un impact positif sur la croissance à hauteur de 1,1 point de PIB en 2021 et de 4,1 points de PIB d'ici à 2025, sans compter les effets d'entraînement des plans de relance européens.

VARIATION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES POUR 2019 À 2025

(en pourcentage ; sauf mention contraire)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Croissance du PIB	+ 1,5	- 10,0	+ 8,0	+ 3,5	+ 2,0	+ 1,4	+ 1,4
1 ^{er} trimestre 2020		- 5,9					
2 ^{ème} trimestre 2020		- 13,8					
Croissance potentielle	+ 1,25	- 0,3	+ 0,6	1,35	1,35	1,35	1,35
Inflation	+ 1,1	+ 0,5	+ 0,7	+ 1,0	+ 1,4	+ 1,75	+ 1,75
Solde commercial	- 59 Md€	- 80 Md€	- 68 Md€				
Exportations	+ 1,8	- 18,5	+ 6,5				
Importations	+ 2,6	- 11,5	+ 12,6				
Demande intérieure							
Invest. des ménages	+ 1,8	- 14,6	+ 12,5				
Conso. des ménages	+ 1,5	- 8,0	+ 6,2				
Pouvoir d'achat	+ 2,1	- 0,5	+ 1,5				
Invest. des entreprises	+ 3,7	- 17,0	+ 17,2				
Investissement public	+ 8,1	- 3,7	+ 12,1				
Taux d'épargne							
Ménages	15,0	21,4	17,7				
Entreprises	23,2	19,8	23,1				
Taux de marge	33,2	29,0	32,5				
Masse salariale	+ 3,5	- 6,9	+ 6,5	+ 4,7	+ 3,7	+ 3,4	+ 3,4
Emploi (en milliers)	+ 335	- 920	+ 435				
Salaire moyen par tête	+ 1,9	- 5,7	+ 7,3				

Source : rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation pour 2021 (2).

Toutefois, le HCFP juge « volontariste » cette hypothèse d'une croissance de 8 % en 2021. En effet, la reprise ne serait que partielle (3) et les indices de production industrielle resteraient, dans les principaux pays de l'OCDE, nettement en deçà de leur niveau d'avant-crise. Malgré un été 2020 dynamique sur le plan de la consommation, l'excès d'épargne constitué pendant le confinement pourrait ne commencer à être libéré que plus tard qu'escompté, par précaution.

(1) Contre - 5 % en août 2020 d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

(2) Joint au projet de loi de finances pour 2021 en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

(3) Le PIB augmenterait seulement de 6,8 % en 2021 pour l'OCDE, et de 7,4 % pour la Banque de France.

Les effectifs salariés se contracteraient de 0,8 % en 2021, tandis que le salaire moyen par tête regagnerait 7,3 %. Il convient de rappeler que la variation de la masse salariale à hauteur d'un point génère un effet conventionnel de 2 milliards d'euros sur les recettes du régime général.

De plus, le HCFP estime que « *la contribution des échanges extérieurs à la croissance pourrait être légèrement inférieure à ce que prévoit le Gouvernement en 2021* » et que la prévision relative à l'investissement des entreprises est « *un peu trop élevée* », en raison de la hausse de leur endettement et de la contraction de leurs débouchés.

Pour les exercices 2022 à 2025, la croissance et la masse salariale continueraient à suivre un sentier dynamique, favorable aux recettes de la sécurité sociale, avec une normalisation progressive passés les premiers rattrapages.

Le plan de relance, un accélérateur pour le retour à l'équilibre des comptes sociaux

Alors que les crédits d'intervention adoptés dans les trois premières LFR pour 2019 avaient été inscrits sur la mission *Plan d'urgence face à la crise sanitaire* (fonds de solidarité, activité partielle, etc.), les mesures destinées à favoriser l'accélération de la reprise et la transformation du pays à horizon 2030 sont regroupées dans la mission *Plan de relance* du PLF pour 2021, accompagnées de baisses des prélèvements obligatoires et de dispositifs confiés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

Décaissable en deux ans, le plan de relance a pour objectif une relance rapide de la demande par l'investissement public et un soutien à la conversion de l'économie française vers une économie décarbonée, compétitive et souveraine.

À l'image de l'investissement pour la rénovation énergétique des bâtiments publics et privés, le plan de relance permettra de soutenir la création d'emplois locaux et non délocalisables, mais aussi la relocalisation de productions industrielles aujourd'hui délocalisées.

Ce plan de 100 milliards d'euros au total, répartis entre 30 milliards d'euros pour la transition écologique, 34 milliards d'euros pour la compétitivité et 36 milliards d'euros pour la cohésion sociale, devrait selon le RESF précité avoir un effet de 1,1 point sur la croissance du PIB en 2021, et de 4,1 points entre 2020 et 2025, ce qui sera favorable aux recettes de la sécurité sociale, majoritairement assises sur l'activité.

Parmi les principales décisions ayant un impact sur les comptes sociaux, on peut noter :

- l'activité partielle de longue durée qui permettra à des entreprises de secteurs en très grande difficulté de conserver leurs salariés et leurs compétences ;
- l'exonération de charges des secteurs de l'hôtellerie, café, restaurant, culture, sport et événementiel fortement touchés durant le confinement et de nouveau touchés en cette fin d'année ;
- l'étalement jusqu'à 36 mois du remboursement des sommes précédemment reportées et une aide au paiement des cotisations de 20 % de la masse salariale permettant un allègement des cotisations de certaines entreprises en difficultés ;
- l'investissement dans la relocalisation de secteurs industriels dans des secteurs stratégiques tels que la 5G, l'industrie agroalimentaire, la santé ou encore l'électronique, qui relocalisera des emplois ;
- le plan de rénovation thermique des bâtiments qui générera de nombreux emplois non délocalisables.

Il faut relever qu'à l'occasion de ce PLFSS pour 2021, l'intégralité des mesures d'exonération et de report de charges, qu'elles soient exceptionnelles ou plus pérennes (TO-DE) et les aides au paiement des cotisations, seront intégralement compensées par l'État. Ces dispositifs permettront, par leur déploiement rapide, de relancer l'activité de nos entreprises et par là même de rétablir progressivement l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

2. Le solde prévisionnel pour le régime général en 2021

L'article 21 du PLFSS revoit à la baisse les perspectives d'équilibre de l'exercice 2021 par rapport aux deux LFSS précédentes : le **déficit** de l'année à venir devrait atteindre 24,7 milliards d'euros pour le régime général, et même **27,1 milliards d'euros** en intégrant les comptes du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DU RG ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	0,0	- 2,0	- 19,0
Accidents du travail et maladies pro.	0,9	1,4	0,5
Vieillesse	0,3	- 3,9	- 7,3
Famille	0,0	0,9	1,1
Autonomie	<i>s. o.</i>		0,0
Régime général	1,1	- 3,6	- 24,7
Fonds de solidarité vieillesse	- 0,5	- 1,0	- 2,4
RG + FSV	0,6	- 4,6	- 27,1

Source : commission des finances d'après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

Les branches maladie et vieillesse et le FSV continueraient à accuser, en 2021, un déficit conséquent, tandis que les autres seraient en situation favorable.

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

L'article 20 du PLFSS envisage que les quatre branches des ROBSS enregistreront en 2021 un déficit de 23,9 milliards d'euros, porté à 26,4 milliards d'euros en y agréant le résultat du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DU ROBSS ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2019	LFSS pour 2020	PLFSS pour 2021
Maladie	0,0	- 3,4	- 19,0
Accidents du travail et maladies pro.	0,9	1,4	0,6
Vieillesse	- 0,3	- 3,2	- 6,6
Famille	0,0	0,7	1,1
Autonomie	<i>s. o.</i>		0,0
Régimes obligatoires de base	0,5	- 4,5	- 23,9
Fonds de solidarité vieillesse	- 0,5	- 1,0	- 2,4
ROBSS + FSV	0,0	- 5,1	- 26,4

Source : commission des finances d'après les annexes B des PLFSS pour 2019, 2020 et 2021.

4. Le rebond des recettes et la maîtrise des dépenses : l'amorce d'un rétablissement progressif dans les années à venir

Par rapport à 2020, les recettes du régime général et du FSV progresseraient en 2021 plus vite que ses dépenses, avec une hausse respective de 8,7 % et 3,7 %. Le retour à l'équilibre, quoique lointain, s'engagerait donc.

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

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2021 (prévision)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	197,9	216,9	- 19,0
Accidents du travail et maladies pro.	13,2	12,7	0,5
Vieillesse	137,4	144,7	- 7,3
Famille	50,4	49,3	1,1
Autonomie	31,2	31,2	0,0
Régime général	416,2	440,9	- 24,7
Fonds de solidarité vieillesse	16,7	19,2	- 2,4
Régimes obligatoires de base	526,9	550,8	- 23,9
RG + FSV	415,4	442,5	- 27,1
ROBSS + FSV	525,0	551,3	- 26,4

	LFSS pour 2020 (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 PLFSS pour 2020 et 2021.

Cette tendance favorable se confirmerait d'ici 2024 avec des recettes et des dépenses qui croîtraient respectivement de 2,5 % et 1,7 % en 2022, 3,1 % et 2,4 % en 2023 et 3,3 % et 2,6 % en 2024, toujours pour le régime général et le FSV. Le Gouvernement n'a pas publié de simulations au-delà de 2024.

SOLDE PRÉVISIONNEL DES BRANCHES DU RG, DES ROBSS ET DU FSV POUR 2022 À 2024

(en milliards d'euros)

	2022	2023	2024
Maladie	- 17,9	- 17,3	- 17,1
Accidents du travail et maladies pro.	1,1	1,4	1,7
Vieillesse	1,6	2,6	3,4
Famille	- 7,3	- 7,8	- 9,3
Autonomie	- 0,3	- 0,2	2,3
Régime général	- 22,9	- 21,3	- 18,9
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,7	- 1,2	- 0,8
Régimes obligatoires de base	- 23,0	- 22,2	- 20,4
RG + FSV	- 24,5	- 22,5	- 19,7
ROBSS + FSV	- 24,7	- 23,4	- 21,2

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

La Cour des comptes souligne que « plus encore que durant la décennie écoulée, qui, après les déficits élevés consécutifs à la crise de 2008, a connu un lent redressement des finances sociales, interrompu en 2019, les prochaines années seront marquées par la nécessité de replacer la sécurité sociale sur la voie du désendettement et d'un retour durable à l'équilibre financier »⁽¹⁾.

(1) Cour des comptes, Rapport sur l'application des LFSS, 7 octobre 2020.

D. LA NOUVELLE TRAJECTOIRE POUR LA RÉSORPTION DE LA DETTE

Répartie entre deux compartiments (1), la dette sociale voit ses perspectives d'apurement reportées de 2024 à 2033 (2).

1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette

La récurrence des soldes négatifs au cours des différents exercices annuels a entraîné la constitution d'une dette pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale. Celle-ci se 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 quatre branches, porte une partie des déficits sociaux accumulés, pilote le réseau des URSSAF et verse à la CADES les ressources qui lui sont affectées (cf. *infra*). L'ACOSS couvre ses besoins de financement par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et des émissions de créances à court terme sur les marchés.

Aux termes de l'article 23 du PLFSS, cette habilitation à recourir à des ressources non-permanentes sera plafonnée à hauteur de 95 milliards d'euros au cours de l'année 2021, soit plus que le double du plafond initial pour 2020.

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

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

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

D'abord, lui sont actuellement affectés :

– l'intégralité du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), pour un montant estimé à 7,3 milliards d'euros en 2020 et 7,8 milliards d'euros en 2020⁽²⁾ ;

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

(2) Tome I de l'évaluation Voies et moyens annexée au PLF pour 2021.

– 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 8,2 milliards d’euros en 2020 et 8,9 milliards d’euros en 2021 ⁽¹⁾ ;

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

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, depuis 2012, l’achèvement de l’amortissement des reprises était projeté en 2024. Il est désormais fixé à 2033.

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* » ⁽³⁾.

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 ⁽⁴⁾ : « *les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent pas conduire, par un transfert sans compensation au profit de ladite caisse d’amortissement de recettes affectées aux régimes de sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement, à une dégradation des conditions générales de l’équilibre financier de la sécurité sociale de l’année à venir* ».

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.

(1) Ibid.

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

(3) 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).

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

CHRONIQUE DES TRANSFERTS EFFECTIFS DE DETTE À LA CADES DE 1996 À 2020

(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	16,4	-	-	-	3,6	20
Total au 31 décembre 2020	248	23,4	0,5	2,4	6,1	280,3

Source : annexe VIII du PLFSS pour 2021.

2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts

Indispensable afin de soulager la trésorerie des régimes (a), la nouvelle reprise de passifs par la Caisse d'amortissement de la dette sociale répond à un cadre constitutionnel précis (b) et sera opérée en trois échéances (c). L'apurement complet de ces passifs est reporté de neuf ans (d).

a. La préservation des marges de la sécurité sociale face à la crise

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 ASSO ne suffirait pas à honorer le versement des prestations dues au début de l'état d'urgence sanitaire.

- Le fait que le besoin de financement de l'ACOSS soit géré à court, voire à très court terme – l'horizon est de cinq à sept jours en période normale –, présente des avantages et des inconvénients.

Certes, la situation est avantageuse en termes de coût, puisque l'ACOSS empruntait début 2020 à un taux moyen de - 0,6 %, tandis que la CADES se voyait appliquer des taux positifs, mais proches de zéro.

Mais un renouvellement fréquent des titres, alors que les sommes levées restent modestes en comparaison avec celles que sollicitent d'autres acteurs institutionnels, **expose l'ACOSS à un fort risque de liquidité en cas de retournement soudain de la pente des taux** ou de rupture sur les marchés ⁽¹⁾.

Ce dernier aléa, qualifié d'« *exceptionnel* » par M. Yann-Gaël Amghar, directeur général de l'ACOSS lors de son audition du 25 mai 2020 par Mme Cendra Motin, s'est brièvement matérialisé à la mi-mars, quand les tensions sur les marchés après les toutes premières orientations de par la Banque centrale européenne (BCE) – et corrigées par la suite – ont dissuadé, sinon empêché, l'ACOSS d'émettre auprès des places financières pendant près de deux semaines.

- Trois solutions ont été recherchées face à cette difficulté.

En premier lieu, l'**Agence France Trésor** (AFT) est intervenue de manière temporaire pour aider l'ACOSS à diversifier ses sources de financement, *via* des concours de la Caisse des dépôts remontés à leur maximum prudentiel et la mobilisation du réseau 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⁾.

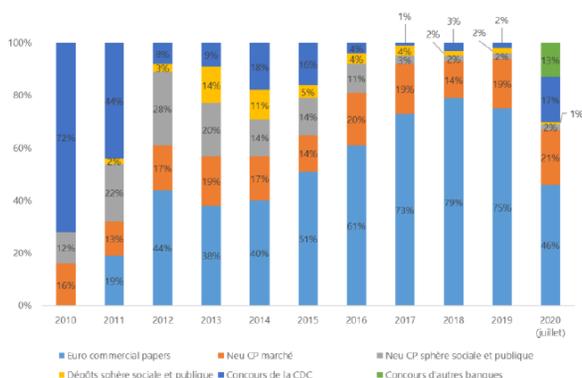
Ce soutien de l'AFT a représenté 9,5 milliards d'euros dans les tout premiers jours d'avril, avant de descendre à 6 milliards d'euros et de ne plus être nécessaire dès le 16 avril. Sans exclure de la solliciter à nouveau, l'ACOSS a indiqué lors de son audition précitée que cette option devait demeurer un mécanisme de sauvegarde.

(1) « *Pour chaque euro de besoin de financement, l'ACOSS a fait appel en 2019 plus de huit fois en moyenne au marché pour le couvrir* » (Cour des comptes, op. cit.)

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

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DE L'ACOSS DE 2010 À 2020

(en pourcentage)



Source : Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

En second lieu, les limites dans lesquelles l'ACOSS est habilitée à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir les besoins de trésorerie du régime général, c'est-à-dire à s'endetter, pour moins de douze mois, dans le but de lui accorder des avances, ont été rehaussées.

Initialement fixé à 39 milliards d'euros ⁽¹⁾, **le plafond d'emprunt de l'ACOSS a été porté à 70 milliards d'euros, puis à 95 milliards d'euros** ⁽²⁾.

En troisième lieu, l'ACOSS a engagé une politique d'**allongement de ses émissions**, dont la maturité moyenne est actuellement d'environ un mois, voire supérieure à six mois pour certains titres.

Grâce à cette stratégie, au 22 mai 2020, l'ACOSS affichait un besoin de financement de 51 milliards d'euros, mais était parvenue à le combler à hauteur de 135,3 % (soit 69 milliards d'euros).

Après avoir atteint un nouveau point bas de 60 milliards d'euros à la fin du mois de juin, l'ACOSS devrait avoir stabilisé son besoin de financement autour de 50 milliards d'euros jusqu'à la fin de l'année 2020 et être en mesure de le financer à hauteur de 152 % (soit 76 milliards d'euros).

Les représentants de l'ACOSS ont indiqué aux rapporteuses pour avis que le taux d'intérêt moyen des encours du régime général en 2020 serait de -0,47 % sur les marchés et de -0,33 % auprès des banques et de la CDC. En 2021, le besoin de financement oscillerait entre 70 et 70 milliards d'euros, avec un plafond d'emprunt maintenu à 95 milliards d'euros, comme en 2020.

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

(2) Décrets n°s 2020-327 du 25 mars 2020 et 2020-603 du 20 mai 2020.

• En outre, une ordonnance a autorisé l'ACOSS à consentir des **prêts et avances de trésorerie aux régimes complémentaires** ⁽¹⁾.

La fédération 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) a sollicité un financement à ce titre. La demande, formulée le 7 mai 2020, portait sur un besoin de 8 milliards d'euros pour les échéances de pensions en juin et juillet, reposant sur l'hypothèse d'une perception de 50 % des cotisations escomptées.

Cependant le Gouvernement et le régime complémentaire sont convenus, le 29 mai 2020, de ne pas recourir à cette option.

Il est rapidement apparu que, grâce à l'absence de réduction de la valeur de cession théorique de ses actifs et d'un encaissement de cotisations meilleur qu'escompté dès le mois d'avril, la crédibilité de l'AGIRC-ARRCO auprès des établissements de crédit s'est maintenue à un niveau satisfaisant.

Ces éléments ont été confirmés par son directeur : le déficit de 10 milliards d'euros envisagé en mai est révisé à 6,5 milliards d'euros en octobre 2020. Il atteindrait 3,6 milliards d'euros en 2021 puis se stabiliserait à 2 milliards d'euros grâce à une meilleure rentrée des cotisations malgré les possibilités des reports d'échéances. En revanche, à paramètres (valeur du point, etc.) inchangés, la date théorique d'épuisement de ses réserves serait avancée de 2033 à 2026.

b. 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 ⁽²⁾.

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 ⁽³⁾.

(1) Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale, prise sur le fondement de l'habilitation prévue au i) du 1° du I de l'article 11 de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19.

(2) 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.

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

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⁽¹⁾ 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⁽²⁾.

c. 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 ;

– 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* ».

Pour mémoire, le Gouvernement a annoncé, le 20 novembre 2019, une reprise en trois ans d'environ 10 milliards d'euros de la dette des hôpitaux publics, pour soutenir leurs investissements dans le cadre du plan d'urgence pour les hôpitaux. Les rapporteuses pour avis saluent cet effort considérable.

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.

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

(2) *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.*

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
<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
Tiers des emprunts des établissements hospitaliers		13
Total	2033	136

Source : commission des finances.

Son article 2 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.

La dette des établissements hospitaliers

Puisque chaque établissement possède son propre bilan, la « dette des hôpitaux » n'existe pas en tant qu'agrégat, même si elle est intégrée dans le périmètre des organismes divers d'administration sociale (ODASS) en comptabilité maastrichtienne.

D'après l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), l'encours agrégé de la dette hospitalière était de 33,1 milliards d'euros en 2017 ⁽¹⁾. En 2019, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) chiffrait ces passifs à 30,2 milliards d'euros (hors frais financiers, soit près de 850 millions d'euros) et estimait que près d'un établissement sur deux était déficitaire.

Selon la Cour des comptes ⁽²⁾, le stock de la dette des établissements publics de santé est réparti à 85 % auprès de banques, 9 % sous forme de prêts obligataires et 6 % dans le cadre de partenariats public/privé (PPP). Après un « emballement », soit un triplement entre 2002 et 2012, la dette a connu une « stabilisation » en 2015 avant d'amorcer une « diminution » depuis 2016. Les établissements hospitaliers ont toutefois été conduits à limiter leurs investissements.

Le mécanisme de la reprise par la CADES s'appuie sur les recommandations des inspections générales des finances (IGF) et des affaires sociales (IGAS) ⁽³⁾.

D'après l'ATIH, l'encours agrégé de la dette hospitalière était de 33,1 milliards d'euros en 2017. En 2019, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) chiffrait ces passifs à 30,2 milliards d'euros (hors frais financiers).

En novembre 2019, le Premier ministre a présenté le plan d'urgence pour l'hôpital public. Parmi les mesures annoncées, il y avait la reprise par l'État de la dette des hôpitaux à hauteur de 10 milliards d'euros sur trois ans, soit près d'un tiers de l'encours total estimé à 33 milliards d'euros d'après l'INSEE.

C'est un montant considérable qui témoigne de la situation financière particulièrement fragile des hôpitaux français. D'après un rapport de la DREES, près d'un établissement sur deux (48 %) était déficitaire en 2018.

Résultat, la dette globale a augmenté de 40 % ces dix dernières années, obligeant les établissements hospitaliers à limiter leurs investissements.

Cet endettement massif se traduit par des remboursements colossaux. Les intérêts de la dette de tous les hôpitaux publics représentent près de 850 millions d'euros chaque année. En 2015, 319 établissements étaient en situation d'endettement excessif, selon la Cour des comptes.

La promesse est désormais concrète, grâce à une reprise de la dette hospitalière à hauteur de 13 milliards d'euros.

d. 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

(1) Néanmoins, les derniers chiffres arrêtés remontent déjà au 5 décembre 2017.

(2) Cour des comptes, La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir, février 2018.

(3) IGF et IGAS, Évaluation de la dette des établissements de santé et des modalités de sa reprise, avril 2020.

jusqu'à l'extinction des missions » de la CADES, la nouvelle disposition prolonge également le prélèvement de cette contribution au-delà de 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 à 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 indiqué que 20 milliards d'euros de transferts étaient déjà effectifs et que 13,4 milliards d'euros avaient déjà été levés, correspondant à 10 % environ de la reprise :

– le 9 septembre 2020, la caisse a sollicité 5 milliards d'euros sur le marché de l'euro et a réalisé un livre d'or record de 16 milliards d'euros, avec 270 investisseurs, pour un taux de 0,025 % à dix ans et 76 % de titres sociaux ⁽¹⁾ ;

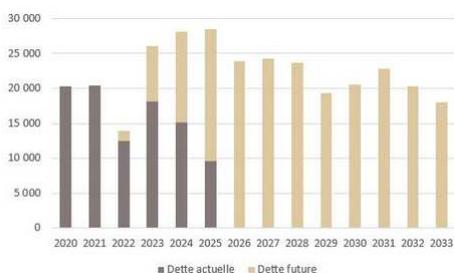
– le 14 septembre 2020, se plaçant sur le marché du dollar, la caisse a levé 4 milliards d'euros, étalés sur cinq ans, empruntant à -0,427 % et avec une sensibilité sociale de 18 %, le livre d'or s'établissant à 5,4 milliards d'euros ;

– le 29 septembre 2020, de retour sur le marché de l'euro, la caisse a emprunté 7 milliards d'euros d'une maturité de 7 ans, pour un taux de -0,277 % et un livre d'or de 14 milliards d'euros, les 202 investisseurs montrant une appétence de 66 % pour les titres sociaux.

Les rapporteuses pour avis tiennent à signaler leur grande satisfaction quant à l'apport de titres sociaux dans les levées de fonds opérées en septembre 2020 et tiennent à féliciter M. Jean-Louis Rey, président de la CADES, et ses équipes de leur célérité dans la mise en œuvre de ces outils.

ÉCHÉANCIER PRÉVISIONNEL DES EMPRUNTS DE LA CADES DE 2020 À 2033

(en millions d'euros)



Hypothèses de (re)financement

Maturités	% maturité émises par an
2 ans	7,5
3 ans	25
5 ans	30
7 ans	15
10 ans	22,5

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 : DES AJUSTEMENTS VOLONTARISTES POUR CONTRIBUER À LA RELANCE

L'amortissement des effets de la crise a été facilité en 2020 par des allègements qui continueront à produire effet en 2021 (A), ainsi que des choix équilibrés en fonction de la fragilité ou de la résilience respective des assujettis (B).

A. LES ALLÈGEMENTS DE COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS

Pour faire face à la crise sanitaire et économique, les pouvoirs publics ont massivement réduit les prélèvements obligatoires en 2020 (1) et pérennisent en 2021 une mesure spécifique aux exploitants agricoles (2).

1. Les mesures fortes en réaction à la crise sanitaire en 2020

En 2020, les assurés ont pu bénéficier de reports d'échéance (1), d'exonérations (2) et d'aides au paiement (3).

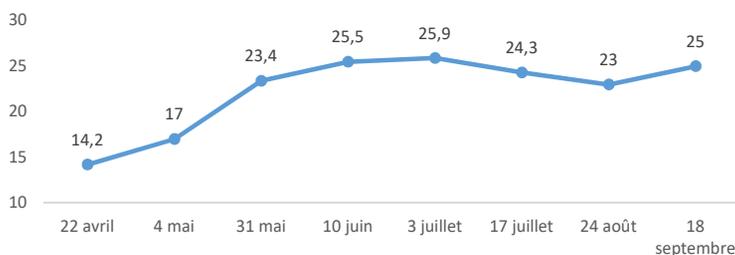
a. Les facilités de trésorerie

Dans le but de soulager les comptes des entreprises et donc de préserver au maximum les emplois en vue de la relance, des **reports** ou des **délais de paiement des cotisations et contributions de sécurité sociale**, sans majoration ni pénalité, ont pu être accordés sur simple demande de la part des entreprises, ou de manière automatique pour les travailleurs non-salariés (TNS) ⁽¹⁾. L'obligation de demande a été rétablie, selon les cas, en juin ou juillet 2020.

À la date de remise du présent avis, le coût de ces reports est estimé à 25 milliards d'euros.

MONTANT DES COTISATIONS SOCIALES REPORTÉES EN 2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances d'après les données du comité institué par le IX de l'article 6 de la loi n° 2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020.

(1) Article 3 de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux ; 3° de l'article 4 de l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales.

À ce stade, deux remarques s'imposent :

– d'une part, le montant reporté correspond à une fraction de moins en moins importante des sommes dues au fur et à mesure, avec par exemple 14,2 milliards d'euros reportés sur 38 milliards d'euros appelés à la mi-avril, mais seulement 25 milliards d'euros sur 166,7 milliards d'euros à la mi-septembre ;

– d'autre part, il est encore malaisé, d'anticiper dans quelle mesure ces cotisations seront encaissées avant la fin du plan d'apurement, avec retard, ou combien feront l'objet d'un défaut de paiement au final.

Par ailleurs, le 13 mars 2020, a été décidée la suspension des actions de relance amiable, de recouvrement amiable et de recouvrement forcé après mise en demeure, y compris pour les créances antérieures, ainsi que l'octroi de délais en matière de contrôle et de contentieux ⁽¹⁾.

b. Les exonérations, réductions et aides au paiement

● Le régime de l'activité partielle a été adapté en mars 2020 afin que les salariés puissent être placés dans cette position – du fait soit de la fermeture temporaire de leur établissement, soit de la réduction de l'horaire de travail pratiqué dans leur établissement, soit, depuis le 1^{er} mai 2020, en cas de vulnérabilité ou de l'impossibilité d'envoyer leurs enfants à l'école ⁽²⁾ – en ayant une perte de salaire minime, voire nulle.

L'entreprise verse une indemnité horaire aux salariés, au moins égale à 70 % de leur salaire brut horaire soit environ 84 % du salaire net horaire (100 % pour un SMIC). Cette indemnité est exonérée de cotisations, mais assujettie (sur une assiette abattue de 1,75 %) à la contribution sociale généralisée (CSG), au taux de 6,2 %, ainsi qu'à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), au taux de 0,5 %.

L'assiette exonérée a été élargie à l'occasion de la crise du covid-19 :

– le plafond de salaire donnant lieu à allocation a été porté de 1 à 4,5 SMIC, faisant passer la prise en charge publique moyenne à 13,90 euros par heure (dont 9,30 euros par l'État et 4,60 euros par l'UNÉDIC) ;

– le dispositif a été rendu accessible aux assistants maternels et employés à domicile, ainsi qu'à de nombreuses catégories de salariés habituellement exclus du dispositif, comme les voyageurs, représentants et placiers (VRP) ou salariés disposant d'un forfait jours ;

– le plafond des 1 000 heures par salarié et par an a été supprimé au profit d'une prise en charge de l'intégralité des heures chômées à ce titre depuis le 1^{er} mars 2020.

(1) Article 4 de l'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020, précitée.

(2) Article L. 5122-1 du code du travail.

Les sommes versées par les employeurs au-delà de ce qui leur est remboursé ont temporairement été exonérées à 100 % ⁽¹⁾ dans la limite de 4,5 fois le salaire minimum (SMIC).

- Les aides versées aux entreprises par le **fonds de solidarité** ⁽²⁾ – dont les versements s'établissent à 6,1 milliards d'euros courant octobre 2020 ⁽³⁾ – sont exonérées de l'impôt sur le revenu (IR) et sur les sociétés (IS) ainsi que de l'ensemble des prélèvements sociaux ⁽⁴⁾.

- Il en va de même pour les **primes** attribuées aux agents publics particulièrement mobilisés ⁽⁵⁾ : personnels des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et certains fonctionnaires et militaires, notamment dans les forces de sécurité.

En revanche, le report (du 30 juin au 31 août) de la date limite de versement de la prime désocialisée dite Macron et la suppression de la condition de signature d'un accord d'intéressement ⁽⁶⁾ est neutre pour les comptes publics :

- d'une part, la prime n'aurait pas été versée si elle n'avait pas été prolongée et assouplie ;

- d'autre part, elle ne peut pas être utilisée par l'employeur pour verser le même net à ses collaborateurs en réduisant le brut ⁽⁷⁾.

- Le plafond de rémunération des **heures supplémentaires** exonérées de prélèvements sociaux a été rehaussé de 5 000 à 7 000 euros ⁽⁸⁾.

- Les **indépendants** se sont vus appliquer d'office une réduction de 50 % du montant de revenu sur la base duquel sont calculées leurs cotisations provisionnelles exigibles en 2021 et qui demeure régularisable.

Cette mesure devrait, d'après la Cour des comptes, avoir un effet report de 7,1 milliards d'euros.

(1) Ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle.

(2) Ordonnance n° 2020-317 du 25 mars 2020 portant création d'un fonds de solidarité à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques, financières et sociales de la propagation de l'épidémie de covid-19 et des mesures prises pour limiter cette propagation.

(3) Site officiel de la direction générale des finances publiques (DGFIP), consulté le 11 octobre 2020.

(4) I de l'article 1^{er} de la loi n° 2020-473, précitée.

(5) I de l'article 11 de la loi n° 2020-473, précitée.

(6) Article 1^{er} de l'ordonnance n° 2020-385 du 1^{er} avril 2020 modifiant la date limite et les conditions de versement de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat.

(7) Le 4^o du II de l'article 7 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales dispose qu'« elle ne peut se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du Code de la sécurité sociale, versés par l'employeur [...] ; elle ne peut non plus se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur ».

(8) Article 81 quater du code général des impôts, modifié par le I de l'article 4 de la loi n° 2020-473, précitée.

- L'article 65 de la troisième LFR pour 2020 a instauré trois mesures :

– une **exonération** des cotisations patronales pour les entreprises de moins de 250 salariés relevant du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, du sport, de la culture, de l'aérien et de l'événementiel, ainsi que des secteurs liés (périodes d'emploi de février à mai 2020) et pour les entreprises de moins de 10 salariés relevant d'autres secteurs mais ayant subi une interdiction d'accueillir du public en raison de la crise sanitaire (périodes d'emploi de février à avril 2020) ;

– une **aide au paiement** pour les entreprises éligibles aux exonérations précitées, prenant la forme d'un crédit de cotisations sociales égal à 20 % des revenus pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations des mêmes périodes d'emploi que les exonérations, mobilisable pour le paiement des prélèvements sociaux exigibles au titre de 2020 ;

– une **réduction forfaitaire** de cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants de certains secteurs⁽¹⁾, pour un montant annuel de 1 800 ou 2 400 euros, et les artistes-auteurs, pour 500 à 2 000 euros en fonction du revenu artistique déclaré au titre de 2019.

Ces trois derniers dispositifs sont financièrement neutres pour la sécurité sociale, les 3,9 milliards d'euros de manque à gagner étant intégralement compensés par l'État, en application de la loi dite Veil (*cf. infra*) par l'ouverture de crédits sur la mission *Plan d'urgence*.

L'article 6 du PLFSS met en œuvre cette compensation. Les crédits budgétaires dédiés seront intégralement versés à l'ACOSS et à la CCMSA, qui se voient confier la mission de reverser les sommes escomptées aux branches et autres affectataires (par exemple, le fonds national d'aide au logement).

L'étude d'impact précise que « *les montants [...], qui ne sont pas minorés de l'aide au paiement, seront retracés en produits de cotisations sociales comme s'ils avaient été effectivement encaissés directement auprès des cotisants* ».

2. La reconduction d'un dispositif utile aux agriculteurs en 2021 et 2022

L'article 13 du PLFSS maintient le dispositif d'exonération de la part patronale des cotisations sociales pour l'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi (TO-DE) jusqu'à fin 2022.

Cet allègement prévu à l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime est limité à 119 jours ouvrés par an et par salarié : 73 000 entreprises de la production y ont recours en moyenne, soit près de la moitié d'entre elles, ce qui correspond à 900 000 contrats et une masse salariale de 1,7 milliard d'euros.

(1) Décret n° 2020-1103 du 1^{er} septembre 2020.

En raison de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement pérenne de cotisations sociales (de 6 points jusqu'à 2,5 SMIC) et de l'augmentation des allègements généraux sur les bas salaires (de 4 points au niveau du SMIC), l'article 8 du PLFSS pour 2019 prévoyait la suppression du TO-DE à compter du 1^{er} janvier 2019.

Cependant, les débats parlementaires avaient conduit au maintien du TO-DE jusqu'à fin 2020, dans une version transformée : au lieu d'une exonération totale jusqu'à 1,25 SMIC puis dégressive jusqu'à s'annuler à 1,5 SMIC, l'allègement est désormais entier jusqu'à 1,2 SMIC et décroît jusqu'à 1,6 SMIC.

Dans le contexte actuel, la viticulture, l'arboriculture et le maraîchage ont été particulièrement affectées, du fait de la survenue du pic de l'épidémie à un moment crucial du cycle de récoltes et de la restriction des déplacements.

La nouvelle formule du TO-DE, reconduite, réduit la perte de recettes de la sécurité sociale à hauteur de 13 % par rapport au dispositif antérieur à 2019 :

– jusqu'à 2020, elle était compensée par des crédits inscrits sur la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales* du budget général de l'État ;

– le II de l'article 30 du PLF pour 2021 prévoit désormais l'affectation de 389 millions d'euros de TVA à la Mutualité sociale agricole (MSA).

La Mutualité sociale agricole

Avec 5,6 millions d'affiliés, la MSA constitue le **deuxième régime** de sécurité sociale après le régime général : elle couvre à la fois les non-salariés (exploitants) et salariés agricoles, mais aussi ceux des coopératives agricoles, du Crédit agricole, de Groupama, des lycées privés agricole et des chambres d'agriculture. d'agriculture. Cependant, on observe une baisse du nombre d'affiliés.

La caisse centrale de la MSA représente le régime agricole auprès des pouvoirs publics ; elle est une force de proposition pour une politique sociale adaptée aux besoins de la population agricole et plus largement du monde rural. Elle initie et définit les voies de développement de la MSA en renforçant et en valorisant ses atouts et ses particularités. Elle détermine les relations partenariales à mettre en place pour l'amélioration du service rendu à ses ressortissants et plus largement à la population rurale.

Depuis près de 70 ans, les 35 caisses locales MSA emploient 15 300 collaborateurs qui s'occupent de la protection sociale des agriculteurs et des personnes travaillant dans le monde agricole ainsi que de leurs familles. La MSA gère toutes les prestations familiales, les prestations santé, la retraite, avec l'originalité de servir de **guichet unique pour tous les risques sociaux**. Elle a servi 28,3 milliards d'euros de prestations de toute nature en 2018 (missions dans le domaine de la protection sociale, complémentaires santé et prévoyance, services à la personne, en renforçant et développant la prévention santé et l'action sanitaire et sociale, etc.) ; ses charges de sécurité sociale devraient s'élever à 12,1 milliards d'euros en 2019, 12,5 milliards d'euros en 2020 et 12,7 milliards d'euros en 2021.

En 2018, ses prélèvements se sont élevés à 16,3 milliards d'euros, ce que la Cour qualifie de « *point noir* », notamment à cause de forts taux de restes à recouvrer. Ses recettes au titre de la sécurité sociale sont estimées à 10,5 milliards d'euros en 2019, 10,1 milliards d'euros en 2020 et 10,1 milliards d'euros en 2021.

La suspension des cotisations sociales, en plus de mécontenter les organismes sociaux qui ne souhaitent pas de suspensions des cotisations, a surpris certains exploitants désirant s'en acquitter.

Deux préconisations retiennent particulièrement l'attention des rapporteuses pour avis :

– d'une part, il faut **mesurer de manière objective la quantité de travail des personnels de la MSA**, afin de trouver le bon équilibre entre la dématérialisation, la mutualisation et la spécialisation des antennes (où un agent effectue 3,5 fois moins de rendez-vous que dans une caisse primaire d'assurance maladie) ; les territoires n'ayant pas la même configuration.

– d'autre part, pour première fois dans le cadre des travaux préparatoires de la prochaine COG la problématique est inversée, de sorte que la triple tutelle accepte de partir des besoins, et de co-construire les réponses à y apporter et la mission de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en cours, sur l'actuelle convention pour évaluation.

B. LA JUSTE RÉPARTITION DE L'EFFORT

La détermination du plafond annuel de la sécurité sociale est modifiée pour garantir les droits des assurés individuels (1), tandis que la participation des complémentaires et de l'industrie est réévaluée (2). La crise ne détourne pas l'exécutif de son ambition de simplifier les circuits de recouvrement (3).

1. La neutralisation des effets de la crise sur l'emploi dans le calcul de l'assiette des prélèvements et de certaines prestations

L'article 12 du PLFSS modifie l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale dans le but d'éviter une baisse du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) lorsque l'évolution négative du salaire moyen par tête (SMTP) réduirait sa valeur nominale. Tel est le cas en 2020, avec un SMTP en recul de 5,7 %.

Or, le PASS est une valeur de référence qui sert tant au calcul de nombreuses cotisations ou exonérations, notamment pour la branche vieillesse, que de prestations, comme les indemnités de congé maternité. Il est également mentionné dans le Code du travail en ce qui concerne la délimitation des sommes pouvant être versées au titre de la participation et de l'intéressement ou le plancher de gratification versée aux stagiaires en entreprise.

Le montant du PASS sera par conséquent au moins égal à celui de l'exercice précédent en cas de variation du SMTP portant préjudice aux droits des assurés. En 2021 comme en 2020, il sera de 41 136 euros. Cette réforme s'applique à compter de l'année à venir mais aura des effets structurels au-delà.

2. L'ajustement de la contribution de certaines entreprises

Le Gouvernement propose de créer une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires (a) et de réviser les seuils d'imposition de l'industrie pharmaceutique (b).

a. La participation des complémentaires santé

● L'article 3 du PLFSS vise à créer, pour l'année 2020, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires (OC), c'est-à-dire essentiellement les mutuelles, mais aussi les institutions de prévoyance et les assurances, destinée à soutenir la couverture des dépenses de l'assurance maladie obligatoire (AMO) liées à la gestion du covid-19.

Compte tenu de la moindre activité de ville pendant le confinement et de la prise en charge renforcée de certains actes, tels la téléconsultation, par l'AMO (*cf. infra*), les OC ont versé 2,2 milliards d'euros de remboursements de moins que ce qui aurait pu être observé toutes choses égales par ailleurs. Assise sur les primes et cotisations et fixée au taux de 2,6 %, la contribution sera recouvrée selon les mêmes modalités que la taxe de solidarité additionnelle (TSA), au plus tard le 31 janvier 2021. Elle devrait générer une recette d'un milliard d'euros.

● **L'article 10 du PLFSS** prévoit l'instauration d'une contribution exceptionnelle équivalente pour l'année 2021, ayant les mêmes redevables et la même assiette, mais un taux inférieur de 1,3 %. Elle sera recouvrée au plus tard le 31 janvier 2022, pour un rendement prévisionnel de 500 millions d'euros.

Les rapporteuses pour avis ont pris connaissance des arguments des complémentaires selon lesquelles elles se trouveraient dans l'impossibilité de reverser le bénéfice des économies précitées à leurs affiliés, par exemple grâce à une suspension de l'appel des primes pendant une ou plusieurs échéances, ou dans l'obligation d'augmenter leurs tarifs.

Elles rappellent cependant que, d'une part, une décision similaire avait également été prise en 2009 (taux de 3,5 %) et 2010 (7 %), avec un produit d'environ 1 milliard d'euros, en partie affecté au fonds pour la couverture maladie universelle (CMU) et que, d'autre part, entre 2009 et 2019, le chiffre d'affaires des OC en matière de frais de santé est passé de 27 à 38,9 milliards d'euros.

Elles estiment donc que l'effort demandé, alors même que le prolongement de certaines prises en charge à 100 % par les régimes obligatoires, pour les tests et les téléconsultations est prévu dans ce PLFSS pour 2021, est proportionné et acceptable pour les organismes concernés. Elles resteront attentives aux variations de cotisations appliquées dans les prochaines années par les organismes complémentaires pour s'assurer que ces cotisations n'augmentent pas de façon indue.

b. L'assujettissement des producteurs de médicaments

L'**article 17 du PLFSS** procède à l'actualisation annuelle d'une contribution *ad hoc* à laquelle sont assujetties les entreprises fabricant des médicaments et dispositifs médicaux (DM).

Afin de contribuer au respect de l'ONDAM, le Comité économique des produits de santé (CEPS) et la CNAM négocient avec les industriels. Par ailleurs, une clause de sauvegarde prévoit de déclencher une taxe lorsque la croissance des dépenses de médicaments et DM remboursables dépasse un seuil, fixé pour 2021 à respectivement 23,994 milliards d'euros et 2,09 milliards d'euros.

Cependant, les entreprises verraient leur contribution diminuée en contrepartie d'un engagement à préserver l'approvisionnement de la France pour des médicaments, parfois anciens, dont la crise a rappelé le caractère prioritaire.

3. La poursuite des simplifications en matière de recouvrement

● **L'article 14 du PLFSS** vise à offrir aux particuliers développant une activité économique d'importance modérée, par exemple au moyen des plateformes dématérialisées de l'économie collaborative, un droit d'option en vue d'une déclaration simplifiée de leurs revenus auprès du régime général, à la condition qu'ils soient inférieurs à un seuil dont la fixation est renvoyée à l'autorité réglementaire, sans devoir créer d'entreprise.

Dès lors qu'elles sont lucratives, ces activités sont assujetties à divers prélèvements fiscaux et sociaux. Or, comme l'indique l'évaluation de l'article 14 du PLFSS, « *un des attraits de l'économie numérique pour les particuliers est la simplicité de conclusion et de réalisation des échanges ; pour les activités de faible envergure, cette simplicité est peu compatible avec les procédures habituelles de déclaration [...], que ce soit sous forme indépendante (du fait des contraintes inhérentes à l'obligation de création d'une entreprise) ou salariée (en l'absence de relation suivie entre le prestataire et le commanditaire)* ».

Au-delà des dispositifs existants, comme le statut de micro-entrepreneur et, corrélativement, le régime micro-social, ainsi que les facilités croissantes de recours aux chèques emplois service universel (CESU), cet article propose d'élargir le droit d'option pour le régime général destiné aux activités de location de meublés générant plus de 23 000 euros annuels.

Les particuliers qui le souhaitent, percevant moins de 1 500 euros ⁽¹⁾ mensuels au titre de leur insertion dans l'économie collaborative (services de bricolage, aides au déménagement, tutorat, micro-tâches sur internet, import de produits revendus en France, bijouterie artisanale, etc.), seront autorisés à s'affilier directement au régime général et seront assimilés, en ce qui concerne leurs cotisations, à des salariés. Cette option facilite le cumul d'activités mais réduit les difficultés liées à la poly-affiliation. Une page sera créée sur le site des URSSAF.

(1) Montant préconisé par l'IGAS dans son rapport Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale de mai 2016.

La protection sociale des indépendants

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait acté la suppression du régime social des indépendants (RSI) et la création de la sécurité sociale des indépendants (SSI) au sein du régime général. L'année 2020 aura été marquée par la fin de la période de transition de deux ans pour l'intégration des activités, des assurés et des personnels de la SSI. Ce changement avait donné lieu également à des mesures en faveur du pouvoir d'achat des indépendants (exonération de cotisations en 2019 pour les créateurs d'entreprise) et de l'allongement de leur couverture santé (allongement du congé maternité pour les indépendantes).

Mais la crise du covid-19 a particulièrement touché les travailleurs indépendants. C'est pourquoi l'État a fait preuve de volontarisme pour les aider à travers un ensemble de mesures :

- le revenu théorique sur lequel sont calculées les cotisations des indépendants a été automatiquement divisé par deux, afin de prendre en compte la perte de revenus immédiate des indépendants ;
- le fonds de solidarité pour les TPE, indépendants et micro-entrepreneurs leur a permis de toucher rapidement 1 500 euros par mois ;
- le report de paiement d'échéances sociales et fiscales a été automatisé et généralisé dans un premier temps puis il a pu être prolongé à la demande ;
- des remises ou des étalements d'impôts ont été consentis sans pénalités ;
- les prêts de trésorerie garantis par l'État par le biais de Bpifrance ont été largement octroyés par les banques ;
- la suspension des charges fixes (factures de gaz et d'électricité) et des loyers ont été rendus possibles par des dispositifs d'accompagnement des créanciers.

Toutefois, au regard de la situation, des incertitudes subsistent sur l'activité des indépendants dans un contexte de crise économique. Les rapporteuses partagent l'inquiétude de la présidente du SSI concernant la prise en compte de la dette sociale des indépendants en tant que personne physique. Elles seraient favorables à une disposition temporaire permettant aux chefs d'entreprise qui déposeraient le bilan, de conserver la dette sociale au sein de la procédure collective de leur entreprise et de ne pas leur faire porter ce type de dette à titre personnel en cas de faillite.

En outre, les rapporteuses pour avis relèvent l'intéressante étude du HCFiPS sur la protection sociale des indépendants, publiée le 24 septembre 2020. Est rappelée l'importance de renforcer l'équité des droits sociaux des non-salariés et de clarifier les règles quant à leur rattachement à tel ou tel régime de sécurité sociale.

L'exemple d'un artisan qui, pour un même niveau de revenu net disponible avant impôt et pour une carrière complète, « percevra une pension de retraite annuelle de trois fois le niveau effectif des cotisations vieillesse acquittées annuellement, là où le salarié touchera une pension de 6,4 fois ce niveau » est particulièrement frappant.

● **L'article 15 du PLFSS** procède à l'unification des déclarations fiscales et sociales des revenus auxquelles les non-salariés agricoles sont tenus.

Actuellement, les près de 370 000 chefs d'exploitation doivent satisfaire à des obligations distinctes : d'une part, les liasses fiscales professionnelles, généralement remplies par des tiers, et la déclaration de revenus auprès de la direction départementale des finances publiques (DDFiP) s'agissant de l'impôt sur le revenu (IR) ou sur les sociétés (IS) et, d'autre part, la déclaration des revenus professionnels auprès de la caisse départementale ou interdépartementale de MSA, en ce qui concerne les prélèvements sociaux. Seul ce premier envoi est conservé.

Outre une simplification pour les indépendants agricoles, la mesure fiabilisera les données de l'ensemble des prélèvements et garantira un calcul plus juste des droits en matière de santé, de retraite, de formation professionnelle, etc.

Le rapprochement prendra effet en 2022, au titre des revenus de 2021.

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. DES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT CLARIFIÉES

Seront abordés le schéma de compensation des exonérations et réductions de prélèvements sociaux en 2021 (1), puis 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.

(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.

Conformément à l'article L.O. 111-3 du Code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, **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 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 ⁽²⁾, qui clarifie les contours d'une solidarité financière renouvelée entre les deux sphères.

Les rapporteuses 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 68,8 milliards d'euros en 2019, 67,8 milliards d'euros en 2020 et 69,8 milliards d'euros en 2021.

Il convient de rappeler qu'il 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.

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

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

ÉVOLUTION DES MONTANTS DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET CIBLÉS DE 2019 À 2021

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021
Allègements généraux (compensés)	59,99	55,01	61,16
Cotisations patronales sur les bas salaires	27,85	25,69	29,08
<i>dont sécurité sociale</i>	20,81	17,15	19,41
<i>dont contributions au FNAL et à la CNSA ⁽¹⁾</i>	0,62	0,51	0,58
<i>dont assurance chômage et retraite complémentaire</i>	6,42	8,03	9,09
Cotisations maladie des salariés	22,16	20,45	21,82
Cotisations maladie des assurés de régimes spéciaux	0,28	0,24	0,25
Cotisations famille des salariés	7,73	7,13	7,61
Cotisations famille des indépendants	1,23	0,85	1,52
Cotisations maladie des indépendants	0,74	0,65	0,87
Allègements ciblés (compensés)	5,73	7,57	5,68
Allègements ciblés (non-compensés)	2,12	1,91	1,99
Total des mesures en faveur de l'emploi	68,83	67,84	69,77

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe V du PLFSS pour 2021.

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.

En 2021, le poids des cotisations devrait donc être de 50,9 %, contre 47,2 % pour celui des ITN.

Cet état de fait traduit l'évolution tendancielle vers un système de protection sociale dit « beveridgien ».

(1) Financement du fonds national pour l'accès au logement et contribution de solidarité pour l'autonomie.

ÉTAT PRÉVISIONNEL DES RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Autonomie	Régime général	FSV	RG + FSV ⁽¹⁾
Cotisations effectives	74,4	89,7	31,0	12,7	0,0	206,1	0,0	206,1
Cotisations prises en charge par l'État	2,4	2,3	0,7	0,1	0,0	5,5	0,0	5,5
Cotisations fictives d'employeur	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée	48,4	0,0	12,4	0,0	28,0	88,5	16,9	105,4
Impôts, taxes et autres contributions sociales	65,2	16,6	5,5	0,0	2,8	90,1	0,0	90,1
Charges liées au non-recouvrement	- 0,9	- 0,7	- 0,1	- 0,1	- 0,1	- 2,0	- 0,2	- 2,2
Transferts	1,8	29,1	0,2	0,0	0,4	19,7	0,0	2,2
Produits financiers	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits	6,7	0,3	0,8	0,5	0,0	8,2	0,0	8,2
Totaux	197,9	137,4	50,4	13,2	31,2	416,2	16,7	415,4

Source : annexe C du PLFSS pour 2021.

Dans le détail :

– les cotisations progresseraient de 8,9 % en 2021, soit un rythme supérieur à celui de la masse salariale ;

– les recettes de CSG s'accroîtraient de 8,4 %, avec une hausse de 12,6 % de la CSG assise sur les revenus d'activité contrebalancée par une baisse de 1,7 % de la CSG assise sur les revenus de remplacement, en raison, selon la CCSS, « d'un recours nettement plus faible à l'activité partielle, mais aussi d'une revalorisation des pensions plus modérée (0,4 %), conséquence d'une faible inflation », tandis que la CSG assise sur les jeux resterait stable et que la CSG assise sur les revenus du patrimoine baisserait de 1,6 % ;

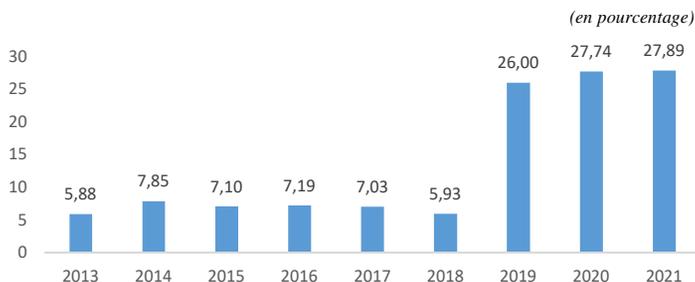
– les impôts assis sur la valeur ajoutée ou la consommation croîtraient avec la reprise économique tandis que, toujours d'après la CCSS, « plusieurs recettes subissent de manière décalée les effets de la crise, leur rendement étant basé sur une assiette se rattachant à 2020, comme la C3S (- 8,0 %), le forfait social (- 6,7 %), les prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d'action (- 3,8 %) ».

L'article 30 du PLF pour 2021 prévoit une hausse de 0,25 point de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, qui passe à 27,89 % de son rendement (36,7 milliards d'euros). Cet ajustement est motivé par la simplification du circuit de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), transférée à la CNAM, la compensation de la suppression de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux ⁽²⁾, le financement de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna et la prorogation du TO-DE (cf. supra).

(1) Après transferts.

(2) Article 21 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

TAUX DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2013 À 2021



Source : commission des finances.

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 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 qu'entraîne la création de la branche autonomie par l'article 5 de la loi du 7 août 2020, précitée, et qu'organise l'article 16 du PLFSS.

Actuellement, la CNSA dépose ses fonds sur le compte unique du Trésor et n'est pas habilitée à recourir à des ressources non-permanentes, ce qui la contraint parfois à utiliser ses réserves.

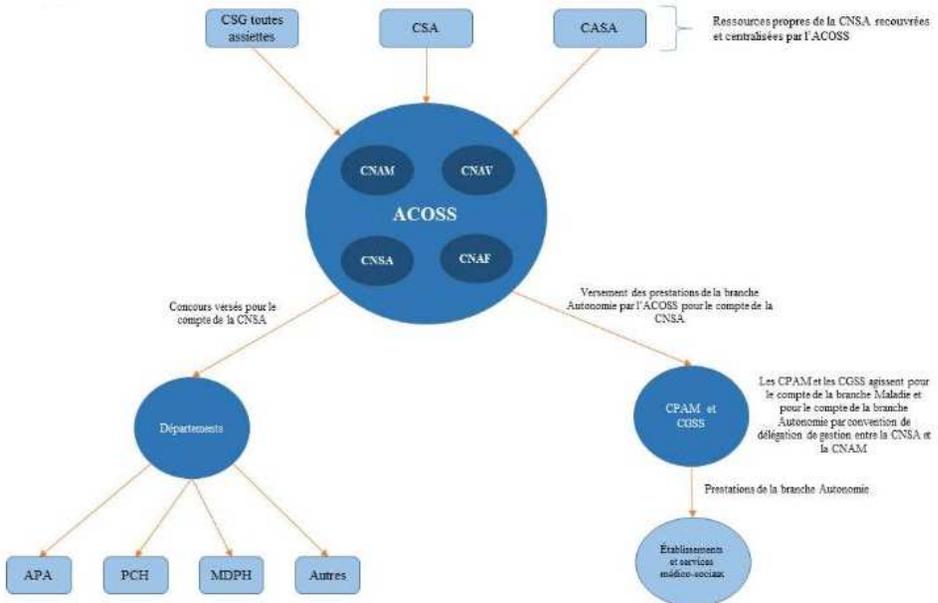
Son nouveau statut de caisse du régime général implique que la trésorerie de la CNSA soit centralisée auprès de l'ACOSS, alors que les relations financières des deux structures se limitaient :

– 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) ;

– au versement à la CNAM d'une participation à diverses prestations services dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), dans l'autre sens (1,7 milliard d'euros).

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

ARCHITECTURE DES FLUX ENTRANTS ET SORTANTS DE LA BRANCHE AUTONOMIE



Source : annexe IX du PLFSS pour 2021.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

Pour les dépenses des branches maladie (I), vieillesse (II), famille (III), AT-MP (IV), et désormais autonomie (V), la crise sanitaire liée au covid-19 a représenté des conséquences plus ou moins massives et a conduit les organismes de sécurité sociale à adapter leur activité.

I. UNE SOLLICITATION SANS PRÉCÉDENT DE LA BRANCHE MALADIE DANS UN CONTEXTE DE CRISE, SE TRADUISANT PAR DES DÉPENSES CONJONCTURELLES ET STRUCTURELLES SUPPLÉMENTAIRES

La crise sanitaire a conduit à augmenter brutalement et avec une ampleur inédite les dépenses de la branche maladie, aggravant un déficit déjà creusé par les pertes de recettes (*cf. supra*). Si l'ONDAM pour 2019 a été sous-exécuté (A), la crise sanitaire a entraîné son dépassement dans des proportions importantes en 2020 (B). En raison de réformes structurelles et de surcoûts persistants dus à la situation épidémique, l'ONDAM pour 2021 poursuivra une trajectoire ascendante bien que moins brutale qu'en 2020 (C).

A. L'ONDAM POUR 2019 A ÉTÉ LÉGÈREMENT SOUS-EXÉCUTÉ

L'ONDAM pour 2019 tel que fixé par la LFSS pour 2020 s'établissait à 200,4 milliards d'euros. Les dépenses finalement enregistrées se sont élevées à 200,2 milliards d'euros, légèrement en deçà de l'objectif.

La sous-exécution des dépenses relatives aux établissements de santé et des dépenses des établissements de santé liés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique expliquent la majeure partie de cette sous-exécution : elles sont inférieures de 210 millions d'euros aux objectifs rectifiés ⁽¹⁾.

Par conséquent, les dépenses de santé progressent de 2,6 % par rapport à l'année 2018, s'inscrivant dans une tendance de long terme de progression modérée des dépenses de santé en France, de l'ordre 2 % par an en moyenne ⁽²⁾.

Au total, l'ONDAM pour 2021 apparaît comme l'addition d'une augmentation des moyens (5,1 milliards d'euros) supérieure à celle constatée en moyenne depuis cinq ans (4 milliards d'euros) de mesures nouvelles au titre du « Ségur de la santé » (7,4 milliards d'euros), pour la plus grande part sous forme de revalorisations salariales dans les établissements de santé et médico-sociaux, et d'une provision de 4,3 milliards d'euros de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Depuis 2019, hors mesures exceptionnelles pour faire face à la pandémie, l'ONDAM progresserait ainsi de 4,3 % par an en moyenne, soit deux fois plus vite que sur les cinq dernières années (2,2 % en moyenne annuelle).

(1) Annexe VII du PLFSS pour 2021.

(2) REPS relatif à la branche maladie, annexé au PLFSS pour 2021.

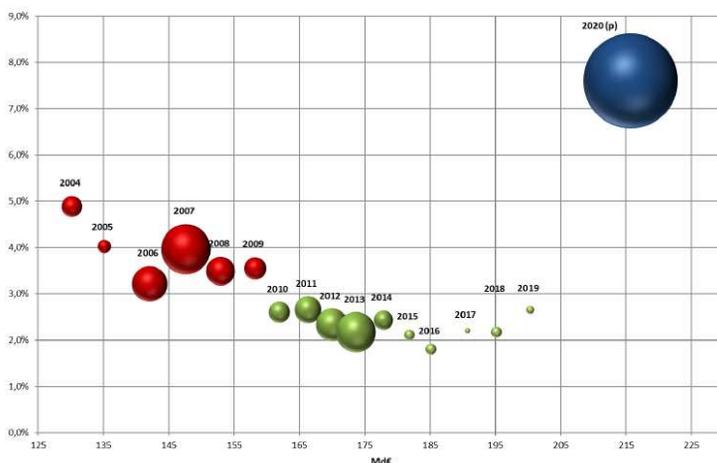
B. DES DÉPENSES DE SANTÉ EXCEPTIONNELLES AU TITRE DE L'ANNÉE 2020

La brutalité et l'ampleur de la crise sanitaire liée au covid-19 conduisent à revoir en profondeur les prévisions de dépenses de santé en 2020. Ainsi, alors que l'ONDAM devait progresser de 2,45 % selon les prévisions de la LFSS pour 2020, sa progression finale par rapport à 2019 serait finalement de 7,6 %.

Un ONDAM croissant de 7,6 % est un fait inédit pour le système de santé, comme le montre le graphique ci-dessous :

NIVEAUX ET DÉPASSEMENT DE L'ONDAM

(en milliards d'euros et en pourcentage)



Note : l'abscisse représente le niveau de dépenses constatées en milliards d'euros, tandis que l'ordonnée indique le taux d'évolution de l'ONDAM. La taille de la bulle indique l'ampleur du dépassement de la prévision initiale (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). La bulle pour 2020 est une prévision.

Source : annexe VII du PLFSS pour 2021.

Cette augmentation de 4,91 % du montant de l'ONDAM pour 2020 entre le vote de la LFSS pour 2020 et le PLF pour 2021 s'explique par les effets en dépenses de la crise sanitaire, et notamment des surcoûts exceptionnels, à hauteur de 15,1 milliards d'euros. La baisse des remboursements de soins de ville a toutefois conduit à une minoration de la hausse de l'ONDAM.

ONDAM POUR 2020 PRÉVU EN LFSS POUR 2020 ET ONDAM RECTIFIÉ

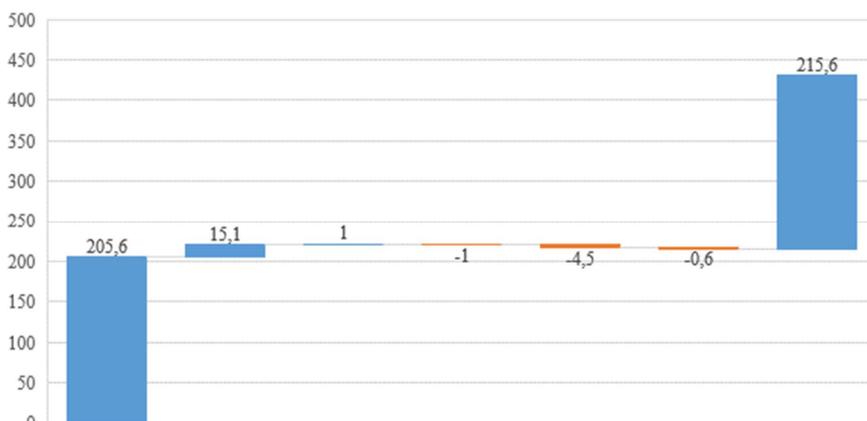
(en milliards d'euros et en pourcentage)

	LFSS pour 2020	Pour 2020 rectifié / PLFSS pour 2021	Évolution, entre l'ONDAM prévu et l'ONDAM rectifié	Évolution entre l'ONDAM prévu et l'ONDAM rectifié
Dépenses de soins de ville	93,6	93,5	- 0,1	- 0,11 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	84,4	87,7	3,3	3,91 %
Contribution (pour 2020) ou dépenses (pour 2021) relatives aux établissements et services pour personnes âgées	10	11,5	1,5	15,00 %
Contribution (pour 2020) ou dépenses (pour 2021) relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	11,7	12	0,3	2,56 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,5	3,8	0,3	8,57 %
Autres prises en charge	2,4	7,2	4,8	200,00 %
Total	205,6	215,7	10,1	4,91 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

ÉVOLUTIONS DE L'ONDAM POUR 2020 ENTRE SA PRÉVISION PAR LA LFSS POUR 2020 ET SA RÉVISION PAR LE PLFSS POUR 2021

(en milliards d'euros)



205,6 : ONDAM défini par la LFSS pour 2020 ;

15,1 : Surcoûts liés à la crise sanitaire ;

1 : Revalorisations salariales du « Ségur » ;

- 1 : contribution exceptionnelle des organismes complémentaires ;

- 4,5 : moindres remboursements de soins de ville ;

- 0,6 : Sous-exécution de la liste en sus ;

215,6 : ONDAM rectifié

Source : commission des finances à partir de l'annexe VII du PLFSS pour 2021.

Les surcoûts directement causés par la situation épidémique (1) ainsi que les revalorisations salariales du « Ségur de la santé » (2) ont conduit à une augmentation importante des dépenses de santé, partiellement modérée toutefois par une sous-consommation des dépenses de soins de ville (3).

1. Les surcoûts liés à la crise épidémique

La comparaison entre la progression effective de l'ONDAM en 2020 par rapport à 2019 (+ 7,6 %) et la progression de l'ONDAM hors covid (+ 3,2 %) souligne l'impact de la crise sanitaire sur la progression des dépenses de la branche maladie. Les rapporteuses pour avis saluent à ce titre la présentation de cet indicateur de l'ONDAM hors covid, l'une des recommandations figurant dans la contribution de Mme Cendra Motin annexée au rapport d'information portant sur le printemps de l'évaluation, de M. Éric Woerth, président de la commission des finances ⁽¹⁾.

Les surcoûts liés à la crise sanitaire atteignent 15,1 milliards d'euros et sont de plusieurs natures : à la dotation attribuée à Santé publique France pour la gestion de la crise **(a)** s'ajoutent des fonds mis à disposition des établissements de santé et du fonds d'intervention régional **(b)**, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie de certains actes **(c)**, la sur-consommation des indemnités journalières **(d)**, l'accompagnement des professionnels de santé **(e)**, ainsi que d'autres surcoûts de moindre ampleur **(f)**.

a. La dotation à Santé publique France pour la gestion des besoins des établissements de santé au plus fort de la crise

Santé publique France a joué au plus fort de la crise et dans les semaines qui ont suivi un rôle central : elle a été chargée par l'assurance maladie d'assurer la distribution de matériels de protection aux établissements de santé, principalement l'achat de masques chirurgicaux et d'équipements de protection (sur-blouses, charlottes et gants). À cette fin, l'agence a bénéficié d'un versement de 4,8 milliards d'euros.

Au total, l'agence a commandé 4,6 milliards de masques, dont 1,8 milliard a été distribué à ce jour. Les livraisons à venir arriveront d'ici la fin de l'année, de la part de fournisseurs français. Au pic de l'épidémie, 90 millions de masques étaient mis à disposition des professionnels de santé chaque semaine. Si les professionnels de santé, qu'ils exercent en établissement de santé ou de manière libérale, doivent maintenant assurer seul leur approvisionnement en masques, Santé publique France dispose désormais d'une réserve mobilisable en cas de besoin ⁽²⁾.

L'activité de l'agence a également consisté à mettre en œuvre et assurer le *contact tracing*, à faire la promotion des gestes barrières, ainsi qu'à mobiliser la réserve sanitaire. Ainsi, plus de 3 000 réservistes ont été mobilisés, pour un total de 34 000 jours de mission. Elle s'inquiète malgré tout de sa capacité à déployer, dans le contexte exceptionnel dans lequel nous sommes, ses actions de prévention habituelles (vaccinations, mois sans tabac, etc.).

(1) Contribution de Mme Cendra Motin au rapport n° 3197 de M. Éric Woerth, précité.

(2) Audition de la HAS et de Santé publique France par les rapporteuses pour avis, le 7 octobre 2020.

b. La mise à disposition de financements supplémentaires pour les établissements de santé et le fonds d'intervention régional

4,8 milliards d'euros ont été déployés au bénéfice des établissements de santé et du fonds régional d'intervention :

– tout d'abord, des crédits ont été mis à disposition des établissements de santé et médico-sociaux pour faire face aux dépenses induites par l'urgence sanitaire, et notamment l'achat de matériel, la réorganisation et les aménagements des établissements, les frais de transport et de logement des personnels ainsi que les renforts, pour 1,8 milliard d'euros ;

– 2,3 milliards d'euros ont en outre permis de financement des heures supplémentaires majorées et des primes, dont la prime exceptionnelle versée aux personnels hospitaliers impliqués dans la prise en charge de l'épidémie. Cette prime, d'un montant de 1 500 euros pour les personnels en hôpitaux et en EHPAD dans les 40 départements les plus exposés, et de 500 euros pour les agents des autres structures, représente au 30 septembre 2020 1,25 milliard d'euros, versés en quatre phases aux établissements de santé, au bénéfice de 889 214 agents de la fonction publique hospitalière et de 299 397 salariés des établissements privés à but lucratif et non lucratif ⁽¹⁾.

La garantie de financement des établissements de santé

En raison de la baisse des activités non liées à l'épidémie, pour beaucoup déprogrammées afin de faire face à l'urgence sanitaire, un grand nombre d'établissements de santé ont craint une baisse de recettes. Afin de stabiliser la situation financière des établissements médicaux durant cette période très agitée et anxiogène pour les gestionnaires et les personnels, le Gouvernement a remplacé temporairement la tarification à l'activité (T2A) par une garantie de ressources assurant au minimum à chaque établissement un financement de l'assurance maladie égal à celui versé en 2019. En outre, une avance de trésorerie a été mise à disposition, afin de couvrir les recettes correspondant en temps normal aux recettes liées au ticket modérateur et aux forfaits journaliers.

Le reste de l'enveloppe de 4,8 milliards d'euros a permis la prise en charge des tests réalisés au sein des établissements (près de 300 millions d'euros), la compensation des pertes de recettes de la CNSA (environ 200 millions d'euros), l'annulation de la hausse du ticket modérateur pour les actes et consultations externes faisant suite à une prise en charge en urgence (environ 100 millions d'euros) ou encore le fléchage de 200 millions d'euros vers le fonds d'intervention régional pour son action de gestion locale de la crise.

c. La prise en charge à 100 % d'actes médicaux

Avant le mois de mars 2020, les téléconsultations auprès des médecins généralistes représentaient 0,1 % des remboursements de l'assurance maladie. Leur

(1) Réponse au questionnaire des rapporteuses pour avis.

part dans le total des remboursements a atteint 8 % en mars, puis 25 % en avril 2020. La consultation des professionnels de santé dans le cadre du « Ségur » a permis de montrer la pertinence de ce mode d'exercice de la médecine pour un grand nombre de situations, parmi lesquelles le suivi des pathologies chroniques.

Néanmoins, les rapporteuses pour avis s'interrogent sur l'opportunité d'en circonscrire le périmètre à des affections plus ciblées ou à un nombre d'actes réduit pour éviter de possibles abus.

La prise en charge intégrale par l'assurance maladie des téléconsultations : une bonne pratique de gestion de crise étendue dans le temps par le PLFSS pour 2021

Alors qu'elle connaissait un développement lent (environ 10 000 actes par semaine en septembre 2018), la téléconsultation a connu un succès fulgurant lors du confinement (un million de téléconsultations par semaine).

La prise en charge intégrale des actes réalisés en téléconsultation pour l'ensemble des assurés a constitué une mesure d'incitation et d'opportunité pour ce type de consultation 2.0 depuis le début de la crise sanitaire.

Le nombre de médecins y recourant est passé de moins de 3 000 avant la mi-mars à 45 000 à la fin avril, démontrant une certaine facilité d'équipement et de mise en œuvre pour les médecins.

Les travaux menés dans le cadre du « Ségur de la santé » ont conclu à la nécessité « d'accélérer le développement des téléconsultations ». Dès lors, afin d'encourager le développement de la téléconsultation, l'article 32 du PLFSS propose de prolonger jusqu'à la fin de l'année 2021 la prise en charge à 100 % des téléconsultations. Ce délai doit en outre permettre de laisser le temps aux professionnels de s'équiper et aux partenaires conventionnels de réfléchir à une nouvelle manière de définir les conditions de recours et de prise en charge.

Cette mesure représente un coût de 65 millions d'euros pour l'année 2021. Cette estimation repose sur la prévision de 250 000 téléconsultations réalisées par semaine, dans la droite ligne des données observées à l'issue de la période de confinement, et d'un reste à charge individuel moyen de 5 euros dans le fonctionnement actuel.

Les rapporteuses pour avis saluent cette initiative, qui doit permettre une diffusion plus large et plus rapide d'une modalité d'exercice de la médecine plus proche des souhaits des patients et des professionnels, et de nature à améliorer le recours aux soins. Elles s'interrogent néanmoins sur le périmètre très large de cette autorisation qui rendrait difficile un retour en arrière sur le nombre, les motifs ou les affections éligibles à ce type de consultation.

Malgré ce déploiement rapide des téléconsultations, un grand nombre de personnes n'ont pas consulté leur médecin durant la période de confinement.

Afin de limiter les conséquences de long terme de cette absence de soins, l'assurance maladie a mis en œuvre des consultations longues pour les personnes vulnérables n'ayant pas consulté leur médecin durant le confinement. Ces consultations sont également exonérées de ticket modérateur. Le coût total cumulé de ces deux mesures représente 200 millions d'euros.

En outre, un surcoût de 1,5 milliard d'euros est enregistré pour le financement des tests diagnostiques effectués en laboratoire. La politique de lutte contre l'épidémie repose en effet sur un recours massif aux tests : le Gouvernement a fixé un objectif d'un million de tests par semaine. 85 % des tests réalisés le sont en laboratoires de ville.

Ils sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie, pour un tarif de 54 euros par test, auxquels s'ajoutent 18 euros environ au titre des forfaits de prélèvement et d'analyse. Une comparaison européenne fait apparaître le coût très élevé des dépistages en France, qui appellera une explication et des éclaircissements ultérieurs.

d. Le financement d'indemnités journalières spécifiques et l'extension du dispositif

La mise en place d'indemnités journalière *ad hoc*, destinées aux parents d'enfants sans solution de garde et aux personnes vulnérables ou vivant avec des personnes vulnérables, a contribué à augmenter les dépenses de l'assurance maladie.

Les surcoûts liés à la crise sanitaire sont estimés à 2 milliards d'euros concernant les arrêts de travail, dont 46 % au titre de la garde d'enfants, 9 % au titre des personnes vulnérables, et 45 % au titre des arrêts maladies pour covid ou suspicion de covid ⁽¹⁾.

En outre, le bénéfice des indemnités journalières a été étendu aux professionnels libéraux qui jusque-là n'en bénéficiaient pas ⁽²⁾. Enfin, la période de carence a été supprimée.

Depuis le 1^{er} mai 2020, les indemnités créées dans le contexte de la crise sanitaire ne sont plus prises en charge par l'assurance maladie : elles relèvent désormais du dispositif d'activité partielle financé par l'État et l'assurance chômage.

e. L'accompagnement des professionnels de santé

Les cabinets médicaux ont subi une baisse drastique de leur fréquentation : l'activité des spécialistes et des dentistes a diminué respectivement de 50 % et de 80 % entre mi-mars et fin avril 2020 par rapport à la même période en 2019, et celle des orthophonistes et des masseurs-kinésithérapeutes a diminué respectivement de 90 % et de 80 % entre mi-mars et fin avril 2020 par rapport à la même période en 2019.

Afin d'accompagner les professionnels de santé dans ce contexte inédit, l'assurance maladie a mis en œuvre une aide financière à leur bénéfice, visant à couvrir une partie de leurs charges fixes, pour un coût total de 1,4 milliard d'euros.

(1) *Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020.*

(2) *Avant la crise, seuls les artisans, commerçants et exploitants agricoles en bénéficiaient en cas d'arrêt de travail pour maladie.*

Le montant de cette aide a reposé sur la prise en compte de deux facteurs : d'une part la perte d'activité déclarée par les professionnels par rapport à 2019, et d'autre part un taux moyen de charges fixes, estimé par l'assurance maladie par catégorie de professions.

En outre, les médecins généralistes, les infirmiers et les sages-femmes ont bénéficié d'une aide de 700 euros au titre des frais d'adaptation de leur activité aux mesures sanitaires, notamment en raison du respect de la distanciation et de l'achat de masques.

f. Les autres surcoûts

D'autres surcoûts d'un montant moindre ont été enregistrés :

– 200 millions d'euros de frais de distribution de masques dans les pharmacies ;

– l'annulation ou le report de mesure d'économies pour 100 millions d'euros.

DÉCOMPOSITION DES SURCOÛTS LIÉS À LA CRISE SANITAIRE

(en milliards d'euros)

	Montants
Dotation à Santé publique France	4,8
Financements supplémentaires aux établissements de santé et au fonds régional d'intervention	4,8
Indemnités journalières	2
Masques à destination des pharmacies	0,2
Remboursement intégral des tests diagnostiques	1,5
Remboursement à 100 % de la téléconsultation et consultations longues	0,2
Annulation d'économies	0,1
Aide financière aux professionnels	1,4
Total	15

Source : commission des finances à partir des documents budgétaires.

2. Le financement de revalorisations salariales

Les concertations du « Ségur de la santé » se sont tenues en juin et en juillet 2020, et ont abouti à la signature de plusieurs accords, entre le 13 et le 16 juillet 2020.

La revalorisation sociale des salaires a été actée dans le cadre du « Ségur », avec des effets budgétaires importants pour 2020 et 2021. Cette revalorisation consiste à attribuer un complément de traitement indiciaire (et son équivalent pour les agents contractuels) aux personnels exerçant leurs fonctions dans des établissements publics de santé ou des EHPAD.

Cette revalorisation s'est traduite par le versement de 90 euros nets supplémentaires par mois pour les personnels des établissements de santé et des EHPAD (80 euros par mois pour les salariés du secteur privé lucratif) à compter de septembre 2020, pour un coût total d'un milliard d'euros. Ce complément de traitement indiciaire sera en outre pris en compte dans le calcul des pensions de retraite.

La seconde tranche, de 93 euros nets, sera versée en mars 2021. À compter de mars 2021, les salaires seront donc supérieurs de 183 euros par mois à la situation antérieure aux accords du « Ségur ».

3. Baisse des remboursements de soins de ville

Les remboursements de soins de ville sont sous-exécutés à hauteur de 4,5 milliards d'euros, dont 200 millions d'euros portant sur les remboursements des médicaments et 300 millions d'euros portant sur les remboursements de dispositif médicaux.

La majeure partie de cette sous-exécution provient de l'activité des professionnels de santé en ville : les honoraires médicaux et dentaires se sont notamment révélés inférieurs de 2,1 milliards d'euros à l'objectif fixé par la LFSS pour 2020. Les remboursements de médecine générale ont été particulièrement en-deçà des montants remboursés en 2019, avec une diminution de 12 %, avec un point bas à 28 % en avril.

De plus, la contribution des organismes complémentaires, enregistrée comme atténuation de dépenses à hauteur d'un milliard d'euros (*cf. supra*) permet de diminuer l'ONDAM en 2020.

Le CADAM souligne toutefois que la prévision d'une sous-exécution des soins de ville de 4,5 milliards d'euros (contre 5,4 milliards d'euros estimés en juin 2020) repose sur une hypothèse de retour à la normale à la fin de l'année. Si cette hypothèse est jugée « plausible »⁽¹⁾, elle s'inscrit dans un contexte de grande incertitude. La direction de la sécurité sociale (DSS) a confirmé lors de son audition que le niveau d'incertitude restait encore fort quant au niveau de dépenses final pour 2020, notamment concernant les surcoûts de la crise dans les établissements de santé⁽²⁾. Ainsi, « *des réévaluations significatives restent possibles plus avant dans l'année en fonction des développements de la crise sanitaire et du rythme de retour à une activité normale des professions de santé libérales* »⁽³⁾.

(1) Avis du comité d'alerte n° 2020-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 15 octobre 2020.

(2) Audition de la DB et de la DSS par les rapporteurs pour avis, le 7 octobre 2020.

(3) Avis du comité d'alerte n° 2020-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 15 octobre 2020.

C. UN ONDAM POUR 2021 ET UN OBJECTIF DE DÉPENSES POUR LA BRANCHE MALADIE QUI TRADUISENT DE NOUVELLES CHARGES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE MAIS ÉGALEMENT DES RÉFORMES STRUCTURELLES

Si des surcoûts liés à la crise seront enregistrés en 2021 (1), la croissance de l'ONDAM s'explique également par la mise en place de réformes structurelles, en partie issues du « Ségur de la santé » (2), dont la mise en place deux dispositifs innovants, les maisons de naissance et les hôtels hospitaliers (3).

ONDAM RECTIFIÉ POUR 2020 ET ONDAM POUR 2021

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	Pour 2020 rectifié par le PLFSS pour 2021	Pour 2021 par le PLFSS pour 2021	Évolution 2020 / rectifié 2021	Évolution 2020 / rectifié 2021
Dépenses de soins de ville	93,5	98,9	5,4	5,78 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	87,7	92,3	4,6	5,25 %
Contribution (pour 2020) ou dépenses (pour 2021) relatives aux établissements et services pour personnes âgées	11,5	13,4	1,9	16,52 %
Contribution (pour 2020) ou dépenses (pour 2021) relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12	12,4	0,4	3,33 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,8	3,8	-	-
Autres prises en charge	7,2	3,8	- 3,4	- 47,22 %
Total	215,7	224,6	8,9	4,13 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2021.

L'évolution tendancielle des dépenses repose sur une hypothèse de retour à la normale de l'activité de soins dès la fin de l'année 2020, qui se confirmerait en 2021. Ainsi, la progression spontanée des dépenses d'assurance maladie est estimée à 4,4 %. Plus précisément, la progression spontanée des soins de ville serait de 5,2 %, celle des établissements de santé de 3,6 % (incluant le protocole PPCR, le plan de refondation des urgences et la stratégie « Ma santé 2022 »), et celle des établissements et services médico-sociaux serait de 4,1 %.

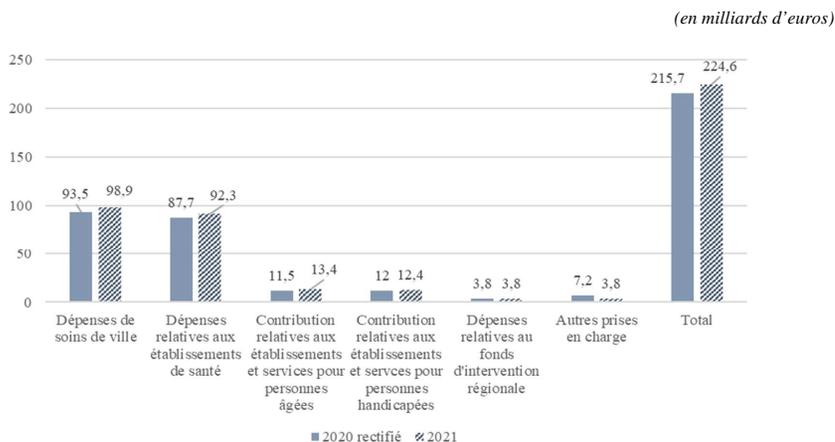
En outre, en 2021, 7,4 milliards d'euros de dépenses sont liés aux effets du « Ségur » (dont trois quarts sont des dépenses de personnel), et 4,3 milliards d'euros sont liés aux surcoûts entraînés par le covid.

Enfin, la création de la cinquième branche conduit à élargir le périmètre de l'ONDAM, en intégrant 1,4 milliard d'euros de dépenses supplémentaires, financées jusqu'ici par la CNSA sur ses ressources propres.

L'ONDAM pour 2021 intègre également 4 milliards d'euros de mesures de régulation, permettant de réduire son montant total.

Ainsi, l'ONDAM progresserait en 2021 de 3,5 % par rapport à 2020. Toutefois, en excluant les surcoûts liés en 2020 et en 2021 à la crise sanitaire, l'ONDAM progresserait de 6 %, soulignant l'importance des mesures structurelles financées en 2021.

ÉVOLUTION ENTRE L'ONDAM POUR 2020 RECTIFIÉ ET L'ONDAM POUR 2021



Note : Avant 2020, il convient de parler des contributions de l'assurance maladie aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées. À partir de 2021 et de la création de la branche autonomie, il convient de parler de dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées et handicapées.

Source : commission des finances à partir du PLFSS pour 2021.

L'analyse des objectifs de dépenses de la branche maladie (recouvrant un champ plus large que l'ONDAM, il inclut notamment les prestations d'invalidité et de décès, ainsi que des indemnités journalières d'assurance maternité et paternité) révèle également l'ampleur des surcoûts liés à la crise sanitaire, particulièrement forts en 2020.

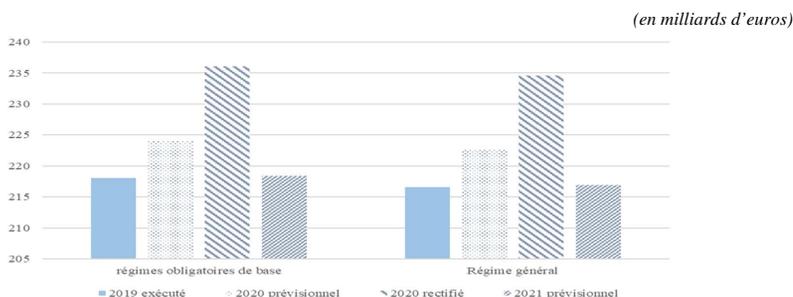
ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	2019 exécuté	2020 prévisionnel	2020 rectifié	2021 prévisionnel
Régimes obligatoires de base	218,1	224,1	236,1	218,4
Évolution		2,75 %	5,35 %	- 7,50 %
Régime général	216,6	222,6	234,60	216,90
Évolution		2,77 %	5,39 %	- 7,54 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2002 et du PLFSS pour 2021.

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE



Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

Ainsi, l'objectif de dépenses pour 2020 a augmenté de 5,35 % pour les régimes obligatoires de base et de 5,39 % pour le régime général entre le vote de la LFSS pour 2020 et la présentation du PLFSS pour 2021. Cette croissance importante et brutale des dépenses de santé se traduit également par une baisse relative en 2021, année où les dépenses de la branche maladie devraient diminuer de 7,5 % environ par rapport à 2020.

1. Des surcoûts conjoncturels liés à la crise sanitaire

L'ONDAM pour 2021 inclut également les surcoûts anticipés de la crise sanitaire, par le biais d'une provision de 4,3 milliards d'euros, ventilée entre les différents sous-objectifs. Trois principaux champs de dépenses seront ainsi couverts :

- le remboursement en 2021 d'un grand nombre de tests diagnostiques, pour un montant de 2 milliards d'euros, répartis entre le sous-objectif « soins de ville » (85 %) et le sous-objectif « établissements sanitaires » (15 %) ;

- le financement potentiel de vaccins, par le biais d'une provision de 1,5 milliard d'euros. Les incertitudes restent encore fortes à ce sujet ;

- l'achat de masques pour les personnes testées positives, identifiées comme cas-contact, ou souffrant d'une pathologie chronique, pour un montant de 700 millions d'euros ;

- une contribution de 100 millions d'euros au fonctionnement de Santé publique France en soutien de ses missions liées à la crise sanitaire (recrutements, gestion des stocks, évolutions informatiques...).

De la même manière que pour l'ONDAM pour 2020, la fixation de l'ONDAM pour 2021 repose sur des hypothèses encore pour partie incertaines, et notamment l'absence d'une « seconde vague » aussi violente que celle vécue au printemps 2020 et le retour à une trajectoire de soins normale ⁽¹⁾.

(1) Audition de la direction du budget et de la direction de la sociale menée par Mmes Christelle Dubos et Cendra Motin, rapporteuses pour avis, le 7 octobre 2020.

L'affectation à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des excédents de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRP-SCNF)

L'article 11 du PLFSS propose l'affectation à la CNAM des excédents de la CAMIEG et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la CPRP-SCNF. Les rapporteurs pour avis sont favorables à cette mesure, qui permet de mobiliser des sommes actuellement dormantes et d'un montant important, à un moment où l'équilibre de la branche maladie est très dégradé et où les régimes complémentaires ont au contraire enregistré de moindres dépenses en raison des conséquences de la crise sanitaire sur les dépenses de santé de ville.

Depuis 2007, la CAMIEG a dégagé des excédents importants sur les deux fonds d'assurance maladie complémentaire obligatoire qu'elle gère. Malgré une baisse des cotisations en 2014 et une augmentation du niveau de prise en charge de certaines prestations, la constitution de ces excédents s'est poursuivie. Par conséquent, et dans un contexte de forte mobilisation du régime général et de moindre mobilisation des régimes complémentaires au plus fort de la crise, le transfert de 175 millions d'euros vers le régime général répond à un impératif de solidarité et d'efficience de la dépense publique.

Les réserves du régime de prévoyance de la CPRP-SCNF, chargée de la gestion du régime de retraite et de prévoyance des salariés de la SCNF, sont mobilisées pour couvrir les besoins de trésorerie de la branche vieillesse, dont la trésorerie est structurellement négative en raison du décalage entre le paiement des pensions et l'encaissement des cotisations. Toutefois, la caisse dispose chaque année de réserves excédant les besoins de trésorerie du régime de retraite. Elle doit donc placer ces réserves, avec la double contrainte d'un placement limité à un an au titre de l'article L. 139-4 du Code de la sécurité sociale, et d'un placement à taux négatif dans le contexte de marché actuel.

Le transfert de 176,6 millions d'euros des réserves de la CPRP-SCNF vers la CNAM sera en outre sans conséquence sur la gestion de la caisse, qui depuis mai 2019 bénéficie des conditions de financement de l'Acoss pour ses besoins de liquidités. Dès lors, il est seulement nécessaire d'augmenter en LFSS le niveau du recours au financement de l'Acoss de la caisse afin de couvrir les besoins temporaires de trésorerie du régime de retraite.

2. Des adaptations structurelles ambitieuses pour rénover et soulager un système de santé toujours mobilisé

La mise en œuvre des mesures issues du « Ségur de la santé » (a), la poursuite du déploiement du plan « Ma santé 2022 » (b), ainsi que des évolutions de périmètres (c) sont portées et financées par le PLFSS pour 2021.

a. Les mesures issues du Ségur de la Santé

Les dépenses supplémentaires comprises dans l'ONDAM pour 2021 au titre des mesures du « Ségur » représentent 7,4 milliards d'euros.

Cette somme comprend en premier lieu l'effet en année pleine de la revalorisation salariale de septembre 2020, ainsi que la mise en place de la deuxième phase en mars 2021.

Le « Ségur » comprend toutefois d'autres mesures salariales, conduisant sur la période 2020-2023 à une hausse de l'ONDAM de 8,8 milliards d'euros, dont 5,8 milliards d'euros en 2021.

Outre la revalorisation des salaires des personnels exerçant leurs fonctions dans des établissements publics de santé ou des EHPAD (*cf. supra*), dont le coût devrait atteindre 4,88 milliards d'euros en 2021, parmi les mesures de ces accords figure la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif. Cette indemnité est versée à un large ensemble de professionnels de la santé : praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, assistants des hôpitaux, personnes hospitalo-universitaires titulaires et non titulaires qui s'engagent par contrat et pour une durée de trois ans, à ne pas exercer d'activité libérale intra-hospitalière ou à exercer exclusivement en établissement public de santé, selon le statut ⁽¹⁾. Cette prime s'élevait à 493,35 euros bruts par mois, et pouvait être majorée selon l'ancienneté. Les accords du « Ségur » permettent sa revalorisation, pour atteindre 700 euros. En outre, et en application du plan « Investir pour l'hôpital », cette prime est désormais versée aux praticiens hospitaliers en période probatoire, alors que seuls les praticiens nommés à titre permanent pouvaient en bénéficier. Le coût annuel de cette mesure est de 390 millions d'euros.

Enfin, la suppression des trois premiers échelons de la grille de praticien hospitalier à partir du 1^{er} octobre 2020 (*cf. infra*) représente un coût de 24,5 millions d'euros en 2021.

Les accords du « Ségur » comprennent en outre les premiers déploiements du plan d'investissement de 6 milliards d'euros, destinés aux établissements de santé à hauteur de 2,5 milliards d'euros et des établissements médico-sociaux à hauteur de 2,1 milliards d'euros. Cette somme comprend également une enveloppe transversale de 1,4 milliard d'euros sur trois ans afin de soutenir l'investissement dans le numérique en santé. 1,2 milliard d'euros seront décaissés en 2021 au titre du plan d'investissement.

Le déploiement des crédits dédiés à l'investissement doit se lire en cohérence avec la reprise de 13 milliards d'euros de dette des hôpitaux (*cf. supra*) : les deux mesures visent à redonner aux établissements de santé des marges de manœuvre pour investir.

(1) Réponse au questionnaire de rapporteuses pour avis.

Le pacte de refondation des urgences et le plan « Investir pour l'hôpital » : des démarches préfiguratrices du « Ségur de la santé »

Le ministère des solidarités et de la santé a depuis le début du quinquennat porté plusieurs mesures de soutien à l'hôpital. Un certain nombre d'entre elles ont permis de préparer le « Ségur de la santé », et se trouvent inscrites dans les accords qui en ont découlé.

Le pacte de refondation des urgences, porté par Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et doté d'une enveloppe de 750 millions d'euros, avait déjà permis d'améliorer considérablement la situation des urgences, qui a vu le nombre de passage annuel doubler en 20 ans, atteignant 22 millions en 2018. Ce plan comprenait notamment une prime de 100 euros mensuels à destination des assistants de régulation, ainsi que l'extension de l'indemnité forfaitaire de risque aux personnels non médicaux réalisant au moins la moitié de leur temps de travail dans une structure mobile d'urgence et de réanimation ou dans une structure des urgences générale ou pédiatrique. Le montant de cette prime est de 100 euros nets mensuels par professionnel, pour un coût en année pleine de 55 millions d'euros. En outre, des crédits ont été alloués aux hôpitaux à l'été 2019 afin de financer des besoins non couverts, en personnels notamment. Dans cette optique, 15 millions d'euros ont été délégués aux établissements. Les objectifs de cette dotation de soutien s'inscrivaient dans les priorités que les urgences allaient connaître quelques mois plus tard, au plus fort de la crise sanitaire : il s'agissait de maintenir un nombre suffisant de lits ouverts pour assurer l'hospitalisation des patients des urgences et d'accompagner un surcroît exceptionnel d'activité que le financement classique ne permettrait pas de prendre en compte suffisamment rapidement.

En outre, parmi les mesures mises en œuvre par le « Ségur de la santé », figure la suspension des trois premiers échelons de la grille des praticiens hospitaliers, à compter du 1^{er} octobre 2020. Cette mesure, d'un coût de 24,5 millions d'euros, figurait dans le plan « Investir pour l'hôpital » de novembre 2019 et visait à accroître l'attractivité des carrières hospitalières pour les jeunes médecins. Le plan « Investir pour l'hôpital » s'articule pleinement avec la stratégie « Ma santé 2022 », et reposait sur la mobilisation d'1,5 milliard d'euros pour le fonctionnement de l'hôpital. Outre la revalorisation des premiers échelons de la grille des praticiens, le plan comportait une prime annuelle nette de 800 euros pour les infirmiers et aides-soignants des zones les plus tendues gagnant moins que le salaire médian, et instaurait une prime permettant de récompenser l'investissement des personnels. Il proposait également de revaloriser le métier d'aide-soignant par la mise en place d'un grade de débouché en catégorie B en fin de carrière et un accès simplifié aux formations des personnels en gériatrie. Le plan « Investir dans l'hôpital » annonçait également plusieurs des enjeux majeurs révélés par la crise sanitaire du covid-19 : outre la valorisation des carrières des infirmiers et aides-soignants, il reposait sur une réforme de la gouvernance de l'hôpital et sur une simplification des démarches administratives. Il comprenait également la mobilisation de 150 millions d'euros d'investissement chaque année sur trois ans au titre de l'investissement courant et la reprise de la dette hospitalière, deux mesures figurant dans le « Ségur de la santé ».

Enfin, une prime « grand âge », instaurée par le décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020, a permis le versement d'une prime de 118 euros bruts mensuels pour les aides soignants titulaires ou stagiaires exerçant dans les structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées.

En outre, le « Ségur de la santé » prévoit plusieurs mesures visant à fédérer les acteurs de la santé, par le biais d'une approche reposant sur les caractéristiques des territoires. Cet axe de travail repose sur le développement des astreintes sanitaires pour les établissements de personnes âgées et des équipes mobiles, sur le fait de lever les freins à la téléconsultation et de prolonger sa prise en charge à 100 % (porté par l'article 32 du PLFSS, *cf. supra*), et de développer l'accès aux soins non-programmés ainsi que l'exercice coordonné. 650 millions d'euros, dont 400 en 2021, seront dédiés à ces objectifs.

Accès aux soins : une préoccupation constante pour un système de santé efficace

En matière de santé, la France présente une situation paradoxale faite d'excellence avec une espérance de vie autour de 85 ans pour les femmes et d'inégalités profondes liées à des difficultés dans l'accès aux soins, en raison des déserts médicaux ou de l'absence de moyens financiers. En 2018, 13,4 % de la population résidait dans un territoire présentant un indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant.

De même, les attentes des professionnels de santé ont elles aussi évolué en raison du vieillissement de la population, de l'utilisation croissante du numérique ou l'augmentation des maladies chroniques.

Repenser le système de santé et renforcer l'accès de soins est l'un des enjeux centraux de la politique de santé menée depuis le début du quinquennat du président Emmanuel Macron. La stratégie « Ma santé 2022 », traduite en partie dans la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, vise notamment à faciliter l'accès à un professionnel de santé dans tous les territoires. La stratégie a notamment permis d'accélérer le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de recruter des étudiants de profils divers et leur permettre de s'orienter progressivement vers les métiers de la santé (avec notamment la suppression du numerus clausus depuis 2020), de créer des postes d'assistantes médicaux, et vise la création de 400 postes de médecins généralistes salariés ou à exercice mixte ville-hôpital.

Plusieurs autres dispositifs permettent aussi de favoriser l'accès aux soins des personnes à faibles ressources :

– le Gouvernement a mis en œuvre la réforme du « 100 % santé » baptisée aussi « reste à charge zéro ». L'objectif de cette réforme est de favoriser l'accès aux soins des citoyens les plus démunis et mettre fin aux inégalités dans l'accès aux soins.

Cette réforme offre aux assurés, depuis le 1^{er} janvier 2019, la prise en charge intégrale par la sécurité sociale et leur complémentaire santé pour certaines lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs ;

– anciennement appelée couverture maladie universelle complémentaire depuis le 1^{er} novembre 2019 (CMU-C), la complémentaire santé solidaire (CSS), vise à faciliter l'accès aux soins en permettant la prise en charge gratuite des dépenses de santé y compris en cabinet, à l'hôpital ou en clinique.

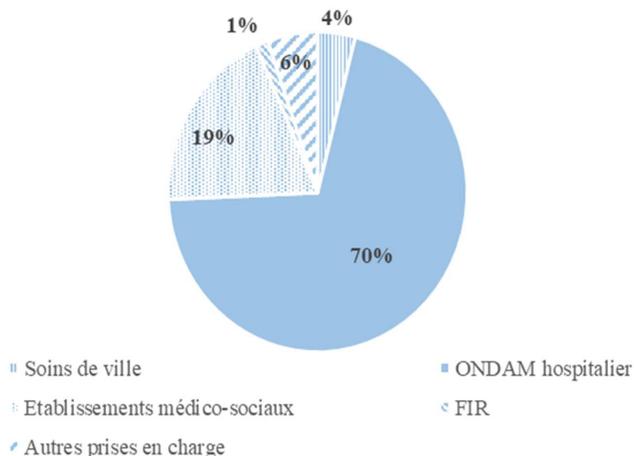
La CSS, en plus de prendre en charge les prothèses dentaires, lunettes, aides auditifs dans le cadre du reste à charge zéro, dispense d'avance des frais ou tiers payant.

L'objectif de cette réforme est de permettre une meilleure lisibilité dans l'accès aux droits. À la fin du mois de mai 2020, 7,5 millions de personnes bénéficiaient de cette complémentaire santé solidaire. Elle est financée en totalité par le produit de la taxe de solidarité additionnelle à laquelle sont assujettis les organismes d'assurances complémentaire.

En France, la santé ne doit pas être un luxe parce qu'elle est à la base de tout ! Les rapporteuses pour avis ne peuvent accepter que des femmes, hommes ou enfants renoncent à se soigner par manque de moyens.

RÉPARTITION PAR SOUS-OBJECTIFS DES CRÉDITS OUVERTS EN 2021
AU TITRE DES MESURES DU « SÉCUR DE LA SANTÉ »

(en pourcentage)



Source : commission des finances d'après le REPSS relatif à l'ONDAM.

Ainsi, en prenant en compte un ONDAM déflaté des surcoûts liés au covid, il progresserait de 6 %. La majeure partie de cette augmentation s'explique par les mesures du « Ségur de la santé ».

b. Le plan « Ma santé 2022 » : un déploiement repoussé en raison de la crise sanitaire mais poursuivi et aménagé par le PLFSS pour 2021

Le PLFSS reprend plusieurs éléments du plan « Ma santé 2022 » et du plan de refondation des urgences, dont la réforme de la tarification des urgences, qu'il poursuit et amplifie.

Le PLFSS propose la mise en place d'un reste à charge (RAC) spécifique aux urgences. Dans la situation actuelle, le patient qui se présente aux urgences doit s'acquitter d'un reste à charge dû à son passage aux urgences en lui-même, puis au titre de chaque acte réalisé, au titre du ticket modérateur proportionnel. **L'article 28 du PLFSS** propose de remplacer ce fonctionnement, qui peut s'avérer coûteux pour les assurés dans certains cas de figure, par la création d'un forfait unique de 18 euros pour les assurés dépendant du droit commun et de 8 euros pour les assurés exonérés. Cette réforme répond à un double objectif : tout d'abord, la crise sanitaire a montré l'importance des coûts de gestion et du temps consacré aux démarches administratives dans les hôpitaux. La mise en place de ce dispositif doit permettre de simplifier la facturation et le recouvrement. D'autre part, pour les assurés, la lisibilité de la prise en charge et sa compréhension s'en trouveront accrues.

En outre, le plan « Ma santé 2022 » comprenait une réforme importante des hôpitaux de proximité, concernant notamment ses missions, son fonctionnement, ainsi que ses conditions de labellisation. La loi 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a permis d'initier ce train de réformes, tandis que la LFSS pour 2020 a réformé leur financement, en instaurant

un financement mixte reposant d'une part sur une garantie pluriannuelle de financement et d'autre part sur une dotation de responsabilité territoriale, en lien avec l'approche populationnelle portée par la stratégie « Ma santé 2022 ». Ce nouveau mode de financement vient en remplacement d'un financement spécifique aux hôpitaux de proximité, défini en 2016 et garantissant un niveau de ressources indépendant de l'activité réalisée.

Toutefois, la crise n'a pas permis à tous les hôpitaux ayant engagé une démarche de labellisation, nécessaire pour bénéficier du nouveau mode de financement, de la terminer à temps. L'article 28 du PLFSS propose donc la mise en œuvre d'une mesure transitoire, visant à permettre aux établissements de continuer à bénéficier des modalités de financement issues du texte de 2016, et non de passer à un financement de droit commun, reposant sur l'activité.

Le même article 28 propose notamment la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et pour les soins de suites et de réadaptation, initialement prévue en LFSS pour 2020 mais retardée par la crise sanitaire. La réforme proposée consistait à remplacer les tarifs journaliers de prestations, déterminés par établissement, par une nomenclature simplifiée et unifiée, permettant de déterminer la participation des patients. Le PLFSS pour 2021 propose donc de reporter au 1^{er} janvier 2022 la réforme du ticket modérateur pour la psychiatrie et les SSR.

Le fonds pour la complémentaire santé solidaire

L'article 40 du PLFSS vise à accompagner la fermeture du fonds pour la complémentaire santé solidaire au 31 décembre 2020, fermeture décidée en novembre 2019 en application des recommandations du quatrième comité interministériel de la transformation publique.

Le fonds pour la complémentaire santé solidaire a été créé en 1999 afin d'assurer le financement des aides publiques à la couverture complémentaire santé des publics modestes. Ainsi, il prend en charge la complémentaire santé de ses bénéficiaires, en remboursant aux organismes gestionnaires les sommes correspondant à la prise en charge des prestations servies. Les recettes du fonds sont constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle sur les complémentaires santé.

Cette mission est prioritaire aux yeux du Gouvernement et de la majorité parlementaire : les missions du fonds seront par conséquent réaffectées. La suppression du fonds implique également de revoir le circuit de financement des prestations dont il avait la charge jusque-là.

Si les rapporteuses pour avis s'inscrivent pleinement dans l'objectif de simplification de l'action publique, source de nécessaires économies dans un contexte de dégradation sans précédent du solde public, elles soulignent le haut degré d'expertise et de technicité des équipes du fonds pour la CSS et insistent sur la nécessité de ne pas « perdre » des compétences dans l'opération de suppression du fonds.

c. Des évolutions de périmètres liées à la création de la branche autonomie et à des mesures de simplification

En raison de mesures de transfert vers la branche autonomie (*cf. infra*), le périmètre de la branche maladie sera réduit de 22,8 milliards d'euros en 2021, soit environ 10 %.

Dans le même temps, les dépenses devraient augmenter de 300 millions d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) de l'État à la sécurité sociale, compensée par l'affectation d'une fraction de TVA (*cf. supra*). En effet, l'ASI est actuellement servie par la sécurité sociale mais financée par l'État, donnant lieu à des circuits de financements d'une complexité inutile. L'article 37 du PLFSS pour 2021 propose donc de transférer l'intégralité du circuit à l'assurance maladie.

À noter également, l'ONDAM inclut 4 milliards d'euros de mesures de régulation. Ces mesures s'articulent en quatre axes d'économies :

- la structuration de l'offre de soin pour 800 millions d'euros ;
- des baisses de prix sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux pour 70 millions d'euros ;
- l'amélioration de la pertinence et la qualité des soins en ville pour un milliard d'euros ;
- la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports pour 300 millions d'euros.

3. Les hôtels hospitaliers et les maisons de naissance : deux dispositifs innovants

Le PLFSS porte deux mesures à la fois bénéfiques pour l'organisation du système hospitalier et sources d'économies. Les maisons de naissance (**article 30**) et les hôtels hospitaliers (**article 31**) répondent en effet à une logique commune : ces dispositifs reposent sur la délocalisation, hors des espaces médicalisés de l'hôpital, d'activités ou de prises en charge qui ne nécessitent pas une présence dans les murs des patients, permettant d'une part de libérer des espaces et du temps pour les personnels soignants et pour les patients nécessitant une prise en charge hospitalière, et d'autre part d'assurer une qualité de service et un suivi médical suffisants à moindres coûts.

• Les maisons de naissance sont des lieux, distincts des maternités, permettant le suivi des grossesses, l'accouchement et la prise en charge de leurs suites, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes. Ces lieux ne sont pas médicalisés : ils ne comprennent que des sages-femmes, ne sont pas dotés d'un plateau technique, et sont destinés à gérer des naissances par voie basse sans complication. Une maternité est toutefois partenaire de chaque maison de naissance

afin de pouvoir prendre en charge rapidement et de manière sécurisée un cas de complication. L'objectif premier de ce dispositif est d'enrichir le choix en périnatalité et de proposer des alternatives à l'accouchement médicalisé en maternité.

Le dispositif prend actuellement la forme d'une expérimentation, autorisée par la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013, portant sur huit maisons de naissance, dans six régions différentes. En outre, le coût d'une naissance en maison de naissance est inférieur au coût de prise en charge d'un accouchement dans une maternité de niveau 1, en raison du moindre niveau de médicalisation, et parce que les mères ne sont pas logées sur place : la différence de coût est évaluée à 1 207 euros ⁽¹⁾.

Sur la base des résultats positifs de l'expérimentation, l'article 30 du PLFSS pour 2021 propose la pérennisation du dispositif. Le Gouvernement projette également la création de douze nouvelles maisons de naissance. Sur la base de ces projections, et compte tenu du moindre coût d'une naissance en maison de naissance, le potentiel d'économie est estimé à un million d'euros ⁽²⁾.

• Les hôtels hospitaliers sont des structures d'hébergement (ils ne sont pas médicalisés) accueillant des personnes qui doivent séjourner à l'hôpital ou à proximité mais n'ayant pas 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. Ils pourraient également permettre d'accélérer la généralisation des chambres à un seul lit. Les hôtels hospitaliers en fonctionnement reposent 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.

Comme le prévoyait l'article 53 de la LFSS pour 2015, un rapport d'évaluation a été remis au Parlement. Il apparaît que la plupart des établissements ont fait appel à une structure extérieure pour la mise en place du dispositif (des hôtels commerciaux, des structures associatives, ou des formules mixtes). Le prix de la nuitée varie entre 45 et 70 euros, selon le modèle retenu ⁽³⁾.

Si les résultats de l'expérimentation sont positifs quant aux objectifs de fluidification du parcours des patients et d'optimisation des capacités d'accueil hospitalière, la forte concentration des séjours soulève des interrogations : 75 % des séjours sont portés par cinq établissements, tandis que l'activité des autres sites reste relativement faible. En outre, les modalités de financement, forfaitaires, présentent

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2021.

(2) Par rapport à la situation actuelle reposant sur l'existence de huit maisons de naissance.

(3) Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés pour patients, juin 2020.

des limites. Elles sont notamment trop peu incitatives pour permettre le déploiement d'une activité soutenue, et plusieurs hôpitaux ont éprouvé des difficultés à stabiliser le dispositif d'un point de vue budgétaire.

Par conséquent l'article 31 PLFSS pour 2021 propose la mise en œuvre d'un financement temporaire à destination des établissements de santé, afin de leur permettre de proposer un hébergement non-médicalisé. Ce financement transitoire a pour objectif de permettre aux établissements de déployer plus amplement le dispositif. Si les modalités précises de ce modèle de financement sont en cours de discussion et doivent être fixées par décret en Conseil d'État, l'étude d'impact de l'article 31 suggère que la dotation forfaitaire pourrait être renforcée par une dotation allouée en fonction du nombre de nuitées, et pourrait être modulée en fonction de l'atteinte des indicateurs de qualité et d'efficacité⁽¹⁾. Toujours selon l'étude d'impact de l'article 31 du PLFSS, ce financement incitatif serait mis en œuvre durant les trois premières années après création de la structure, avant qu'elle n'atteigne une situation d'autofinancement permise par les réorganisations induites par le dispositif au sein des établissements hospitaliers. Les dispositions définissant les modalités de financement ne figurent toutefois pas dans l'article 31 du PLFSS, qui porte le dispositif.

Les rapporteuses pour avis soulignent la nécessaire autonomie budgétaire de ces structures, afin d'éviter qu'elles ne pèsent *in fine* sur les finances des hôpitaux, se révélant ainsi contreproductives au regard de leur objectif d'économies.

Un rapport d'évaluation sera remis au Parlement au 31 décembre 2022.

II. DES EFFETS MINEURS DE LA CRISE SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE RETRAITE À COURT TERME

Les dépenses de la branche retraite confirment leur croissance en 2019 (A) comme en 2020 et en 2021 (B), démontrant la faiblesse des conséquences de la crise sanitaire sur les dépenses de pensions. À plus long terme, les effets sur la branche retraite devraient être plus importants, mais restent très incertains (C).

A. DES DÉPENSES DE RETRAITE QUI RESTENT DYNAMIQUES EN 2019 BIEN QUE CONTENUES PAR LA REVALORISATION À 0,3 % DES PENSIONS

Si la branche retraite était déficitaire en 2019, à hauteur de 1,4 milliard d'euros, la croissance des charges a légèrement ralenti par rapport à 2018. Celles-ci ont ainsi crû de 2,6 % après 2,9 % en 2018, en raison du ralentissement de la croissance des droits propres du fait la revalorisation annuelle limitée à 0,3 %.

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2021.

B. DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES PEU MODIFIÉES PAR LA CRISE SANITAIRE POUR 2020 ET 2021

Les dépenses de retraites ne subissent pas de conséquences directes de la crise sanitaire au contraire du FSV (1). Cette dynamique se maintient en 2021 (2).

1. Des dépenses de retraite pour 2020 dynamisées par la revalorisation des pensions et ne subissant pas d'effets visibles de la crise sanitaire, au contraire des dépenses du FSV

En 2020, les dépenses de la branche retraite du régime général progresseraient à un rythme très proche de celui de 2019, sous l'effet de plusieurs phénomènes aux effets opposés :

– la revalorisation moyenne des pensions est plus importante qu'en 2019 (+ 0,8 % après + 0,3 % en 2019), à hauteur de 0,3 % pour les pensions brutes supérieures à 2000 euros et de 1 % pour celles d'un montant inférieur, entraînant une croissance des dépenses de prestations à hauteur de 3 % ;

– en outre, l'année 2020 marque une inflexion dans l'évolution de la pension moyenne : après une croissance continue, elle serait affectée par le relèvement de l'âge légal et de celui du taux plein automatique, deux réformes qui tendent à diminuer le flux de nouveaux retraités, et donc l'effet noria, selon lequel les pensions nouvellement liquidées sont en moyenne plus importante que les pensions des assurés qui décèdent ;

– la contribution de la branche à la compensation démographique serait réduite en raison de la baisse massive de la masse salariale, l'un des principaux déterminants des calculs de ce transfert de solidarité entre les régimes de retraite. Elle diminuerait ainsi de 11,9 % par rapport à 2018.

La progression des dépenses de retraite serait ainsi 2,5 %, s'inscrivant dans une tendance de long terme de dynamisme des dépenses de la branche vieillesse.

Cette tendance de long terme à la croissance des dépenses de retraite a plusieurs déterminants :

– la hausse des effectifs de retraités, par l'arrivée en retraite des générations du baby-boom. Les réformes successives des retraites survenues depuis 2010 ont toutefois conduit à ralentir le rythme des nouvelles liquidations ;

– la croissance de la pension moyenne des retraités, en raison de carrières plus dynamiques et d'une participation accrue des femmes au marché du travail ;

– la revalorisation des pensions, qui tend toutefois à modérer la croissance des dépenses en raison de la faible inflation observée ces dernières années et des décisions de sous-revalorisation. En 2019, la revalorisation des pensions a été limitée à 0,3 % (contre 1,6 % en application de la règle de revalorisation sur l'inflation). En 2020, la revalorisation des pensions s'est élevée en moyenne

à 0,7 %, en application d'une revalorisation de 0,3 % pour les pensions supérieures à 2 000 euros bruts mensuels et de 1 % pour celles d'un montant inférieur. Cette hausse de la revalorisation explique la croissance de 2,6 % des droits propres.

La continuité des prévisions de dépenses ne révèle pas de surmortalité de nature à modifier de manière structurelle les dépenses de la branche vieillesse. Au total, entre le 1^{er} mars et 31 juillet, Santé publique France a recensé 30 224 décès attribués au covid-19 ⁽¹⁾. Dans le sens inverse, la crise sanitaire a également engendré une sous-mortalité, causée par la base des activités économiques et de loisirs entraînant une baisse des morts accidentelles. Durant l'été, une sous-mortalité a également été observée, signe que le covid, dans certains cas, a précipité la fin de vie de personnes déjà atteintes de morbidités graves. Cette sous-mortalité compense partiellement la surmortalité liée directement au virus.

La surmortalité observée devrait se traduire par la disparation de 22 500 retraités environ : les effectifs de retraités seraient révisés à la baisse à hauteur de 0,14 % en 2021 ⁽²⁾.

Toutefois, la part des dépenses de retraite dans le PIB devrait brutalement augmenter en 2020, en raison de la baisse du dénominateur : avec 330,6 milliards d'euros versés en 2019, les dépenses de retraite représentaient 13,6 % du PIB. En 2020, en raison de la faible progression des pensions causée par la faiblesse de l'inflation et de la baisse du PIB, la part des dépenses de retraites dans le PIB atteindrait 15,2 %.

Toutefois, les dépenses du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont crû en raison de la crise sanitaire, le financement des droits durant les périodes d'activité partielle ayant été mis à sa charge ⁽³⁾. Ces dernières augmentent de 4,8 %. Cet effet reste toutefois modéré, et notamment moins important que dans une situation dans laquelle l'activité partielle n'aurait pas été déployée de manière massive et les destructions d'emplois auraient été plus importantes.

En effet, la prévision de chômeurs pour le premier semestre 2021 a été revue à la baisse par Pôle emploi, en raison du prolongement de l'activité partielle, qui pour un certain nombre de salariés vient se substituer au chômage. Or, la prise en charge d'une personne au chômage représente un coût plus important pour le FSV que la prise en charge d'une personne en activité partielle.

Ainsi, le coût total de la crise pour le FSV est de 1,1 milliard d'euros en dépense, dont 777 millions d'euros au titre du chômage (263 157 chômeurs de plus en moyenne annuelle de plus que prévue en début d'année 2020), 245 millions d'euros au titre de la prise en charge de l'activité partielle, et 115 millions d'euros au titre du surcroît de prise en charge au titre des arrêts de travail ⁽⁴⁾.

(1) COR, note d'étape au Premier ministre, 15 octobre 2020.

(2) Ibid.

(3) Loi n° 2020-7345 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

(4) Audition du FSV par les rapporteuses pour avis et le rapporteur général de la commission des affaires sociales, le 5 octobre 2020.

Toutefois, sans l'activité partielle, le coût supplémentaire serait de 1,1 milliard d'euros. Une économie substantielle est donc réalisée par le FSV grâce au maintien du recours à l'activité partielle, permettant une moindre dégradation de son déficit.

L'augmentation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, un levier efficace pour un meilleur accès aux droits

Anciennement appelée « minimum vieillesse », l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités disposant de faibles ressources. Dépendant notamment de la situation familiale et des revenus de l'allocataire, l'ASPA permet d'apporter un complément de revenu à certaines personnes âgées. Elle est versée sans contrepartie de cotisation, par la caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) ou par la MSA. Depuis quelques années, le montant de l'ASPA fait l'objet de nombreuses revalorisations.

Les montants versés annuellement au titre du minimum vieillesse ont mécaniquement augmenté, passant de 3,079 milliards d'euros en 2017 à 3,235 milliards d'euros en 2018, soit une augmentation de 5 %, puis à 3,606 milliards d'euros en 2019, en hausse de 11,5 %. En 2019, la croissance des montants annuels devrait ralentir, pour atteindre 9,4 %. Ces augmentations du montant de l'ASPA se présentent comme suit :

– en avril 2018, l'article 40 de la LFSS pour 2018 a revalorisé de façon exceptionnelle les prestations non contributives, avec l'objectif de majorer de 100 euros par mois le plafond de l'ASPA ;

– en 2019, une nouvelle hausse de 35 euros a été appliquée, portant l'ASPA à 868 euros pour une personne seule ;

– depuis 2020, le minimum vieillesse a fait l'objet d'une nouvelle revalorisation. Ainsi, le montant de la prestation est passé de 803,20 euros à 903,20 euros mensuels pour une personne seule et 1 402 euros pour un couple.

Ces différentes revalorisations ont eu deux effets de nature à améliorer le recours des seniors à cette prestation. D'une part, il a conduit à majorer mécaniquement les pensions des personnes qui étaient déjà bénéficiaires. D'autre part, il a permis à de nouveaux allocataires de bénéficier de la prestation, pour des montants relativement faibles. Toutefois, alors que le nombre de bénéficiaires de l'allocation a diminué de 4 % en 2017, le nombre de bénéficiaires est reparti à la hausse en 2018, croissant de 2,1 %, puis de 3,4 % en 2019. Ainsi, environ 25 000 nouveaux bénéficiaires sont enregistrés chaque année, ce qui constitue une réussite dans l'amélioration du recours aux droits.

2. Les prévisions de dépenses pour 2021 confirment l'insensibilité observée des dépenses de pensions à la crise sanitaire

Les dépenses de la branche retraite de la sécurité sociale ne sont que peu modifiées par la crise sanitaire. L'objectif de dépenses de la branche est fixé à 251,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (contre 247 milliards d'euros en objectif rectifié pour 2020, en hausse de 1,98 %), et à 144,7 milliards d'euros pour le régime général (contre 140,60 milliards d'euros en objectif rectifié pour 2020, en hausse de 2,92 %).

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

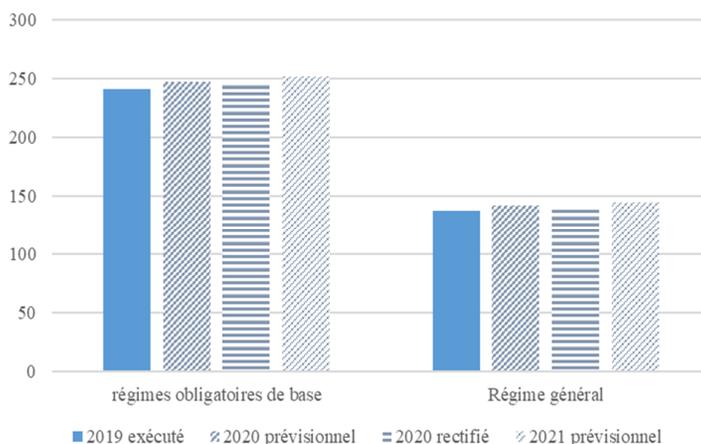
	2019 exécuté	2020 prévisionnel	2020 rectifié	2021 prévisionnel
Régimes obligatoires de base	241,3	247,3	247	251,9
Évolution		2,49 %	- 0,12 %	1,98 %
Régime général	137,1	141,7	140,60	144,70
Évolution		3,36 %	- 0,78 %	2,92 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2002 et du PLFSS pour 2021.

Les objectifs de dépenses pour 2021 s'inscrivent donc dans la continuité des années précédentes.

ÉVOLUTION DES OBJECTIFS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2002 et du PLFSS pour 2021.

La croissance des dépenses de la branche retraite du régime général serait de 3 %, malgré un ralentissement de la croissance des prestations (+ 2,6 % après + 3 % en 2020), en raison d'une moindre revalorisation (+ 0,4 % après + 0,8 % en moyenne 2020) causée par le faible niveau de l'inflation. Ainsi, après une croissance de 2,6 % des droits propres en 2020, ils ne devraient croître que de 2,2 % en 2021.

Les dépenses du FSV devraient diminuer par rapport à 2020 en raison de la reprise économique attendue (- 2,6 %), mais devraient toutefois demeurer supérieures aux niveaux de dépenses antérieurs à la crise, atteignant 19,16 milliards d'euros en 2021. Ces prévisions sont toutefois incertaines, au regard de la sensibilité des dépenses du FSV à l'activité économique.

C. DES CONSÉQUENCES INCERTAINES À PLUS LONG TERME

À long terme, les conséquences de la crise sanitaire sont plus incertaines pour le système de retraite, et notamment pour le FSV. Elles dépendront notamment de l'ampleur de la reprise, à plusieurs titres.

La crise économique devrait à long terme se répercutée sur les droits acquis par les générations actuellement en activité et qui entrent sur le marché du travail. En effet, une diminution durable du niveau des salaires, pris en compte pour le calcul de la retraite, pourrait conduire à terme à modérer la croissance des dépenses de retraite. Cet effet ne pourra toutefois être observé qu'à long terme, au moment où ces assurés partiront en retraite.

Pour le FSV, la rapidité et l'ampleur de la reprise seront déterminants dans sa trajectoire de dépenses.

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

Si les dépenses de la branche maladie se sont stabilisées en 2019 (A), elles ont cru en 2020 à la faveur de la mobilisation de la branche dans l'accompagnement des familles lors de la crise sanitaire et économique (B). Les dépenses de la branche devraient se stabiliser à nouveau en 2020, en raison notamment d'une mesure de transfert vers la branche autonomie nouvellement créée (C) et de l'allongement du congé paternité, ainsi que de sa transformation en prestation partiellement obligatoire (D).

A. LA STABILISATION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2019

Les charges de la branche famille du régime général ont été stables en 2019 (-0,1 % par rapport à 2018), en raison de la baisse du montant des prestations versées.

La croissance des prestations d'entretien a notamment ralenti pour atteindre 0,6 %, en raison de la revalorisation des prestations limitée à 0,3 % et de la fin de la montée en charge des revalorisations prévues dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté.

Dans le même temps, les prestations liées à la petite enfance ont diminué de 3 % en raison de la réforme de l'allocation de base et du complément du mode de garde, ainsi que de la baisse du recours au congé parental. Les prestations d'action sociale ont toutefois crû de 3 %.

B. UNE FORTE MOBILISATION DE LA BRANCHE FAMILLE AU PLUS FORT DE LA CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire et la période de confinement qui en a découlé ont mis de nombreuses familles dans une situation d'incertitude et de précarité importante. Afin de limiter ces effets néfastes, la branche famille a déployé de nombreux dispositifs de soutien. Les rapporteurs spéciales saluent à cet égard la réactivité des équipes de la CAF et des CNAF.

Une aide exceptionnelle de solidarité a tout d'abord été versée durant le mois de mai aux bénéficiaires du RSA et aux foyers percevant des APL et ayant des enfants à charge. Cette mesure a bénéficié à 3,6 millions de foyers, pour un coût total de 821 millions d'euros. L'allocation de rentrée scolaire a par ailleurs connu une majoration de 100 euros afin de soutenir les familles, pour un coût de 55 millions d'euros. La revalorisation de cette allocation a conduit à une hausse de 3,1 % des d'entretien. Cette revalorisation de l'allocation de rentrée scolaire explique la majeure partie de l'augmentation de 1 % des charges de la branche en 2020.

Un effort important a également été fait pour éviter les situations de ruptures de droit : durant le confinement, les minimas sociaux pour lesquels il était impossible de présenter les revenus justificatifs ont été maintenus. En outre, l'allocation de soutien familial aux familles monoparentales récemment séparées n'ayant pas encore de titre exécutoire de pension alimentaire a été poursuivie au-delà de la période de droit commun. Une logique similaire a notamment été appliquée pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : les droits arrivant à échéance entre le 12 mars et le 31 juillet ont été prolongés de six mois.

Les dépenses liées à la petite enfance ont *a contrario* poursuivi leur diminution (-6,2 %), accentuée par les crises sanitaires. Les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et les maisons d'assistants maternels (MAM) ont en effet subi les effets de la période de confinement sur leur activité. Durant la période de confinement, la part des places fermées a atteint 96,7 % en micro-crèches PAJE, 96,1 % dans les EAJE relevant de la PSU et 92,8 % en MAM.

Des aides ont toutefois été versées aux établissements d'accueil du jeune enfant mis en difficulté lors de la crise sanitaire, en raison notamment des fermetures d'équipements et d'un moindre niveau de fréquentation des structures. Ainsi, un forfait de 27 euros par jour et par place fermée a été versé aux EAJE ayant du personnel de droit public et un forfait de 17 euros par jour et par place fermée dans les EAJE ayant du personnel de droit privé. Pour les MAM, le montant de l'aide forfaitaire est de 3 euros par jour et par place fermée. La contrepartie de cette aide est la non-facturation à la famille.

En outre, le conseil d'administration de la CAF a décidé la mise en place d'une aide exceptionnelle pour les EAJE de 10 euros par jour et par place ouverte et occupée entre le 11 mai et le 3 juillet 2020.

Les aides exceptionnelles pour la période courant du 2 mars au 31 juillet 2020 sont estimées à 655,5 millions d'euros, dont 582,9 millions d'euros au titre des aides pour places fermées ou non pourvues.

La stratégie de lutte contre la pauvreté

Selon l'enquête *Revenus fiscaux et sociaux* (ERFS) de l'INSEE de 2018, le taux de pauvreté des 18-29 ans est estimé à 19,7 %. Compte tenu du revenu médian et de prise en compte du seuil de 60 %, ce sont 1,6 million de jeunes âgés de 18 à 29 ans qui vivent avec moins de 1 063 euros par mois.

Afin d'apporter une réponse à cette situation, la stratégie de lutte contre la pauvreté a été dotée de 8,8 milliards d'euros sur quatre ans, comprenant des crédits rattachés à la branche famille. En 2020, environ 2 milliards d'euros ont été décaissés au titre de la stratégie. Elle est articulée autour de cinq axes :

- l'égalité des chances dès le premier pas, qui porte notamment les actions visant les modes d'accueil de la petite enfance ;
- la garantie des droits fondamentaux des enfants au quotidien, qui comprend la mesure des petits-déjeuners à l'école et de la tarification sociale des cantines ;
- la garantie d'un parcours de formation, qui vise notamment à empêcher les « sorties sèches » de l'ASE ;
- la recherche de droits sociaux plus accessibles, plus équitables et plus incitatifs à l'activité, notamment par le biais du développement des référents de parcours et la refonte des *minima* sociaux ;
- l'investissement pour l'accompagnement de tous vers l'emploi, reposant notamment sur le développement de l'insertion par l'activité économique et la rénovation du travail social.

Le budget de la sécurité sociale finance notamment les actions relatives à la création de places en établissement d'accueil de jeunes enfants et à leur mixité sociale (au travers des bonus « territoires » et « mixité sociale »), au développement des centres sociaux, aux dispositifs de complémentaire santé solidaire et « 100 % santé », au programme « M'tes dents », ainsi qu'aux dispositifs médico-sociaux de prise en charge des personnes précaires.

C. UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN LÉGÈRE BAISSÉ, EN RAISON DE MESURES DE TRANSFERT VERS LA BRANCHE AUTONOMIE

L'objectif de dépenses de la branche famille pour 2020, fixé à 50,3 milliards d'euros en LFSS pour 2020, est rectifié à la hausse à hauteur de 0,2 % par le PLFSS pour 2021, pour atteindre 50,4 milliards d'euros. L'objectif de dépenses de la branche famille pour 2021 est fixé à 49,3 milliards d'euros, en baisse de 2,18 % par rapport à l'objectif pour 2020 rectifié.

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

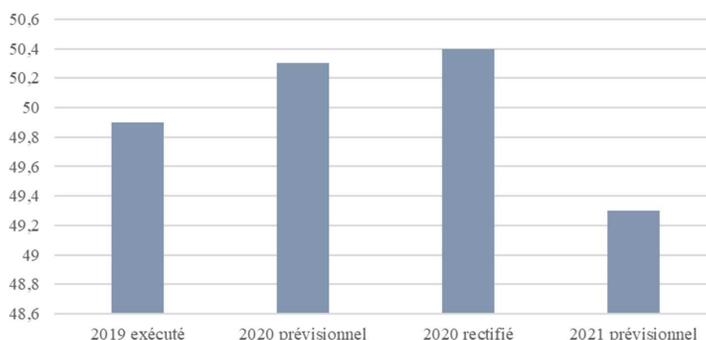
	2019 exécuté	2020 prévisionnel	2020 rectifié	2021 prévisionnel
Montant	49,9	50,3	50,4	49,3
Évolution entre N-1 et N		0,80 %	0,20 %	- 2,18 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

Les dépenses devraient se stabiliser en 2021, à la faveur de plusieurs effets.

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

Les charges nettes se stabiliseraient à nouveau en 2021 (- 0,1 %), sous l'effet du recul des prestations, contrecoup logique de la revalorisation en 2020 de l'allocation de rentrée scolaire qui avait conduit à majorer les dépenses de la branche de 500 millions d'euros. Entre autre, la faible inflation conduit à une relative stabilisation des dépenses de prestation.

Enfin, le PLFSS pour 2021 porte le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEH) de la branche famille à la nouvelle branche autonomie (voir *infra*). Ce transfert conduit à réduire de 1,2 milliard d'euros les dépenses de la branche famille, expliquant la diminution de l'objectif de dépenses.

Toutefois, la réforme du congé paternité conduit à augmenter les dépenses de la branche de 260 millions d'euros en 2021, dont 16 millions d'euros au titre de caractère obligatoire et 245 millions d'euros au titre de l'allongement du congé, puis de 250 millions d'euros environ à partir de 2022.

D. L'ALLONGEMENT ET LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Face au constat du faible partage de la charge parentale à la naissance d'un enfant, et des conséquences induites pour la carrière des femmes, plusieurs initiatives ont déjà été portées. Elles viennent en complément du congé maternité, qui dure 16 semaines pour les deux premiers enfants et 26 semaines à partir du troisième enfant, et repose sur le versement d'un revenu de remplacement dans les modalités varient selon les catégories professionnelles. Les salariés du privé perçoivent des indemnités proportionnelles à leur salaire, pouvant être complétés par des conventions collectives ou des accords d'entreprise, tandis que les fonctionnaires et agents des entreprises publiques bénéficient d'un maintien de salaire. Les travailleuses indépendantes bénéficient d'une allocation forfaitaire et d'une indemnité journalière forfaitaire.

Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant, créé en LFSS pour 2002, ouvre au second parent le bénéfice d'un congé de 11 jours durant les quatre premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Ils s'ajoutent aux trois jours de congé de naissance. Durant ce congé, les assurés bénéficient d'une indemnisation dans les mêmes conditions que le congé maternité : ils perçoivent des indemnités journalières à hauteur de leur revenu brut abattu de 21 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale. Les travailleurs indépendants bénéficient également d'une indemnité équivalente à celle des travailleuses indépendantes, soit 56 euros par jour. Les fonctionnaires bénéficient eux d'un maintien de salaire, tandis que les exploitants agricoles peuvent bénéficier d'une allocation de remplacement.

Malgré le maintien d'un niveau de revenu équivalent ou proche du revenu normal, le taux de recours se stabilise et enregistre même une légère baisse des dernières années. Après un point haut à 69,7 % de taux de recours en 2011, il est de 67,1 % en 2016, soit 404 000 parents ⁽¹⁾. Par conséquent, d'autres facteurs que le facteur financier semblent expliquer ce recours modéré au dispositif. Ces raisons sont principalement professionnelles, relatives à la charge de travail ou à la peur de l'employeur.

En outre, les taux de recours dépendent fortement de l'activité professionnelle : les salariés en CDD, et les indépendants y recourent moins. Ainsi, si 88 % des fonctionnaires et 80 % des salariés du secteur privé en CDI sollicitent un congé paternité, ils ne sont que 48 % des salariés en CDD et 32 % des travailleurs indépendants ⁽²⁾.

Les parents peuvent également recourir au congé parental d'éducation, non rémunéré, d'une durée comprise entre un mois et un an, pouvant être renouvelé deux fois pour les deux premiers enfants et pouvant être renouvelé jusqu'à cinq fois dès le troisième enfant. En outre, les situations de maladie ou de handicap de l'enfant permettent d'allonger sa durée d'une année supplémentaire.

(1) Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020.

(2) DREES, Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, 2013.

Durant cette période de congé parental d'éducation, le salarié peut percevoir la prestation partagée d'éducation de l'enfant (Prepare), créée en 2014 ⁽¹⁾. Chacun des parents ou les deux (en même temps ou successivement) peuvent bénéficier de l'allocation. Si le montant de l'allocation est fonction de la quotité de travail, son montant reste faible : il varie entre 148,12 euros pour un emploi à temps partiel et 397,20 euros pour un emploi à temps plein. La Prepare se cumule avec le congé de naissance de trois jours dont peuvent bénéficier tous les salariés, ces derniers bénéficiant durant ces trois jours d'un maintien de salaire.

Toutefois, ce dispositif a également révélé ses limites et échoue à remplir son objectif d'un meilleur partage des responsabilités parentales : la part des hommes bénéficiaires de la Prepare a crû de 4 % à 6 % entre 2016 et 2019 ⁽²⁾. En outre, le recours à la prestation suit une tendance baissière.

Cette situation est insatisfaisante à plusieurs égards, en ce qu'elle fait peser la charge parentale sur la mère principalement, avec des effets potentiellement négatifs sur sa carrière et son insertion sur le marché du travail. En outre, le rapport de la commission des 1 000 jours souligne l'importance de la « *disponibilité et de la proximité physique et émotionnelle de la part des parents* » ⁽³⁾, et par conséquent l'importance de l'engagement du père avec le bébé, permettant des effets positifs sur le développement de l'enfant et un meilleur soutien de la mère, diminuant les risques d'épuisement et de dépression. Ainsi, « *plus le congé paternité est long, plus la sensibilité du père/second parent à l'enfant est grande* » ⁽⁴⁾.

À partir de ces constats, le PLFSS pour 2021 porte une mesure d'allongement du congé paternité et le rend partiellement obligatoire, afin de renforcer l'implication du père dans les premiers jours de l'enfant et de diminuer les inégalités. Son **article 35** propose d'augmenter la durée du congé paternité à 25 jours, soit quatre semaines en prenant en compte les trois jours de congé de naissance, contre deux semaines aujourd'hui. En outre, il propose de le rendre obligatoire pendant les sept premiers jours, période comprenant les trois jours de congé de naissance et quatre jours du congé paternité. Cette interdiction d'emploi serait assortie d'une durée minimale d'indemnisation, de sept jours également.

Cette disposition vise à augmenter le taux de recours en limitant au maximum les considérations d'ordre professionnel qui contribuent aujourd'hui à limiter le recours au dispositif. Avec une mise en œuvre débutant le 1^{er} juillet, le coût de cette mesure serait de 260 millions d'euros en 2021 – dont 16 millions d'euros au titre du caractère obligatoire sur les sept premiers jours –, puis de 550 millions d'euros en année pleine.

Les rapporteuses pour avis soulignent toutefois le risque que le taux de recours reste inférieur à ce qu'il devrait être, certains futurs pères ne déclarant pas la grossesse de la mère à leur employeur. Il conviendrait également de s'assurer que les pères ne perçoivent pas l'allocation tout en continuant de se rendre au travail.

(1) Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

(2) REPSS relatif à la branche famille annexé au PLFSS pour 2021.

(3) Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020.

(4) Ibid.

IV. DES DÉPENSES EN HAUSSE POUR LA BRANCHE AT-MP

Les dépenses de la branche AT-MP sont orientées à la hausse, en 2019 (A), comme en 2020 et 2021 (B).

A. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ONT POURSUIVI LEUR CROISSANCE EN 2019, À UN RYTHME TOUTEFOIS MODÉRÉ

Les prestations versées par la branche AT-MP et figurant dans le champ de l'ONDAM, soit les indemnités journalières et remboursement de soins, sont restées dynamiques en 2019, en croissance de 7 %. Les dépenses hors ONDAM ont quant à elles repris une croissance modérée, atteignant 0,9 % après une diminution de 0,9 % en 2018. La croissance des rentes d'incapacité a notamment ralenti en raison de la sous-revalorisation appliquée en 2019. Au total, les charges de la branche ont crû de 1,6 %.

B. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP RESTERAIENT ORIENTÉES À LA HAUSSE EN 2020 ET 2021

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros et en pourcentage)

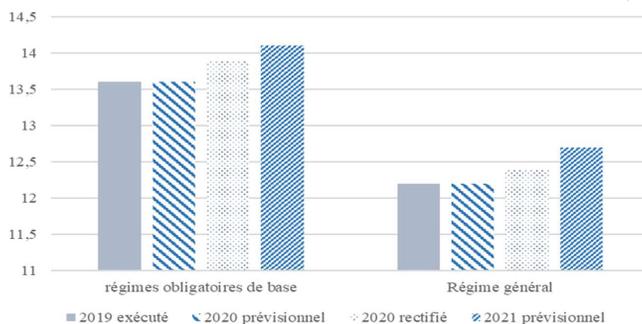
	2019 exécuté	2020 prévisionnel	2020 rectifié	2021 prévisionnel
Régimes obligatoires de base	13,6	13,6	13,9	14,1
Évolution		0,00 %	2,21 %	1,44 %
Régime général	12,2	12,2	12,40	12,70
Évolution		0,00 %	1,64 %	2,42 %

Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

La croissance modérée des dépenses de la branche se confirme, malgré une augmentation substantielle concernant le régime général en 2021.

ÉVOLUTION DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP

(en milliards d'euros)



Source : commission des finances à partir de la LFSS pour 2020 et du PLFSS pour 2021.

En 2020, les dépenses de la branche devraient croître à hauteur de 1,5 %, comme en 2019. Si les prestations entrant dans le champ de l'ONDAM restent dynamiques, leur croissance ralentit, pour atteindre 3,5 %, principalement en raison du ralentissement de la croissance des indemnités journalières, qui devrait atteindre 4 % après 9,7 % en 2019.

La branche AT-MP a également vu son activité profondément modifiée par la crise sanitaire. Lors du confinement et l'issue de ce dernier, elle a mis en œuvre une subvention spécifique visant à accompagner les entreprises dans la mise en place des gestes barrière, afin de limiter les contaminations.

En outre, le décret du 14 septembre 2020 favorise la reconnaissance du covid-19 comme maladie professionnelle, en créant un tableau de maladie professionnelle dédié aux affectations respiratoires liées au virus.

Les dépenses de la branche en 2021 seraient supérieures aux prévisions pour 2020 à hauteur de 1,44 % concernant les régimes obligatoires de base et 2,42 % concernant le régime général. Le dynamisme des indemnités journalières explique également cette croissance anticipée.

Toutefois, les dépenses de la branche AT-MP progressent moins vite que la moyenne des dépenses sociales, en raison d'une tendance de long terme de diminution des accidents du travail. Le poids de certaines pathologies tend toutefois à augmenter : c'est notamment le cas des troubles musculo-squelettiques (TMS), dont l'indemnisation est en augmentation rapide et représente désormais 81 % des maladies entraînant un arrêt de travail.

V. LA CRÉATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE, UNE ÉVOLUTION HISTORIQUE ET NÉCESSAIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Au terme de plusieurs réflexions sur la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale (A), le PLFSS pour 2021 porte sa création et définit son périmètre et son architecture budgétaire (B).

A. LA NÉCESSAIRE CRÉATION D'UNE NOUVELLE BRANCHE ET LES TRAVAUX AYANT PRÉCÉDÉ SON INSTALLATION

La dépendance était prise en compte dans les politiques publiques depuis 2005, année d'installation de la CNSA ⁽¹⁾, comme une branche de la protection sociale, et non comme une branche de la sécurité sociale, reconnue au titre des ordonnances de 1945 puis de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale.

(1) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le débat sur la pertinence de créer une cinquième branche de la sécurité sociale est en réalité ancien : après une première prise de conscience à la fin du XX^{ème} siècle, le débat a été relancé en 2004 lors de l'examen de la loi ayant conduit à créer la CNSA ⁽¹⁾. Ce débat a finalement abouti sur un compromis : bien que partiellement financée par elle, la CNSA est restée hors du champ de la sécurité sociale. Elle assure depuis lors un rôle de péréquation entre les régions et les départements, mais dispose également de crédits propres via les sous-ONDAM médico-sociaux. Elle est en outre chargée d'un rôle d'animation des ARS dans le sens du partage des meilleures pratiques.

Le rapport portant sur la concertation « Grand âge et autonomie », piloté par M. Dominique Libault et paru en mars 2019, a concouru à relancer la réflexion sur le risque de perte d'autonomie. Il insistait notamment sur l'importance de « *matérialiser l'affirmation de la perte d'autonomie des personnes âgées comme risque social* » ⁽²⁾ – passant en particulier par « *la réaffirmation de la part du financement national dans le financement des prestations* », l'un des objectifs de la cinquième branche – et fixait plusieurs principes devant présider à l'affirmation de la couverture collective du risque de perte d'autonomie, parmi lesquels :

– la nécessité de garantir aux personnes âgées dépendantes la présence de personnels qualifiés, ne pouvant passer que par plus grande valorisation et une plus grande structuration des métiers du grand âge ;

– la nécessité de simplifier l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, en mettant un terme à un fonctionnement complexe et source de ruptures de parcours ;

– l'affirmation d'un modèle d'accompagnement visant le maintien à domicile le plus longtemps possible et le développement de solutions hybrides, permettant de sortir de l'alternative entre domicile et EHPAD ;

– la mise en place de prestations plus lisibles, plus justes, et permettant de réduire le coût des séjours en établissements pour les publics les plus modestes.

En proposant, à l'article 4 du projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie, de rendre un rapport au Parlement sur la création d'une cinquième risque ou d'une cinquième branche, le Gouvernement « *n'a pas arbitré entre ceux deux choix* » ⁽³⁾ dans le cadre du texte présenté. La commission spéciale s'est saisie de cette opportunité, en adoptant un amendement du rapporteur, M. Thomas Mesnier, relatif à la transformation de l'autonomie en branche de la sécurité sociale. Plusieurs arguments, présentés en commission spéciale par le rapporteur,

(1) Rapport n° 3066 de M. Thomas Mesnier au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi organique relatif à la dette sociale et à l'autonomie et le projet de loi relatif à la dette sociale et à l'autonomie, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 9 juin 2020.

(2) M. Dominique Libault, rapport de la concertation « Grand âge et autonomie », mars 2019.

(3) M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, lors de l'examen du texte en commission spéciale.

ont conduit à cette évolution fondamentale ⁽¹⁾ : la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale doit permettre une meilleure identification de l'effort collectif réalisé en faveur de l'autonomie, se traduisant par une lisibilité et une information accrues pour les citoyens et le Parlement, ce dernier devant dès lors voter un objectif de dépenses, et non plus seulement des sous-objectifs médico-sociaux de l'ONDAM.

En outre, une branche de la sécurité sociale obéit à des règles budgétaires et juridiques spécifiques. Elle repose sur la couverture d'un risque au moyen de recettes et de prestations définies, propres à la branche considérée, et lui offrant par conséquent prévisibilité et autonomie. Elle bénéficie dès lors d'un « *financement autonome et sécurisé* » ⁽²⁾.

L'organisation des branches de la sécurité sociale est également spécifique et encadrée, reposant sur un réseau de caisses locales pilotées par une caisse nationale.

Le rapport de M. Laurent Vachey relatif à la branche autonomie ⁽³⁾ souligne les objectifs de la création de cette cinquième branche :

– une plus grande équité dans l'accès aux services et aux prestations, afin de répondre à des disparités importantes sur le territoire ;

– une simplification des prestations et des organisations, dont le fonctionnement est actuellement caractérisé par un haut niveau de complexité ;

– une organisation plus efficiente de la dépense de protection sociale.

Cette reconnaissance, et par conséquent cette sanctuarisation des dépenses en faveur de l'autonomie, étaient rendues nécessaires par les évolutions démographiques : en 2040, 14,6 % des français auront 75 ans ou plus ⁽⁴⁾ selon la DREES.

En 2015, 1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA et 74 000 de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). En 2030, les bénéficiaires de l'APA seraient 1 582 000 ⁽⁵⁾.

(1) M. Thomas Mesnier, rapporteur, lors de l'examen du texte en commission spéciale.

(2) M. Adrien Taquet, secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, lors de l'examen du texte en commission spéciale.

(3) M. Laurent Vachey, La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, septembre 2020.

(4) M. Dominique Libault, op. cit.

(5) Ibid.

B. UNE ARCHITECTURE BUDGÉTAIRE RENOUVELÉE POUR LE FINANCEMENT DE LA CINQUIÈME BRANCHE

La structuration de la branche autonomie est rendue possible par le PLFSS (1), s'accompagnant nécessairement de la définition d'un objectif de dépenses (2). Il porte également une mesure de soutien aux services d'aides et d'accompagnement à domicile (3).

1. Le périmètre et l'architecture budgétaire de la branche autonomie : des évolutions nécessaires

La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale soulève inévitablement la question de son périmètre et de son architecture budgétaire.

● L'objectif de dépenses fixé en PLFSS pour 2021 est de 31,2 milliards d'euros. Cet objectif intègre les dépenses d'ores et déjà effectuées par la CNSA, dont le montant global est augmenté en raison des revalorisations salariales (1,4 milliard d'euros) et des majorations d'investissement (400 millions d'euros) portées par le « Ségur de la santé » à destination des établissements médico-sociaux. En outre, il intègre les dépenses de l'allocation d'éducation de l'enfant handicap (AEEH), auparavant financée par la branche famille.

L'intégration de cette allocation répond à deux objectifs, présentés par M. Laurent Vachey lors de son audition par les rapporteuses pour avis. D'une part, il s'agit d'isoler les dispositifs de compensation de la perte d'autonomie, et de les faire porter par une branche distincte afin de présenter de manière agrégée les dépenses portant sur l'autonomie et de sécuriser leur financement. D'autre part, l'intégration de l'AEEH dans la branche autonomie répond à un objectif de lisibilité : le droit d'option entre l'AEEH et l'APCH enfant est complexe à mettre en œuvre, peu lisible pour les familles.

● En outre, la création de la cinquième branche de la sécurité sociale entraîne nécessairement une évolution de l'architecture budgétaire de la CNSA.

Le budget actuel de la CNSA se décompose en sept sections, elles-mêmes divisées en sous-sections, chacune finançant des types d'actions. Chacune de ces sections et sous-sections bénéficie d'une fraction de recettes déterminée. L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles affecte une part de chacune des fractions de recettes à une dépense spécifique retracée dans l'une des sections du budget de la CNSA. Le principe d'affectation des recettes prévaut donc.

La part principale de ces recettes est constituée par l'ONDAM médico-social, qui finance la section I relative au financement des établissements et services médico-sociaux, pour un montant de 20,94 milliards d'euros en 2019. Le financement de ces établissements est également assuré par des recettes propres de

la CNSA ⁽¹⁾. Le cumul de ces deux éléments constitue l'objectif global de dépense (OGD, 22,34 milliards d'euros en 2019). Cet OGD est donc fonction des recettes de la CNSA comprise dans son périmètre, c'est-à-dire la majeure partie de la dotation de l'assurance maladie votée dans le cadre de l'ONDAM et des recettes propres de la CNSA.

Ce montant n'est toutefois pas égal au budget total de la CNSA : il ne comprend pas l'intégration de toute la section I, ni les concours aux départements, ni les autres dépenses d'intervention et de gestion, ni les aides à l'investissement.

Conséquence directe de cette structuration, l'objectif global de dépenses de la CNSA est directement fonction de ses recettes. En outre, ces recettes ne peuvent être réallouées entre les sections en fonction des besoins.

Cette structuration diffère du fonctionnement budgétaire des caisses des quatre branches de la sécurité sociale : le code de la sécurité sociale prévoit que chaque caisse a pour mission de veiller à l'équilibre financier de la branche et d'établir les comptes combinés de la branche. La partie réglementaire du code prévoit que chaque caisse gère des fonds, et énumère les recettes affectées et les dépenses couvertes.

Suivant l'une des préconisations du rapport de M. Laurent Vachey, le PLFSS propose d'abandonner cette structuration particulièrement complexe et rigide et de se rapprocher de la structuration budgétaire des autres caisses, reposant sur l'affectation de ressources non fléchées vers des dépenses spécifiques – en remplacement de la dotation de l'assurance maladie – et sur la création de fonds ⁽²⁾. En outre, la nouvelle architecture budgétaire implique de décorrélérer les recettes de la CNSA et la détermination de l'OGD, et de cesser d'affecter une part de ces recettes à l'ODG. En effet, le fléchage de recette vers le financement des dépenses relevant de l'OGD actuel n'a plus lieu d'être, le périmètre de cet OGD n'étant plus qu'une des dépenses de la cinquième branche au même titre que les autres, et le principe de non-affectation des ressources s'appliquant à la cinquième branche.

Ainsi, les recettes de la branche seront désormais utilisées pour financer, sans principe d'affectation, cinq grands types de dépenses (financement des établissements et service médico-sociaux, financement des concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH, aides à l'investissement au bénéfice des ESMS, dépenses de gestion, dépenses d'intervention).

Toutefois, les concours versés aux départements au titre de l'APA et de la PCH continueront de faire l'objet de financements dédiés, par le biais d'une fraction des ressources de la CNSA.

(1) Les autres recettes de la CNSA sont la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de CSG.

(2) La création de ce fonds nécessite une disposition réglementaire et ne figure donc pas dans le PLFSS pour 2021.

Les rapporteuses pour avis soutiennent l'idée défendue par M. Laurent Vachey qu'il reste nécessaire que le Parlement, et non le seul conseil de la CNSA, se prononce sur les montants affectés aux quatre fonds qui pourraient être créés ⁽¹⁾. Elles saluent également la création d'une annexe portant sur les dépenses de la branche autonomie.

La gouvernance de la CNSA

Le principal enjeu concernant la gouvernance de la CNSA est sa capacité à piloter l'action locale de chacun des deux réseaux qu'elle anime (les ARS et les départements), en faveur d'une plus grande efficacité et d'une plus grande équité entre les territoires.

Le rapport de M. Laurent Vachey propose que la CNSA et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) soient liées par une relation plus directe, reposant sur le versement d'un financement direct en lieu et place du versement de deux concours et de la conclusion de conventions d'appui à la qualité de service. Ainsi, la CNSA pourrait avoir un dialogue de gestion plus efficace et plus direct avec ces structures. Dans la même optique, il souhaite donner à la branche la capacité de réaliser des audits de terrain au sein des MDPH, en sus du travail de diffusion des bonnes pratiques que la CNSA assure d'ores et déjà à leur égard. En outre, le développement d'un système d'information généralisé à l'ensemble des MDPH, en cours, doit être achevé pour permettre des remontées et un suivi efficace des données. Ce fonctionnement tend à se rapprocher de celui des autres caisses, et notamment de la CAF, dont la qualité des audits locaux est reconnue.

Enfin, Laurent Vachey propose de généraliser les maisons de l'autonomie (MDA), un dispositif créé par l'article 82 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement reposant sur la mutualisation de fonctions d'accueil, de conseil, d'orientation, et le cas échéant d'instruction des situations et des besoins au profit des personnes âgées et handicapées. Si la structure créée répond aux critères d'un cahier des charges défini par décret, la CNSA lui délivre un label. Toutefois, une seule MDA a été labellisée, et 17 autres ont été créées, sur des modèles divers et différant parfois très peu de la situation antérieure. Selon la direction générale de la cohésion sociale, la généralisation des MDA permettrait notamment une plus grande équité de traitement sur le territoire.

2. Les dépenses de la branche autonomie en 2021

Les dépenses réalisées en 2020 et comprises dans le périmètre de la branche autonomie telle que créée pour 2021 représentent 29,8 milliards d'euros, dont 28,4 milliards d'euros de dépenses prévisionnelles de la CNSA et 275 millions d'euros de revalorisations salariales annoncées dans le cadre du « Ségur de la santé » et 1,1 milliard d'euros de dépenses prévisionnelles au titre de l'AEEH.

En 2021, les dépenses de la branche autonomie atteindraient 32,1 milliards d'euros, en progression de 4,7 % par rapport à 2020. La progression des dépenses est due à hauteur de 2,1 milliards d'euros aux mesures de revalorisations salariales

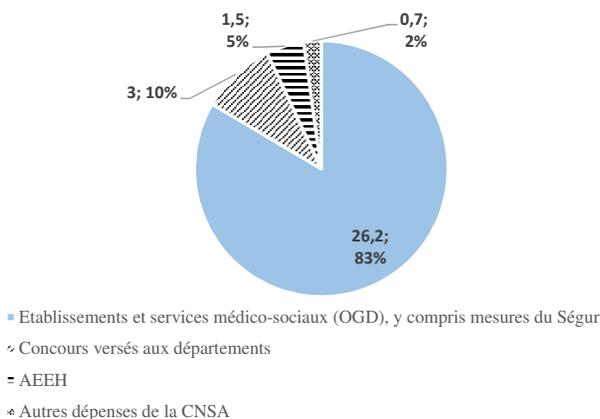
(1) D'après le rapport de M. Laurent Vachey, un fonds de financement des établissements et services médico-sociaux, un fonds relatif au financement des prestations et des concours des départements, un « fonds d'intervention nationale » qui prendrait en charge les actions de prévention, la formation des aidants ou encore la formation des intervenants, et un fonds de gestion administrative.

et d'aide à l'investissement du « Ségur ». En outre, 200 millions d'euros supplémentaires devraient être décaissés au titre de l'APA et de la PCH (pour un total de 3 milliards d'euros de transfert aux départements au titre de l'APA et de la PCH), ainsi que 100 millions d'euros supplémentaires au titre de l'AAEH.

En outre, le financement des établissements et services médico-sociaux, *via* l'OGD (*cf. supra*), représente 84 % des dépenses de la branche en 2021.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE EN 2021

(en milliards d'euros et en pourcentage)



Source : commission des finances à partir de l'annexe X du PLFSS pour 2021.

3. Le renforcement et la valorisation des soins à domicile : le corollaire nécessaire de la création de la branche autonomie

Le rapport de M. Dominique Libault faisait de la valorisation des métiers du grand âge, et en particulier ceux des soins à domicile, une composante essentielle du renforcement de la prise en compte du grand âge et de l'autonomie.

Il préconisait notamment un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, permettant de revaloriser les salaires et d'assurer une plus grande équité entre les départements.

Ces recommandations s'appuient sur un constat partagé par les participants à la concertation « Grand âge et autonomie » : les personnes âgées préfèrent rester à leur domicile plutôt que de le quitter pour vivre en EHPAD. Le rapport cite une étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), selon laquelle 80 % des Français considèrent qu'entrer en institution signifie perdre son autonomie de choix.

Les rapporteures pour avis souhaitent que la création de la branche autonomie permette dans les mois à venir de réfléchir collectivement aux moyens de valoriser de manière structurelle et durable les soins à domicile en tant que composante à part entière de l'accompagnement de la personne dépendante. Première étape de ce travail, l'**article 4 du PLFSS** permet la reconnaissance de l'investissement de ces personnels durant la crise. Il propose en effet le versement d'une prime covid aux personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Cette prime serait défiscalisée et désocialisée, sur le modèle de la prime versée aux professionnels exerçant au sein d'un établissement ou d'un service médico-social.

Cet article propose ainsi aide de la CNSA aux départements, à hauteur de 80 millions d'euros. L'enveloppe serait donc répartie entre les départements par la CNSA, et sera mobilisable en contrepartie d'un effort financier au moins équivalent de la part des collectivités territoriales.

Hélas, il n'aborde pas la question essentielle de la revalorisation des grilles salariales (avenants 43 et 44 de la convention collective nationale), bien que le déficit d'attractivité de ces métiers soit fortement lié à ce facteur.

Les rapporteures pour avis souhaitent vivement que les négociations, encore en cours à l'heure de remise du présent rapport, aboutissent rapidement afin d'acter une augmentation propre à créer un regain d'attractivité nécessaire à ces métiers en tension.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa première réunion du mercredi 14 octobre 2020, la commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (n° 3397).

M. Daniel Labaronne, président. Notre ordre du jour appelle l'examen pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Je rappelle que la commission des affaires sociales, saisie au fond, a commencé hier après-midi ses travaux sur ce texte, dont la discussion en séance publique débutera mardi 20 octobre. La commission des finances s'est quant à elle saisie pour avis de l'ensemble du projet de loi. Avant de passer à l'examen de ses 51 articles et des amendements déposés sur le texte, nous allons entendre nos rapporteurs pour avis.

Mme Christelle Dubos, rapporteure pour avis. Si le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 est marqué par les effets de la crise liée à l'épidémie de covid-19 et traduit les réponses que le Gouvernement et les partenaires sociaux s'efforcent d'y apporter, il ne renonce pas pour autant à moderniser notre système de protection sociale.

Au 31 décembre 2019, je le rappelle, le régime général était proche de l'équilibre, puisque son déficit était de 400 millions d'euros, et de 1,9 milliard d'euros en tenant compte du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). La réévaluation au titre de la LFSS pour 2020 avait ensuite fait état d'un résultat moins favorable, le déficit s'élevant à 5,4 milliards d'euros en raison de l'actualisation des perspectives économiques et des mesures prises en réponse à la crise des gilets jaunes.

Néanmoins, l'impact économique et social de la crise sanitaire rend caduque la trajectoire de retour à l'équilibre, initialement programmé d'ici à 2023. En effet, le déficit de la sécurité sociale atteindra 44,4 milliards d'euros en 2020 et 27,1 milliards d'euros en 2021. Un tel résultat, certes négatif, doit être lu de manière nuancée puisqu'en juin dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale envisageait encore un déficit de 52 milliards d'euros pour 2020.

Dans le détail, les déficits se répartissent de la façon suivante : 29,8 milliards d'euros pour la branche maladie, 7,8 milliards d'euros pour la branche vieillesse, 3,3 milliards d'euros pour la branche famille, 3,2 milliards d'euros pour le FSV et 300 millions d'euros pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP). Ainsi, la perspective d'une extinction de la dette sociale doit-elle être reportée.

Face au contexte sanitaire, diverses dispositions, drastiques mais nécessaires, telles que le confinement, la fermeture de tous les lieux recevant du public ainsi que des commerces non essentiels, ont été prises pour protéger la santé, mais elles ont provoqué une crise économique et sociale sans précédent. Plusieurs mesures ont permis d'en amortir le choc et les conséquences sur la vie des Français et sur les entreprises.

Premièrement, des dépenses exceptionnelles de la sécurité sociale ont joué un rôle clef dans l'atténuation de l'impact de la crise. Parmi ces dépenses, on relève l'extension automatique des prestations servies aux personnes vulnérables, la compensation du chômage partiel, le report des échéances de prélèvement, voire l'annulation, de cotisations, pour certains secteurs ou dans certaines situations, le maintien des droits au chômage et la suspension des réformes prévues.

Les dépenses de l'assurance maladie ont connu une augmentation exceptionnelle et imprévue. Les surcoûts liés à la crise s'élèvent en effet à 15 milliards d'euros en 2020, dont 4,8 milliards d'euros alloués à Santé publique France pour gérer l'épidémie, en particulier pour l'achat d'équipements – masques, respirateurs, tenues de protection – ainsi que le financement des tests PCR, mais aussi le versement des « primes covid », la prise en charge des arrêts de travail des personnes identifiées comme cas contact et au titre de la garde d'enfants.

Deuxièmement, le déficit de la sécurité sociale est creusé par l'effondrement de ses recettes, lié notamment à la baisse des cotisations sociales – le recul de la masse salariale représente en effet une perte de 21,7 milliards d'euros – et aux mesures prises pour soulager les comptes des entreprises et préserver au maximum l'emploi dans le cadre du plan de relance.

Outre qu'il répond à la crise, le PLFSS pour 2021 prend en compte les divers enjeux d'avenir et s'inscrit dans le mouvement profond de réflexion et de réorganisation du système de santé engagé depuis le début du quinquennat avec la mise en œuvre de la stratégie « Ma santé 2022 », le pacte de refondation des urgences et le plan « Investir pour l'hôpital ». La crise sanitaire et les problématiques qu'elle a soulevées, notamment celles de la valorisation des métiers du soin et de l'organisation de l'hôpital, ont confirmé que les mesures relevant de ces différentes initiatives allaient dans le sens d'une modernisation nécessaire du système de protection sociale.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) rectifié pour 2020 et celui prévu pour 2021 illustrent à la fois l'importance des surcoûts induits par la crise et l'ampleur des réformes menées. L'ONDAM pour 2020 devrait être supérieur de 7,6 % à celui de 2019 ; cette évolution est inédite depuis l'existence de cet indicateur.

L'ONDAM pour 2021 reflète la dichotomie entre des mesures de crise, inévitables mais conjoncturelles, dont le coût atteindra 4,3 milliards d'euros l'an prochain, et des réformes structurelles, aux effets de long terme, transposant les accords du « Ségur de la santé ». Le coût de ces mesures devrait être de 7,4 milliards d'euros en 2021, incluant notamment un plan d'investissement de 6 milliards d'euros sur trois ans, qui doit être lu en cohérence avec la reprise de la dette hospitalière, à hauteur de 13 milliards d'euros. Ces deux mesures ont un même objectif, celui de redonner des marges de manœuvre aux établissements pour investir.

Le PLFSS pour 2021 entend mettre en œuvre les engagements du « Ségur de la santé », grâce notamment à 19 milliards d'euros de soutien à l'investissement, à la revalorisation salariale du personnel hospitalier et du personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mobilisés depuis des années, particulièrement pendant la crise. Il permettra de répondre à la crise sanitaire, grâce aux 15 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles engagées par l'assurance maladie en 2020. L'ONDAM progresse, je le répète, de 7,6 % pour tenir compte des besoins de financement durant la crise sanitaire.

Le PLFSS pour 2021 comporte des mesures utiles, notamment la prorogation, jusqu'à fin 2022, de l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE) dans le secteur agricole. Il mobilise des financements nouveaux, grâce notamment à la création d'une contribution exceptionnelle, pour deux ans, à la charge des organismes complémentaires, qui ont économisé 2,2 milliards d'euros de moindres remboursements de soins depuis le confinement et participeraient donc à hauteur d'un milliard d'euros en 2020 et de 500 millions d'euros en 2021.

Mais le PLFSS pour 2021 marque également une évolution sans précédent, en créant une cinquième branche dédiée à l'autonomie. Depuis les ordonnances de 1945 créatrices de la sécurité sociale, aucune nouvelle branche n'avait vu le jour. La création de cette branche, dont les dépenses devraient atteindre 31,2 milliards d'euros en 2021, a soulevé de nombreuses questions, que M. Laurent Vachey, auteur d'un rapport remis au Gouvernement, nous a présentées lors de son audition. S'agissant du périmètre, il a été décidé de conserver celui des dépenses actuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), augmenté de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusque-là financée par la branche famille. Concernant le financement, l'architecture budgétaire interne de la CNSA doit être simplifiée afin de la rapprocher du fonctionnement des caisses de sécurité sociale. Dans cette optique, nous voterons désormais chaque année un objectif de dépenses, comme pour les autres branches. S'agissant de la gouvernance, il est crucial de renforcer le rôle de pilotage de la CNSA, notamment en créant un lien plus direct et plus fort avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), comme le préconise M. Vachey dans son rapport. Dans le prolongement de la création de la cinquième branche, le Gouvernement présentera un projet de loi sur le grand âge et l'autonomie dans les mois à venir.

Il convient, en outre, de mentionner l'extension à quatre semaines et le caractère partiellement obligatoire du congé de paternité, prévus dans le texte.

Pour conclure, si l'année à venir est marquée par un niveau d'incertitude extrême et inédit, une orientation ambitieuse et déterminée doit nous permettre, dès l'application de la LFSS pour 2021, de rénover profondément et utilement le système de protection sociale pour les années à venir.

M. Laurent Saint-Martin, rapporteur général. Mon propos sera bref. Je veux tout d'abord remercier Mmes Dubos et Motin. Si l'examen pour avis du PLFSS est un exercice important, la commission des finances ne doit pas oublier sa mission d'évaluation ; je pense en particulier à la question des compensations par l'État au profit de la sécurité sociale. Nous devons en effet jouer un rôle de vigie en la matière. L'année 2020 est un peu particulière à cet égard, car cette question a été abordée lors des divers projets de loi de finances rectificative (PLFR) et en grande partie réglée dans la troisième LFR. Mais, à l'avenir, elle doit être correctement anticipée, faute de quoi le citoyen peut avoir une perception confuse de ce qui relève respectivement du budget de l'État et de celui de la sécurité sociale. Or, nous sommes nombreux à tenir à cette distinction propre à notre pays.

Le PLFSS pour 2021 comporte des avancées importantes, qu'il s'agisse de l'allongement du congé de paternité, de la traduction du « Ségur de la santé » dans le plan de relance ou de la création, en attendant le projet de loi relatif à l'autonomie et au grand âge, d'une cinquième branche de la sécurité sociale, qui nous permet d'avoir d'ores et déjà une première discussion politique sur cet enjeu majeur pour notre société.

Mais, encore une fois, efforçons-nous de travailler davantage en lien avec nos collègues de la commission des affaires sociales sur la question de la compensation ; Mme Motin s'y emploie depuis le début de la législature, d'abord avec M. Alauzet, puis avec Mme Dubos, et j'y travaille moi-même avec le rapporteur général de la commission des affaires sociales, M. Mesnier. Peut-être pourrions-nous commencer par organiser – je sais que le président Woerth est favorable à cette proposition – une discussion commune du projet de loi de finances (PLF) et du PLFSS ? Et demain – qui sait ? –, nous pourrions rapprocher nos réflexions sur les parties consacrées aux recettes, celles relatives aux dépenses demeurant trop différentes.

Lorsque l'un des deux textes traite, par exemple, de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) quand l'autre traite de la baisse des cotisations patronales, il est absurde, reconnaissons-le, que les deux discussions soient distinctes et se déroulent à une semaine d'intervalle. Une telle procédure ne facilite pas la compréhension de ce que nous faisons. Je pourrais citer également l'exemple de la contribution sociale généralisée (CSG) : est-elle un impôt ou une cotisation ? Peut-être le meilleur moyen de trancher cet éternel débat est-il d'en discuter ensemble et de considérer qu'il s'agit, en tout état de cause, d'un prélèvement obligatoire.

Ce n'est pas parce que la législature s'achève dans dix-huit mois et que nous traversons une crise sanitaire que nous devons oublier nos ambitions en ce domaine. Une proposition de loi organique doit être déposée sur le sujet, et j'inviterai nos collègues de la commission des affaires sociales à y travailler avec nous.

Mme Zivka Park. Le projet de budget de la sécurité sociale pour 2021 s'inscrit dans un contexte particulier, celui d'une pandémie qui, hélas ! n'est pas encore derrière nous. Il comporte ainsi des dépenses qui, pour certaines, sont liées à la crise sanitaire et, pour d'autres, concrétisent les réformes annoncées du système de santé et des droits sociaux, notamment la création de la cinquième branche de la sécurité sociale.

La crise sanitaire a, certes, entraîné une aggravation du déficit de la sécurité sociale, mais ne réduisons pas le PLFSS pour 2021 à ce constat, dont nous connaissons tous les raisons. Nous pouvons en effet affirmer qu'il est l'un des plus beaux PLFSS que nous ayons connus, comme l'a indiqué le rapporteur général de la commission des affaires sociales.

Oui, nous observons une augmentation massive des dépenses d'assurance maladie du fait de la crise sanitaire. Mais aurait-il pu en être autrement ? Non, car nous devons être au rendez-vous en assumant les dépenses qui visaient à protéger et à préserver la santé des Français, notamment celle des plus fragiles et de ceux qui ont été en première ligne et à qui nous devons tant. En outre, ces dépenses sont liées au « Ségur de la santé », qui constitue une première grande étape du renforcement de notre système hospitalier.

Avant d'aborder les quatre points sur lesquels je concentrerai mon propos, je tiens à saluer, au nom du groupe La République en marche, la qualité du travail des deux rapporteuses pour avis.

Le PLFSS comporte une mesure qui marque, à notre sens, une belle et grande avancée. La commission des « 1 000 premiers jours » a fait état de la nécessité de renforcer le congé de paternité afin de favoriser la création de liens d'attachement durables entre le second parent et l'enfant et d'accompagner le développement de celui-ci. Ce congé contribue également à l'égalité entre les femmes et les hommes, en incitant à un rééquilibrage des tâches parentales et en réduisant les inégalités de carrière professionnelle. Grâce au PLFSS, la durée du congé de paternité est doublée et portée à 28 jours.

Par ailleurs, comme nous nous y étions engagés, le plan massif de revalorisation salariale des personnels de santé et des EHPAD et d'investissement est prévu dans le PLFSS actuellement en discussion.

Le PLFSS permet enfin à l'hôpital de respirer en lui redonnant des marges de manœuvre, grâce à une reprise de sa dette à hauteur de 13 milliards d'euros. Il ressort cependant de nos échanges avec les directeurs d'hôpitaux implantés dans nos territoires que ceux-ci s'interrogent sur ce point. Aussi, pouvez-vous nous indiquer comment cette reprise de dette va s'opérer concrètement ? S'agissant de la création de la cinquième branche, pouvez-vous nous confirmer les montants en jeu ? Pensez-vous que ceux qui ont été débloqués couvrent les besoins actuels ?

Mme Véronique Louwagie. Madame la rapporteure pour avis, vous avez évoqué un résultat nuancé. Pourtant, le déficit est abyssal : il s'élève à 44,4 milliards d'euros pour 2020 et à 27,1 milliards pour 2021 ! Au demeurant, l'ensemble des prévisions pour 2021 se fonde sur l'hypothèse selon laquelle nous échapperions à une deuxième vague de l'épidémie et sur celle d'une bonne reprise de l'activité économique dès 2020. Or nous avons de fortes incertitudes sur ces deux points.

Un mot sur les conséquences du « Ségur de la santé ». Si le groupe Les Républicains considère la revalorisation salariale des professions de santé comme nécessaire, de même que le plan d'investissement, il ne peut pas se réjouir que ces mesures soient financées par du déficit et de la dette.

Certes, des milliards d'euros sont prévus pour les établissements de santé, mais la médecine libérale apparaît comme l'oubliée de ce PLFSS. Pourtant, tous les professionnels de santé et les acteurs concernés s'accordent depuis longtemps sur le fait que la réforme du système de santé n'est possible que si un partenariat très fort est noué entre la ville et l'hôpital, de manière à favoriser un décloisonnement qui permette l'amélioration du parcours de soins et la réalisation d'économies. Hélas ! aucun signal n'est envoyé dans ce sens.

Quant à la cinquième branche, elle n'a en définitive d'autonomie que le nom puisqu'elle est sous-financée et mal financée dans ce texte.

Je veux à présent insister sur les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ces acteurs, qui ont répondu présent durant la période de confinement, accomplissent un travail extraordinaire dans nos territoires. D'ici à 2050, nous le savons, le nombre de Français de plus de 85 ans triplera ; on dénombre actuellement 2,2 millions de personnes en perte d'autonomie, dont beaucoup veulent rester à domicile. Le rapport de Mme Myriam El Khomri évalue à 93 000 le nombre de postes qu'il faudra créer entre 2020 et 2044 ; nous y sommes ! Quant au rapport de M. Dominique Libault, il estime le besoin d'investissements pour permettre la prise en charge de l'autonomie à 9,2 milliards d'euros d'ici à 2030.

Or le PLFSS ne prévoit rien en la matière, pas même l'affectation progressive d'une recette au financement de l'autonomie. Il envoie même des contre-signaux, puisqu'il réaffecte les 50 millions d'euros initialement fléchés vers l'amorçage de la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile au financement de la « prime covid ». Ce faisant, on abandonne une nouvelle fois les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Le texte ne comporte aucune mesure qui traduise l'ambition affichée de transformation de la prise en charge domiciliaire de l'autonomie ou qui permette, dès 2021, la nécessaire revalorisation des salaires des professionnels de la branche, pour prendre en compte leur engagement et le caractère essentiel de leur mission.

L'autonomie ne se résume pas à un coût : de même que ce sont des hommes et des femmes qui bénéficient de ces services, ce sont des hommes et des femmes qui les offrent et qui contribuent ainsi à créer un secteur économique à part entière, constitué d'emplois de proximité non délocalisables. J'ai cru comprendre que les députés de la majorité se saisissaient de la question ; je m'en réjouis car, à ce stade, cette omission doit être dénoncée.

M. Christophe Jerretie. Le PLFSS pour 2021 a trois caractéristiques principales.

Premièrement, il est affecté par la crise. Outre les pertes de recettes, les mesures d'urgence très fortes ont abouti à des surcoûts majeurs et ont certainement limité les dépenses en faveur des politiques publiques qui avaient été évoquées l'an dernier.

Deuxièmement, il marque néanmoins un progrès puisqu'y ont été intégrées la plupart des mesures du « Ségur de la santé » : revalorisation salariale, embauches, plan d'investissement dans les hôpitaux, reprise de la dette... Il ne faut pas éluder ces progrès importants.

Troisième élément, très important pour le groupe MODEM : l'équilibre des comptes sociaux à moyen terme. Tout est fait avec mesure et parcimonie. L'extension de la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) jusqu'en 2033 est une bonne mesure.

J'en viens à mes questions. L'accompagnement numérique et l'évolution de la tarification à l'activité (T2A) sont-ils bien pris en compte dans le PLFSS ? Enfin, la crise a sans doute empêché le déploiement de tous les efforts prévus en faveur de l'autonomie. Estimez-vous néanmoins que, dans les deux à trois années qui viennent, cette question pourra faire l'objet d'une véritable politique publique ? Le groupe MODEM sera attentif à ces différents points et accompagnera, dans la majorité, ce PLFSS historique.

M. Jean-Louis Bricout. Ma première question a également trait à l'évolution de la T2A : qu'en est-il ?

Par ailleurs, le PLFSS pour 2021 suscite une certaine incompréhension car, s'il crée une branche autonomie, il néglige les services d'aide à domicile et leurs salariés. Pis, il revient sur les engagements de revalorisation salariale pris par le Gouvernement. Il contredit ainsi les ambitions affichées concernant le « virage domiciliaire » et témoigne d'un mépris pour nos aînés, qui souhaitent vieillir chez eux le plus longtemps possible dans les meilleures conditions, et pour les intervenants à domicile, qui ont tant donné pendant la pandémie.

Alors que le PLFSS devait envoyer un signal fort avec la création de la branche autonomie, ces arbitrages font craindre une cinquième branche sans moyens budgétaires pour développer la réponse domiciliaire. Or les services de soins à domicile ne parviennent déjà plus à répondre à l'intégralité des demandes d'accompagnement en raison de difficultés de recrutement dues au manque d'attractivité de ces métiers.

C'est pourquoi on attendait un « virage domiciliaire » et la concrétisation de l'engagement pris par le Gouvernement de revaloriser les salaires des intervenants à domicile afin précisément de rendre ces métiers plus attractifs, mieux reconnus, voire moins méprisés. Or, les avenants 43 et 44 à la convention collective de branche sont toujours en attente d'agrément par le ministère de tutelle. À l'heure des arbitrages, force est de constater que, dans le PLFSS pour 2021, les établissements et les services de soins à domicile n'ont rien ou presque : 10 millions d'euros seulement. De fait, le projet de loi recycle les 50 millions d'euros du PLFSS pour 2020 destinés aux services de soins à domicile et les 20 millions d'euros annoncés par le ministère des solidarités et de la santé, le 20 février 2020, pour la revalorisation des salaires.

Enfin, je souhaiterais obtenir quelques précisions sur les financements respectifs de l'État et des départements : nous craignons des disparités territoriales et des demi-mesures dans certains départements.

M. Charles de Courson. Mesdames les rapporteuses pour avis, je souhaiterais tout d'abord que vous fassiez le point sur la dette sociale. Les projections concernant 2023 dépassent-elles ou non les 136 milliards d'euros dont nous avons voté le transfert à la CADES le 7 août 2020 ?

Deuxièmement, quel est le fondement du nouvel impôt, qui n'est pas déductible ? On nous dit que les complémentaires santé ont fait des économies sur les dépenses d'assurance maladie. C'est exact, mais elles ont également assumé des coûts supplémentaires ; je pense notamment aux indemnités journalières. Avez-vous des données précises en la matière ?

Ma troisième question porte sur la branche vieillesse. Concernant le régime général, le déficit prévisionnel pour 2021 est de 7,3 milliards d'euros. Quelles sont les perspectives ? Avez-vous des informations sur une éventuelle reprise de la réforme des retraites ?

Quant à la branche autonomie, elle est équilibrée dans le PLFSS, mais n'est-ce pas artificiel ? Quelles sont les projections, à périmètre inchangé puisque, pour le moment, on ne fait que transférer des dépenses d'autres branches ?

Mme Lise Magnier. En plein examen du PLF en séance publique, nous voilà saisis pour avis du PLFSS pour 2021. Ces deux textes sont examinés dans un contexte sanitaire et économique inédit et se fondent sur des comptes publics très dégradés. Tandis que le dépassement de l'ONDAM a atteint 10 milliards d'euros en 2020, la progression, hors crédits covid, est fixée à 6 % pour 2021. Le déficit de la sécurité sociale atteindra 44,4 milliards d'euros cette année, contre seulement 5,4 milliards d'euros l'an dernier. Le PLFSS traduit certaines des mesures du plan de relance et les annonces du « Ségur de la santé ».

Au-delà des effets dévastateurs du covid, nous retenons de ce PLFSS la revalorisation bienvenue des salaires des personnels hospitaliers et des EPHAD, la reprise de la dette et le plan d'investissement pour l'hôpital public. En revanche, nous nous interrogeons sur l'absence d'accompagnement des autres personnels soignants, en médecine de ville et dans les établissements et services médico-sociaux.

Nous retenons aussi la création de la cinquième branche, à l'initiative de notre groupe. Il faudra vite concrétiser cette avancée par l'adossement de financements nouveaux et l'inscription à l'ordre du jour du projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie. Mais, comme nos collègues, nous ne comprenons pas qu'il soit possible de créer la cinquième branche tout en ponctionnant 50 millions d'euros de financements sur les services de soin à domicile. Il s'agit d'une erreur majeure ; nous ne pouvons risquer de fragiliser encore ce secteur, si essentiel dans la vie de nos concitoyens.

Ce PLFSS est un texte majeur qui doit répondre à des attentes de longue date et apporter des solutions concrètes à la crise traversée par la protection sociale et le système de soins. Toutefois, des questions restent à éclaircir.

M. Pierre Dharréville. Ne voulant pas doucher l'enthousiasme débordant de la majorité, je me contenterai de ne pas partager vos louanges. Les PLFSS successifs ont largement affaibli la capacité de l'hôpital à faire face aux enjeux, *a fortiori* à une crise comme celle que nous connaissons aujourd'hui. Le PLFSS pour 2021 ne dément pas une tendance lourde : même si des subsides supplémentaires sont débloqués pour faire face au coût exceptionnel de la crise, on continue de réduire les dépenses courantes et 4 milliards d'euros d'économies seront réalisées sur la sphère de la santé. Voilà la réalité ! Il faut porter un regard plus nuancé sur ce que nous propose le Gouvernement : l'hôpital est en crise et nous ne sommes pas à la hauteur du défi.

Quant à la création de la cinquième branche, dont certains ont dit qu'elle était historique, elle tient pour l'instant du symbole. Le PLFSS n'affiche toujours pas d'ambition sociale dans ce domaine et les fonds dégagés sont limités : cela se résume à un jeu de tuyauterie, à un redécoupage architectural. Je voudrais sur ce point rassurer les membres de la commission finances : le premier objectif assigné à la CNSA est de veiller à l'équilibre financier de la branche – nous voilà sauvés !

Monsieur le rapporteur général, vous avez rappelé l'indépendance du budget de la sécurité sociale, tout en préconisant un débat commun sur la partie recettes. Je comprends que ce soit surtout cette dernière qui vous intéresse, mais la sécurité sociale ne doit pas être l'instrument des politiques économiques. Sa mission ne saurait être subordonnée à d'autres objectifs que ceux qui lui ont été fixés. Nous sommes opposés à la poursuite de l'étatisation de la sécurité sociale.

Mme Claudia Rouaux. Il est très difficile d'évaluer le coût de l'épidémie, car il faudrait distinguer les dépenses supportées par les hôpitaux dédiés à la prise en charge des malades du covid durant la première vague et les pertes enregistrées par les établissements dont l'activité s'est arrêtée et qui ont dû mettre leur personnel au chômage partiel. Toutefois, il serait intéressant de disposer, pour l'avenir, de mesures précises de ces coûts.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Alors que la France entière traverse une crise sanitaire, économique et sociale, il appartient aux membres de la commission des finances, plus qu'à quiconque, de réfléchir au contexte global. Le PLF et le PLFSS sont très imbriqués et chaque décision prévue dans l'un a des répercussions sur l'autre texte.

Nous n'en sommes certes pas à un examen commun des recettes, mais nous devons prendre la mesure de ce qui se passe : cette année encore, la part de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) attribuée au budget de la sécurité sociale sera augmentée, afin de soutenir ce modèle de protection unique, mais aussi pour compenser plusieurs milliards d'euros d'allègements de cotisations. En 2018, nous avons engagé une réflexion sur le sujet. Même si la situation a beaucoup changé, nous devons continuer de penser le budget national dans sa globalité. Les Français ne font pas la différence, cela demeure de l'argent qui sort de leur poche.

De nombreuses questions ont porté, bien évidemment, sur la création de la cinquième branche. Elle tient peut-être du symbole, monsieur Dharréville, mais il s'agit alors d'un symbole historique, puisque cela ne s'était pas vu depuis la création de la sécurité sociale. Nous devons procéder avec patience et mesure : nous avons commencé par acter la création de la branche dans les lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie ; nous approuverons la structure proposée dans ce PLFSS ; il appartiendra ensuite aux acteurs de travailler ensemble pour trouver leur place auprès de la CNSA, à l'image de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) que nous avons reçue récemment.

Ce sont 31,2 milliards d'euros qui sont affectés à cette branche. On ne va pas se mentir, pour beaucoup, cela s'apparente en effet à de la tuyauterie. Un premier changement majeur s'opérera avec le transfert de l'AAE de la branche famille vers la branche autonomie. Réunir l'AAE et la prestation de compensation du handicap (PCH) au sein de la même branche simplifiera la vie des parents et permettra un meilleur accès aux droits.

Il convient de noter que, grâce aux négociations du « Ségur de la santé », 1,4 milliard d'euros supplémentaires seront attribués pour la revalorisation des carrières et l'investissement dans les établissements.

Nous sommes tous d'accord pour considérer que les aides à domicile, le plus souvent des femmes, font un métier très difficile, mais très beau, car très humain. Elles entretiennent un lien essentiel, entre une société toujours plus rapide et des anciens qui ont besoin d'elles au quotidien. Ces métiers doivent être reconnus et revalorisés.

Je ne voudrais pas passer sous silence la convention signée avec 75 départements – il en manque à l'appel – qui ont mis 80 millions d'euros sur la table, une somme équivalente à celle débloquée par l'État, pour verser une « prime covid » aux aides à domicile. Certes, les écarts d'un département à l'autre sont très importants, mais les départements sont des collectivités autonomes financièrement, qui peuvent décider du niveau de la prime. Nous espérons que la participation de l'État les incitera à aller plus loin et à revaloriser la prime versée à celles qui ont tant donné.

Le « Ségur de la santé » a été un rendez-vous très important entre les professionnels de santé et le ministre. Il a été décidé de revaloriser sensiblement les salaires, puisqu'une première augmentation, de 90 euros nets, sera suivie d'une seconde, début 2021. Dans des moments tels ceux que nous vivons, nous avons besoin d'actes concrets.

Il est vrai que les médecins de ville ont l'impression de ne pas avoir été reconnus et ne cachent pas leur déception de voir la négociation conventionnelle reportée de deux ans. Le Gouvernement s'est adapté aux impératifs de calendrier de la profession et un compromis a été trouvé : les négociations commenceront une fois le résultat des élections internes connu.

Mme Véronique Louwagie. Cela ne justifie pas un décalage de deux ans !

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Je peux admettre que c'est difficile à comprendre pour les médecins de terrain.

Depuis le début du quinquennat, nous répondons par des plans d'urgence à la situation dans les hôpitaux. Le premier plan présenté par Mme Agnès Buzyn, qui s'élevait à 500 millions d'euros, a permis de réaliser des investissements pour améliorer le quotidien des soignants. Le deuxième plan a été réintégré au « Ségur de la santé », le montant de la reprise de dette passant de 10 à 13 milliards d'euros. L'idée était de permettre aux hôpitaux de faire des investissements. Madame Louwagie, cela n'est pas entièrement financé par la dette puisqu'il a été décidé que des fonds du plan de relance européen seraient fléchés vers le secteur de la santé.

Mmes Véronique Louwagie et Marie-Christine Dalloz. Cela reste de la dette !

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. S'il est prévu de décaler quelques réalisations de la stratégie « Ma santé 2022 », certaines mesures ont déjà été mises en œuvre. Le reste à charge zéro pour les soins optiques, dentaires et auditifs est l'une des réformes les plus importantes que nous ayons voulues depuis le début du quinquennat. Ses effets sont concrets puisque certains Français ne pouvaient accéder à ces soins faute de moyens.

Mme Agnès Buzyn, puis M. Olivier Véran se sont montrés attentifs aux modifications que l'on pouvait apporter au financement par la T2A, en déployant le forfait annuel et en plaçant la qualité au centre de la démarche des structures hospitalières et médico-sociales.

Dans le plan de relance, une enveloppe de 1,4 milliard d'euros sera consacrée à la modernisation des outils numériques de la santé. Une plateforme commune regroupera les nombreux projets et permettra de les coordonner.

S'agissant de la dette sociale, la CADES, qui a vu sa durée de vie repoussée à 2033, a procédé avec succès à trois levées de fonds en septembre. Conformément aux souhaits que Mme Bénédicte Peyrol et moi-même avons formulés, elle est parvenue à lever jusqu'à 76 % de titres sociaux lors de son émission du 9 septembre et 66 % lors de son émission du 29 septembre 2020. Cela signifie que lorsque la CADES emprunte sur les marchés, elle parvient à trouver des investisseurs en quête de sens.

Durant le confinement, les mutuelles ont réalisé des économies. La baisse des dépenses de soins de ville – les téléconsultations, en forte croissance, étaient prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire – leur a permis de dégager 2,2 milliards d'euros de marge. D'autre part, les assureurs ont choisi, contrairement au souhait des membres du Parlement, de ne pas compléter les indemnités journalières covid, laissant à l'État et aux employeurs la charge totale de ce dispositif.

Le président Sarkozy, durant la crise de 2008, avait aussi décidé de taxer les mutuelles et les assurances. Cette décision s'appuie sur le constat des marges réalisées durant le confinement et sur le fait que nous allons pérenniser la prise en charge à 100 % des téléconsultations, en plein développement. Nous estimons que les mutuelles et les assurances sont tout à fait capables d'assumer cette taxe : c'est en quelque sorte la compensation forfaitaire de ce qu'elles n'ont pas eu à déboursier.

Bien que nous ayons auditionné le conseil d'orientation des retraites (COR), nous n'avons pas encore connaissance de sa note, qui devrait être publiée demain. Nous savons que le déficit des régimes de retraite sera très important, de l'ordre de 25 milliards d'euros, mais que si la reprise économique est conforme aux projections, il pourrait être ramené à 13 milliards d'euros d'ici 2025. C'est bien là que réside le nerf de la guerre : la perte des recettes de la sécurité sociale est due à la contraction, à hauteur de 6,9 % en 2020, de la masse salariale du secteur privé. Si nous parvenons à recréer de l'activité grâce à un plan de relance ambitieux, les cotisations entreront à nouveau dans les caisses de la sécurité sociale.

Mme Christelle Dubos, rapporteure pour avis. Permettez-moi de vous apporter quelques précisions chiffrées.

La progression de l'ONDAM pour 2020 est relevée à 7,6 %, elle est de 3,2 % hors dépenses covid ; l'évolution, en 2021, est évaluée à 6 %, et à 3,5 % hors dépenses covid.

L'application de la première revalorisation salariale représente 1 milliard d'euros.

La cinquième branche est dotée de 31,2 milliards d'euros, dont 28 milliards d'euros de CSG.

L'aide consistant dans la prise en charge de charges fixes des professions de santé libérales représente 1,4 milliard d'euros en 2020.

L'enveloppe consacrée à l'accompagnement du numérique en santé s'élève à 1,4 milliard d'euros sur trois ans.

L'article 28 du PLFSS traite bien de la T2A et de la réforme du financement, de l'évolution du reste à charge, notamment aux urgences, de la réforme du financement de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR).

La branche vieillesse enregistre un déficit de 7,8 milliards d'euros en 2020, il sera de 7,3 milliards d'euros en 2021 et en 2022, de 7,8 milliards d'euros en 2023. Le retour à l'équilibre n'est donc pas d'actualité, d'autant que la crise a provoqué un choc de recettes.

Les mesures de régulation s'élèvent à 4 milliards d'euros et sont en lien avec la structuration de l'offre de soins, les baisses de prix sur les médicaments et sur les dispositifs médicaux, la pertinence et la qualité des soins en ville, la pertinence et l'efficacité des arrêts de travail et des transports sanitaires. On ne peut donc pas parler d'économies réalisées sur la branche maladie, l'évolution de l'ONDAM le démontrant par ailleurs.

Comme le souligne le rapport de Mme El Khomri, la valorisation des métiers du grand âge passe par une reconnaissance des collectivités territoriales et le regard que portent nos concitoyens sur ces professionnels du *care*. Les moyens alloués aux opérateurs de compétences, comme les fédérations d'aide à domicile, montent en charge. Une enveloppe de 80 millions d'euros, destinée aux départements, a été consacrée au soutien à la formation et à la professionnalisation des salariés.

Les départements devraient rappeler qu'ils perçoivent des financements de la CNSA, donc de l'État. Les crédits s'élèvent à 3 milliards d'euros pour 2019, dont 2,2 milliards d'euros pour l'APA, 600 millions d'euros pour la PCH et 200 millions d'euros pour les MDPH. Ils permettent d'aider au recrutement et de conduire une politique de maintien à domicile, conjointement avec les services de l'État.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Madame Rouaux, compte tenu de la reprise de l'épidémie, il est très difficile de savoir comment nous finirons l'année. Nous devons tous faire en sorte que la situation, dans deux mois, soit la plus proche possible de ce que nous imaginions en septembre. C'est souhaitable pour nos comptes, mais aussi pour la santé de nos proches et pour nous-mêmes.

Je suis désolée de ne pas être en mesure de vous dire à combien s'élève le coût de la crise liée à l'épidémie de covid, mais je peux vous donner quelques chiffres : plus de 2 milliards d'euros ont été provisionnés pour les tests et Santé publique France a été dotée de 4 milliards d'euros pour reconstituer les stocks des hôpitaux. Nous ne nous trouverons donc plus dans la même situation qu'en début d'année, lorsque nous avons été pris par surprise. Toutefois, il convient de rester vigilant car l'épidémie est mondiale et la moindre tension sur le marché se répercute en France.

Je vous invite à suivre de très près les admirables travaux de la mission d'information, dotée des prérogatives d'une commission d'enquête, sur le covid-19, présidée par M. Julien Borowczyk, qui procède à une analyse détaillée et approfondie, acteur par acteur, des différents problèmes : ils nous éclaireront sur les véritables coûts et sur les conséquences réelles de la crise sur notre système de santé.

En outre, un comité d'experts indépendant vient de publier un rapport d'étape sur la gestion de la crise, dont les premières conclusions tendent à montrer que le bilan français est plutôt satisfaisant, comme en attestent notamment les taux comparés de mortalité par habitant.

Mme Véronique Louwagie. Mais oui, nous sommes les meilleurs !

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous pouvons toujours nous battre la coulpe, mais notre pays n'est pas le seul à avoir rencontré des problèmes d'approvisionnement en masques et autres protections, et nous pouvons aussi nous créditer d'avoir plutôt bien réagi à certains égards.

Quant aux pertes de recettes privées des cliniques privées, elles sont, comme celles des caisses de retraite complémentaire, hors du champ du PLFSS – c’est tout le problème de notre système. Nous ne pouvons donc en fournir une estimation. Mais nous avons auditionné avec la commission des affaires sociales les acteurs de la santé tant publics que privés, puisqu’ils ont traversé au même titre la crise et que c’est avec eux tous que nous continuerons de lutter contre le virus.

Mme Christelle Dubos, rapporteure pour avis. Je profite de l’occasion pour remercier à nouveau l’ensemble des professionnels de la santé, qui se sont mobilisés sans compter pendant la crise et continuent de le faire, ainsi que tous les services de l’État et des collectivités territoriales, qui jouent le jeu en répondant aux questions des entreprises, des salariés et de tous ceux qui s’adressent à eux.

M. Jean-Louis Bricout. Je ne suis pas satisfait des réponses qui nous ont été apportées au sujet des auxiliaires de vie, par-delà les formules incantatoires exaltant le rôle que celles-ci jouent dans les territoires en matière de soin. Le maintien à domicile correspond aux aspirations de nos aînés et représente la solution la moins coûteuse. Les élus ici présents qui ont exercé des responsabilités au sein d’un centre communal d’action sociale en seront d’accord. Or, les auxiliaires de vie ne sont pas également traités d’un département à l’autre. La « prime covid », par exemple, fait l’objet d’une convention avec le département, qui décide de son montant ; mais pourquoi serait-elle différente selon le lieu de résidence ? Certains aides-soignants quittent des structures d’aide à domicile pour l’hôpital public ou les EHPAD parce que les conditions de travail n’y sont pas les mêmes. Pourtant, l’État n’est-il pas garant de l’égalité entre les personnes d’un territoire à l’autre ? Vous ne pouvez pas toujours rejeter la responsabilité sur les départements. Tous n’ont pas été également touchés par la crise sociale : des systèmes de péréquation pourraient être instaurés pour soutenir certains d’entre eux.

Mme Véronique Louwagie. S’agissant des services à domicile, les besoins sont tels – 93 000 postes selon le rapport de Mme El Khomri – que le dispositif prévu à l’article 4 ne pourra suffire à les satisfaire.

Les situations varient beaucoup selon les départements. Dans les territoires ruraux comme l’Orne, les temps de trajet sont très longs, car la densité de population est très faible. Il faut donc établir des péréquations ; vous invoquez la liberté des départements, mais vous ne pouvez les laisser gérer seuls ces situations, sous peine que les tarifs deviennent insoutenables pour certains d’entre eux. Votre absence de solution à ce problème aggrave les inégalités entre territoires, inadmissibles en matière de maintien au domicile comme d’accès aux soins.

M. Charles de Courson. En ce qui concerne la dette sociale, d’après les projections qui figurent à l’annexe B, le déficit cumulé pour la période 2020-2024 représente quelque 140 milliards d’euros, soit déjà plus que le montant repris par la CADES, lequel incluait les dettes passées. Cela signifie que nous ne tiendrons pas plus de deux ans : dès 2022-2023, il faudra revoir le dispositif. Toujours selon l’annexe B, les déficits structurels de la branche vieillesse vont atteindre 7 à 8 milliards d’euros par an, ceux de l’assurance maladie 17 milliards d’euros. Il faut donc prendre des mesures. Mesdames les rapporteures pour avis, y a-t-il des économies dans le PLFSS pour 2021 et, si oui, où ?

Mme Stella Dupont. L’aide à domicile nous préoccupe tous beaucoup, quels que soient les bancs sur lesquels nous siégeons. Je suis surprise que la question de la revalorisation salariale n’apparaisse guère dans le PLFSS. Nous sommes nombreux à souhaiter une évolution sur ce point à la faveur du débat parlementaire. La création de la cinquième branche est censée permettre une politique ambitieuse en matière d’autonomie, mais il y a urgence, sur le terrain,

à revaloriser de manière cohérente les métiers – donc les rémunérations. Le « Ségur », concrétisé par le PLFSS, entérine des revalorisations hors norme s’agissant du volet sanitaire, mais les manques sont criants concernant le volet domiciliaire, alors même que toute différence de traitement entre les deux se traduira par des transferts de personnel, puisque tous les secteurs sont en sous-effectif.

Mme Cendra Motin, rapporteure pour avis. Nous partageons vraiment le souhait de revaloriser le salaire des aides à domicile. Cela a été dit, une négociation est en cours au sujet des avenants 43 et 44 de la convention collective qui régit leur activité, et nous avons bon espoir que le texte évolue d’ici à l’examen du PLFSS en séance publique. L’enjeu est de trouver le bon calendrier, mais aussi le bon compromis : je ne suis pas sûre que les salaires puissent être revalorisés à la hauteur de ce qu’attendent certaines aides à domicile. Dans les communes rurales de ma circonscription, le modèle économique de l’aide à domicile en milieu rural (ADMR) est très fragile : il lui sera bien difficile de supporter de très fortes hausses de salaires, surtout sans la certitude que le département suivra les injonctions en ce sens.

Or, en la matière, la liberté des collectivités territoriales est garantie par le principe de leur libre administration. La péréquation entre elles existe déjà. L’État ne peut que se plier à leur volonté, à leur choix politique – car c’en est un. Mais nous voulons tous l’égalité et l’équité en matière de prise en charge, qui seront au cœur du débat sur le grand âge et l’autonomie. Ma circonscription est frontalière de trois départements : je sais qu’il est incompréhensible pour nos concitoyens que les tarifs de prise en charge, surtout lorsqu’il s’agit de nos aînés, ne soient pas les mêmes en Isère, dans le Rhône, dans l’Ain et en Savoie.

De nombreux rapports ont été rédigés sur le sujet – je salue les travaux de Mme El Khomri, de M. Libault et de M. Vachey, mais aussi ceux, de grande qualité, de nos collègues parlementaires Mme Dufeu, Mme Vidal, Mme Iborra et Mme Fiat. À nous, désormais, d’avancer pour répondre à cette demande sociétale, car c’est bien d’un enjeu de société qu’il s’agit : le défi à relever en vue de 2050 est immense. La majorité a posé la première pierre de l’édifice en créant le cinquième risque et la cinquième branche de la sécurité sociale, mais il reste énormément à construire, nous en sommes parfaitement conscients.

Monsieur de Courson, sur les 136 milliards d’euros que vous évoquez, il y en a 92 correspondant à des déficits prévisionnels. Je crois pour ma part aux effets du plan de relance ; attendons qu’ils se manifestent avant de dire qu’il manque des milliards d’euros – ce ne sera pas long puisque le ministre veut que les décaissements soient faits dans les deux ans. Il est de notre responsabilité que les mécanismes soient simples, clairs, faciles à appréhender et à utiliser par les entreprises et leurs conseils. À nous, législateur, de veiller à ne pas les compliquer pour qu’ils soient efficaces et efficaces très vite.

Quant aux économies, nous serons tous d’accord pour dire que, politiquement, ce n’est pas le moment d’en réaliser sur la santé – sinon en poursuivant la réorganisation engagée depuis trois ans en matière d’articulation entre l’hôpital et la ville et de répartition des modes de financement des soins entre T2A, forfaits et incitation à la qualité. Continuons sur cette voie, mais nous n’annoncerons ni économies ni coup de rabot ici ou là, car ils ne seraient pas compris.

Mme Christelle Dubos, rapporteure pour avis. J’ajoute qu’il y a tout de même 4 milliards d’euros d’économies dans le PLFSS, dont 700 millions d’euros dus à la baisse du prix des médicaments et 300 millions d’euros dus aux efforts pour la pertinence et l’efficacité des arrêts de travail, en conséquence des actions entreprises au cours des années précédentes pour mieux flécher et répartir les dépenses en vue du retour à l’équilibre en 2023.

En ce qui concerne l'autonomie, le PLFSS est une première pierre à l'édifice, mais nous examinerons dans quelques semaines le projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie, qui va nous permettre de formuler des propositions sur le maintien à domicile et les services assurant le lien entre ville et EHPAD.

La revalorisation salariale n'est pas tout : il s'agit aussi de reconnaître la plus-value des métiers de l'aide à domicile, au sein desquels les simples aides ménagères d'hier ont été remplacées par de véritables professionnels du *care* qui permettent le maintien à domicile des personnes âgées. Cela doit aussi passer par une professionnalisation et par une véritable formation. Les éléments financiers inscrits dans le PLFSS y contribueront. En outre, 275 millions d'euros ont été alloués en 2020 à la revalorisation des salaires au sein des EHPAD dans le cadre du « Ségur de la santé ».

M. Charles de Courson. Nous sommes en commission des finances : si nous n'alertons pas sur le déficit structurel de notre système de protection sociale, qui le fera ? À quoi servons-nous ? Il n'y a aucune économie dans le texte ! Vous évoquez la branche maladie, mais il faut aussi considérer la branche vieillesse, la branche famille... On ne peut pas continuer ainsi !

Plusieurs députés du groupe La République en marche. Mais que proposez-vous ?

M. Charles de Courson. Mes propositions ? Je les formule depuis plus de vingt-cinq ans. En voici une, parmi beaucoup d'autres : créer un grand régime unique pour tous les salariés en matière de vieillesse et éteindre les régimes spéciaux ; vous ne l'avez pas fait ! Pourtant, la branche vieillesse est structurellement déficitaire et ce serait une réforme de justice et d'égalité.

M. Éric Coquerel. Vous avez transféré une grande partie de la dette covid à la CADES, alors que vous aviez d'autres choix. Pourquoi serait-ce aux comptes sociaux de la payer, alors que la dette sociale, on le sait, doit nécessairement être remboursée, à la différence de la dette de l'État ?

Je remercie les rapporteuses d'avoir clarifié le fait que le PLFSS prévoit bel et bien des économies, non pas conjoncturelles, mais structurelles, liées à la réorganisation du système. Pourtant, contrairement à ce qu'a pu dire le Président de la République, le problème n'est pas l'organisation, mais bien les moyens. Tant que cela n'aura pas été compris, nous nous exposerons à de nouveaux épisodes comparables à celui que nous venons de vivre.

Mme Véronique Louwagie. La question posée par M. Coquerel mérite d'être soulevée : la crise inédite que nous vivons doit-elle être prise en charge par le budget de la sécurité sociale ou par celui de l'État ? Il faudra bien finir par y répondre.

EXAMEN DES ARTICLES

Première partie DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2019 (annexe A)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

DEUXIÈME PARTIE Dispositions relatives À l'exercice 2020

Article 3 : *Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 4 : *Contribution au financement de la prime Covid pour les personnes des services d'aide et d'accompagnement à domicile*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 5 : *Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 6 : *Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid 19*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 7 : *Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 8 : *Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2020*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 9 : *Rectification de la dotation au FMESPP*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

TROISIÈME PARTIE

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre de la sécurité sociale pour l'exercice 2021

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Chapitre I^{er}

Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10 : *Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 au titre de 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 11 : *Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 12 : *Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 13 : *Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Après l'article 13

La commission examine, en discussion commune, l'amendement CF5 de M. Sébastien Jumel et l'amendement CF4 de M. Saïd Ahamada, lequel fait l'objet du sous-amendement CF6 de M. Sébastien Jumel.

M. Fabien Roussel. L'amendement CF5 concerne toutes les régions depuis lesquelles il existe des liaisons maritimes avec la Corse ou transmanche. La fréquentation des ferries a chuté de 60 % à 80 % s'agissant des passagers et de plus de 20 % pour le fret. Cette situation met en grande difficulté des compagnies qui opèrent les liaisons transmanche, de Dunkerque à Roscoff en passant par Calais, Dieppe, Le Havre, Caen, Ouistreham, Cherbourg et Saint-Malo. Le chômage partiel et le prêt garanti par l'État leur ont servi dans un premier temps d'amortisseurs, en permettant de maintenir les emplois et de poursuivre l'activité, même réduite ; mais ils ne suffisent pas à garantir la survie des opérateurs, confrontés à une crise de longue durée en même temps qu'aux mesures et incertitudes liées à la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne, lesquelles affectent particulièrement les Hauts-de-France, la Seine-Maritime et même la Bretagne.

Face à cette situation, les salariés, les organisations syndicales et les dirigeants des entreprises de transport transmanche ainsi que les élus du littoral ont donné l'alarme et appelé le Gouvernement à déployer un plan ferries pour permettre le maintien de l'activité. Le 15 septembre 2020, lors d'une séance de questions au Gouvernement, le Premier ministre a déclaré envisager rembourser les cotisations et contributions sociales dues par les armateurs pour 2021. Notre amendement tend à concrétiser cette annonce pour tous les bateaux battant pavillon français, mais aussi pour tous les délégataires de service public.

M. Saïd Ahamada. L'amendement CF4 a également pour objet d'inscrire dans le texte l'engagement pris par le Gouvernement en faveur des compagnies opérant des liaisons maritimes internationales, frappées de plein fouet par le covid et n'ayant connu aucun déconfinement, ces liaisons n'ayant pas repris. En Méditerranée, les trajets entre la France et l'Afrique du Nord sont toujours à l'arrêt et le chiffre d'affaires est égal à zéro. Or, le secteur maritime au sens large pèse beaucoup plus que l'automobile dans l'économie nationale. Les mesures de soutien dont il a bénéficié, comme d'autres secteurs, lui ont permis de tenir pendant le confinement, mais il faut désormais un dispositif exceptionnel, à la mesure de la situation. Le Gouvernement l'a admis. Nous proposons donc que soient exonérées de part salariale l'ensemble des cotisations dues par les armateurs.

M. Fabien Roussel. Les compagnies bénéficiant d'une délégation de service public (DSP) devraient être concernées, ce qui n'est pas le cas aux termes de l'amendement que notre collègue vient de défendre. Tel est le sens de notre sous-amendement.

Mme Christelle Dubos, rapporteure pour avis. La rédaction de l'amendement CF4 permettait déjà de traiter cette question évoquée par le sous-amendement. Mais il ne me semble pas opportun d'inscrire dans la loi la mesure annoncée par le Premier ministre et dont M. Bruno Le Maire, ministre de l'économie, des finances et de la relance, discute actuellement avec les armateurs : les amendements et le sous-amendement devraient être satisfaits dans les prochains jours. Ils pourraient être redéposés dans le cadre du quatrième projet de loi de finances rectificative pour 2020 si une réponse concrète n'avait pas été apportée aux armateurs d'ici là. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

Mme Claudia Rouaux. J'insiste : les amendements permettraient d'obtenir des précisions. En effet, dans l'hémicycle, à propos du transmanche, donc des parties bretonne et normande, le Premier ministre a été très clair concernant Brittany Ferries, ex-BAI, mais

beaucoup moins au sujet de la délégation de service public, du moins en ce qui concerne la Normandie. Pour 2021, 15 millions d'euros ont été évoqués, mais l'inclusion des DSP n'a pas été officialisée.

M. Fabien Roussel. Je maintiens mon amendement. Les salariés des entreprises concernées ont besoin de visibilité pour l'année 2021, qui approche à grands pas. Leur dire que la mesure ne sera pas inscrite dans le PLFSS, leur promettre qu'elle pourra l'être dans le quatrième PLFR va nourrir leur inquiétude. Nous devons pouvoir leur garantir que leur activité est pérenne ; sinon, les compagnies recourront au chômage, et nous ne voulons pas en arriver là. Je le répète, ce sont les élus, les dirigeants des compagnies et les organisations syndicales qui demandent à être rassurés quant à la prise en charge des cotisations, y compris au profit des délégataires de service public, dont la compagnie DFDS qui assure beaucoup de liaisons transmanche dans nos régions.

M. Charles de Courson. Les personnels des armateurs bénéficient-ils du chômage partiel ?

Le secteur d'activité invoqué par nos collègues n'est pas le seul à avoir été très affecté. Nous devons traiter de manière équilibrée l'ensemble de ceux qui ont souffert.

Enfin, les droits acquis du fait des cotisations, notamment à la retraite, seront-ils maintenus malgré l'annulation du recouvrement de la part salariale ? Celle-ci a un statut tout à fait différent de celui des cotisations patronales ; elle n'appartient pas à l'entreprise.

M. Saïd Ahamada. Je le répète, nous ne faisons que traduire un engagement du Gouvernement. Certes, d'autres secteurs pourraient être éligibles à un tel dispositif, mais il convient de leur consacrer, le cas échéant, des amendements distincts.

Je retire mon amendement pour le redéposer en vue de la séance publique afin que le Gouvernement nous indique clairement le calendrier de mise en œuvre de la mesure annoncée.

L'amendement CF4 est retiré ; en conséquence, le sous-amendement CF6 tombe.

La commission rejette l'amendement CF5.

Chapitre II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14 : *Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 15 : *Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre III
Créer la nouvelle branche autonomie

Article 16 : *Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre IV
Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17 : *Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

TITRE II
CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 18 : *Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 19 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Articles 20 et 21 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption des articles sans modification.

Article 22 : *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 sans modification.

Article 23 : *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 sans modification.

Article 24 : *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 sans modification.

Quatrième partie :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

Chapitre I^{er}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25 : *Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les EHPAD*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 26 : *Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 27 : *Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 28 : *Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 29 : *Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 30 : *Pérennisation et développement des maisons de naissance*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 31 : *Soutien au développement des hôtels hospitaliers*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 32 : *Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 33 : *Prorogation au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 34 : *Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la mutualité sociale agricole*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 35 : *Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre III

Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36 : *Adaptation 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 sans modification.

Article 37 : *Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre IV
Assouplir et simplifier

Article 38 : Prises en charge dérogatoires des médicaments

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 39 : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 40 : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 41 : Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 42 : Isolement et contention

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Chapitre V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43 : Dotation de l'assurance maladie au FMESPP (FMIS) et à l'ONIAM et dotation de la CNSA aux ARS

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 44 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 45 : ONDAM et sous-ONDAM

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 46 : *Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et 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 sans modification.

Article 47 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 48 : *Objectif de dépenses de la branche vieillesse*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 49 : *Objectif de dépenses de la branche famille*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 50 : *Objectif de dépenses de la branche autonomie*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Article 51 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article sans modification.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble du projet de loi sans modification.

*

* *

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, et Emmanuel Bretin, secrétaire général

● Administrations centrales

– Direction de la sécurité sociale : MM. Franck von Lennep, directeur, Morgan Delaye, sous-directeur du financement de la sécurité sociale, et Nicolas Labrune, sous-directeur du financement du système de soins

– Direction du budget : Mme Marie Chanchole, sous-directrice chargée de la santé, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion, et M. Rayan Nezzar, chef du bureau des comptes sociaux et de la santé

– *Direction générale de l'offre de soins : Mme Katia Julienne, directrice générale*

● Structures interministérielles

– Inspections générales : M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances, Mme Florence Allot, inspectrice des affaires sociales, et M. Nicolas Scotté, inspecteur des finances

– Délégation à la prévention et à la lutte contre la pauvreté : Mme Marine Jeantet, inspectrice des affaires sociales, déléguée

● Autorités administratives indépendantes

– Haute autorité de santé : MM. Thomas Wanecq, directeur général, et Pierre de Montalembert, chef de cabinet

– 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, et Mme Estelle Denize, secrétaire générale, directrice de la communication et des relations publiques

– Caisse d’amortissement de la dette sociale : M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, président, et Mme Geneviève Gauthey, secrétaire générale

– Caisse nationale d’assurance maladie : Mme Véronika Levendof, directrice juridique, et MM. Claude Gissot, inspecteur général de l’Institut national de la statistique et des études économiques, directeur des études et des statistiques, et Marc Scholler, directeur délégué des finances et de la comptabilité

– Caisse centrale de la mutualité sociale agricole : M. Patrick Cormery, président, Mme Christine Dupuy, directrice de la réglementation, 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*

– *Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie : Mme Virginie Magnant, directrice, et MM. Stéphane Corbin, directeur adjoint, Gaël Hilleret, chargé des établissements et services médico-sociaux*

– *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*

– Fonds pour la complémentaire santé solidaire : MM. Philippe Sanson, directeur, Philippe Comte et Stéphane Runfola, chargés de mission

– Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes : M. Patrice Ronceret, directeur

– Caisse d’assurance vieillesse des pharmaciens : Mme Monique Durand, présidente, et M. Marc Legaux, directeur

– Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes : Mmes Marie-Anne François, présidente, et Muriel Muller-de Tannegg, directrice

– Caisse autonome de retraite des médecins de France : M. Henri Chaffiotte, directeur

– Caisse de prévoyance et de retraite des notaires : Me Béatrice Créneau-Jabaud, présidente, et M. Jean-Paul Muller, président

– Caisse d’assurance vieillesse des huissiers de justice, des greffiers près des tribunaux de commerce, des commissaires-priseurs judiciaires, des commissaires-priseurs de ventes volontaires et des administrateurs et mandataires judiciaires : MM. Pascal Thuet, vice-président, et Guillaume Destré, directeur

– Caisse nationale des barreaux français : Me Viviane Schmitzberge-Hoffer, présidente et M. Gilles Not, directeur général

– Caisse d’assurance vieillesse des experts comptables : MM. Christophe Maertens, membre du bureau, et Frédéric Deknuydt, directeur

● **Autres organismes paritaires**

– Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants : Mme Sophie Duprez, présidente, et MM. Éric Lebon, directeur, et Olivier Maillebau, secrétaire général

– Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés : M. François-Xavier Selleret, directeur général

– *Union nationale des associations familiales : Mme Marie-Andrée Blanc, présidente, Guillemette Leneveu, directrice générale, Claire Ménard, chargée des relations avec le Parlement, et M. Jean-Philippe Vallat, responsable des études*

● **Organisations professionnelles**

– *Fédération hospitalière de France : Mmes Zaynab Riet, déléguée générale, Cécile Chevance, responsable des finances, et M. Vincent Roques, directeur de cabinet*

– *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. Antoine Perrin, directeur général, et Guillaume Chesnel, directeur de l’offre de soin et de la coordination des parcours de santé*

* *Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique.*