

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, sur le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2
- Présences en réunion 25

Mardi

20 septembre 2016

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 71

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2015-2016

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 20 septembre 2016

La séance est ouverte à dix-sept heures.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales procède à l'audition de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, sur le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Chers collègues, je remercie M. le Premier président Didier Migaud qui se prête, comme chaque année, à cet exercice de présentation du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Certes, nous n'avons que peu de temps pour prendre connaissance du rapport avant cette présentation, car elle a toujours lieu dans la foulée de sa publication, mais vous avez pu en lire la synthèse et le rapport lui-même vous a été envoyé par voie électronique dans la matinée.

Je ferai deux observations.

Tout d'abord, l'accès aux soins bucco-dentaires reste très difficile. Vous y insistez dès l'introduction de votre synthèse, monsieur le Premier président.

Par ailleurs, la France a le taux de participation des complémentaires aux remboursements le plus élevé d'Europe. *A contrario*, le reste à charge est très bas. Vous indiquez tout de même, monsieur le Premier président, que le recours à ces complémentaires pose beaucoup de questions évoquées aux pages 26 et 27 de la synthèse. Ainsi, les exonérations fiscales et sociales dont elles bénéficient coûtent très cher.

M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. Madame la présidente, mesdames et messieurs les députés, nous sommes très heureux de vous présenter ce rapport. Effectivement, nous avons choisi de vous le présenter immédiatement, dès la publication, car le projet de loi de financement de la sécurité sociale est examiné dès le début du mois d'octobre. Ainsi disposerez-vous du temps nécessaire pour prendre connaissance des différents chapitres du rapport.

Ce rapport est établi, comme chaque année, dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour au Parlement et au Gouvernement. Il est destiné à accompagner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, qui sera prochainement déposé sur le bureau des assemblées.

J'ai auprès de moi, pour vous présenter le travail de la Cour, Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre, chargée de la préparation de ce rapport ; Henri Paul, président de chambre et rapporteur général de la Cour ; Jean-Pierre Viola, conseiller maître, rapporteur général de ce rapport ; Delphine Rouilleault, auditrice, rapporteure générale adjointe. Le rapport a donc mobilisé de très nombreux rapporteurs de la Cour.

Plus de soixante-dix ans après sa création, la sécurité sociale est, plus que jamais, un élément essentiel de la solidarité et de la cohésion nationales. Année après année, la Cour

souligne à quel point ses déficits récurrents mettent à mal le dispositif dans son ensemble et se reportent sur les générations futures au travers de la dette sociale qui singularise notre pays par rapport à ses voisins.

Dans ce rapport, la Cour ne cherche pas seulement à apprécier la trajectoire des finances sociales. Elle veille aussi à proposer des analyses et des pistes de réformes en vue d'un retour rapide à l'équilibre financier, condition nécessaire pour la pérennité et l'efficacité de la sécurité sociale.

Cette année, nous faisons trois constats principaux. Tout d'abord, la réduction des déficits – nous nous en réjouissons – se poursuit, permettant une première amorce de diminution de la dette sociale ; toutefois, les déficits restent élevés et le retour à l'équilibre doit donc demeurer une priorité. Ensuite, l'assurance maladie doit être réformée en profondeur, à l'image d'autres composantes majeures de la protection sociale ; à cet égard, les réformes des retraites des salariés du secteur privé montrent que réformer une composante majeure de la protection sociale est possible et peut produire des résultats importants. Enfin, indépendamment des réformes structurelles, tous les leviers doivent être mobilisés avec opiniâtreté, en particulier en matière de gestion – il faut, sans retard, des gains d'efficacité accrus à l'hôpital et dans les organismes de sécurité sociale.

La réduction des déficits se poursuit, permettant une première diminution de la dette sociale. Toutefois, leur persistance pour la quatorzième année consécutive constitue une anomalie par rapport à la situation chez nos voisins. Ce sont les déficits très élevés de l'assurance maladie et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui retardent le retour à l'équilibre de la sécurité sociale. C'est notre premier constat et c'est sans doute le principal message que la Cour souhaite adresser aujourd'hui : l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale est réelle, mais elle reste fragile et ne permet pas de relâcher les efforts de maîtrise des dépenses, tout particulièrement pour l'assurance maladie qui appelle des réformes en profondeur.

Ce constat résulte de quatre faits principaux.

Premièrement, le déficit de la sécurité sociale s'est réduit en 2015, ce qui a permis un début de reflux de la dette sociale. Il continue néanmoins à s'inscrire à un niveau élevé en raison des déficits de l'assurance maladie et du FSV. En 2015, le déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV s'est élevé à 10,2 milliards d'euros, contre 12,8 milliards d'euros en 2014. En son sein, le déficit du régime général et du FSV a reculé à 10,8 milliards d'euros, alors qu'il s'élevait à 13,2 milliards d'euros en 2014.

Trois évolutions positives doivent être soulignées. D'une part, le déficit a continué à se réduire au même rythme, modéré, qu'en 2014, alors que les prévisions tablaient sur une simple stabilisation. Pour la deuxième année consécutive, la Cour relève un écart important entre prévisions et réalisations. S'il en est de même en 2016, cela témoignera plus, malheureusement, du manque de fiabilité que de la prudence des prévisions ; on peut craindre qu'il en soit ainsi, mais les chiffres seront connus à la fin de la semaine. D'autre part, la baisse du déficit a cette année davantage reposé sur un ralentissement de la hausse des dépenses, qui ont progressé moins vite que le produit intérieur brut (PIB) en valeur. Les mesures d'augmentation des recettes, comme la hausse des cotisations d'assurance vieillesse, ont néanmoins apporté une contribution importante à la diminution du déficit. Enfin, compte tenu des excédents de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la réduction du

déficit a fait refluer, pour la première fois depuis 2001, la dette sociale à hauteur de 2,1 milliards d'euros.

Des éléments moins favorables viennent toutefois tempérer ces constats. La sécurité sociale n'a pas encore retrouvé en 2015 – ce sera différent en 2016 – le niveau de déficit antérieur à la crise, qui était lui-même très élevé. Par ailleurs, environ 40 % du déficit, soit environ 4 milliards d'euros, résulte de causes structurelles, indépendantes de la conjoncture. Le déficit se concentre de plus en plus sur la branche maladie et le fonds de solidarité vieillesse.

Le déficit de la branche maladie se réduit, en particulier grâce à une mesure de recette exceptionnelle d'anticipation des versements des contributions et cotisations sociales de la caisse des congés payés du bâtiment et des travaux publics, d'un montant de 1,1 milliard d'euros. Ce déficit représente près de 85 % de celui du régime général hors FSV, et 54 % de ce même déficit si l'on intègre le FSV. Cela confirme l'urgence de réformes visant à maîtriser plus efficacement les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie.

Le déficit du FSV a, quant à lui, constamment augmenté depuis 2013, pour atteindre 3,9 milliards d'euros en 2015. Certes, la conjoncture joue négativement puisque ce fonds compense l'absence de cotisations des chômeurs à la branche vieillesse. Cependant, sa structure de financement est fragile, plus encore depuis cette année. Ses ressources sont désormais presque entièrement assises sur les revenus du capital, très sensibles à la conjoncture.

Deuxièmement, le déficit devrait continuer à baisser en 2016 et les années suivantes, mais l'année du retour à l'équilibre reste à ce stade incertaine.

Avant de détailler ce point, je veux revenir sur l'estimation, présentée en juin dernier par la Commission des comptes de la sécurité sociale, d'une baisse prévisible de 1,7 milliard d'euros du déficit en 2016. La Cour l'a dit : elle ne partage pas cette estimation, qui intègre, de manière très discutable, un « produit exceptionnel de CSG » de 700 millions d'euros, alors que cette écriture comptable ne correspond à aucune recette supplémentaire. En fait, on a pris un treizième mois de CSG pour l'année 2016 mais, à ma connaissance, rien n'a changé, une année dure toujours douze mois. Nous ne comprenons donc pas l'intégration de ce produit exceptionnel. Son intégration, probable, aux prochaines prévisions de cette commission, rendues publiques dans quelques jours, puis aux comptes de l'assurance maladie, est de nature à fausser sensiblement l'appréciation de la réalité du redressement de cette dernière, réel mais moins important qu'en intégrant ces 700 millions d'euros.

En tout état de cause, une croissance plus soutenue que prévu de la masse salariale et l'impact de l'erreur de prévision du déficit de 2015 pourraient permettre, en définitive, une réduction du déficit d'ampleur analogue à celle des années précédentes, peut-être légèrement supérieures, mais il faudra soustraire ces 700 millions d'euros pour en avoir une vue exacte.

Après onze années consécutives de déficit, la branche vieillesse devrait revenir à l'équilibre en 2016 et serait même en léger excédent. La Cour souhaite cependant insister sur un point important : pour apprécier correctement la situation financière de la branche vieillesse, il est indispensable de prendre en compte le FSV, dont la quasi-totalité des concours financiers lui sont affectés. Tant que le FSV demeure en déficit, ce qui sera à nouveau le cas en 2016, tout retour à l'équilibre de la branche vieillesse est en faux-semblant.

L'assurance maladie devrait conserver en 2016 un déficit élevé, qui se réduirait certes par rapport à 2015, mais dans une proportion nettement moindre qu'il pourrait apparaître, une fois retiré le « produit exceptionnel » de CSG déjà évoqué.

Malgré la poursuite de la réduction des déficits en 2016, l'année du retour à l'équilibre ne peut être à ce stade anticipée avec certitude, du fait des nombreux aléas qui entourent les prévisions. La réalisation du scénario d'évolution des dépenses d'assurance maladie présente des incertitudes liées à des tensions croissantes sur l'exécution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et au caractère parfois peu documenté des économies qui le sous-tendent.

Troisièmement, malgré un taux de progression de l'ONDAM à la baisse, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie reste encore trop imparfaitement assurée.

En 2015, l'ONDAM a été respecté – il faut s'en réjouir – pour la sixième année consécutive, non sans tensions. La progression des dépenses s'est ralentie par rapport à 2014, étant passée de 4 % à 2 %, mais il a fallu compléter les mesures, prises en cours d'année, de réduction des dotations aux établissements sanitaires et médico-sociaux, encore une fois par un ajustement comptable inédit. Ces difficultés sont notamment la conséquence de l'évolution très insuffisamment maîtrisée des dépenses de soins de ville. Les honoraires médicaux et paramédicaux, les indemnités journalières et les dépenses relatives aux dispositifs médicaux augmentent rapidement, souvent au-delà de prévisions manquant elles-mêmes de sincérité.

Les taux d'augmentation de l'ONDAM de 1,75 % fixés dans le cadre du programme de stabilité pour 2016 et 2017 sont moins élevés en apparence qu'en 2015 (2 %) mais ils ne correspondent pas pour autant à un objectif de maîtrise accrue des dépenses. En neutralisant les effets d'une modification de présentation comptable, ces taux correspondent en réalité à une progression de l'ONDAM de 1,9 % en 2016 et de 2 % en 2017, sans effort supplémentaire donc par rapport à 2015. Dans ces conditions, l'ONDAM 2016 devrait être tenu mais l'objectif 2017 s'annonce particulièrement difficile à respecter, notamment du fait des augmentations de salaires accordées dans la fonction publique hospitalière comme dans les autres fonctions publiques, d'un montant de l'ordre de 700 à 800 millions d'euros en 2017, et des revalorisations tarifaires portées par la nouvelle convention médicale signée au mois d'août dernier, d'un montant de l'ordre de 400 millions d'euros en 2017.

Toutes choses égales par ailleurs, la réalisation effective de l'objectif de progression de l'ONDAM de 1,75 % en 2017 nécessiterait de limiter à 1,1 % la hausse des autres dépenses. De nouvelles économies, de l'ordre de 2 milliards d'euros, seraient nécessaires en plus des économies de 10 milliards d'euros déjà programmées sur la période 2015-2017, dont le contenu précis reste encore souvent à documenter. Dans ce contexte, relâcher l'ONDAM, comme la tentation pourrait se faire jour, apparaîtrait comme une solution de facilité non exempte de risques.

Quatrièmement, une augmentation plus élevée de l'ONDAM en 2017 aurait deux inconvénients majeurs. D'une part, elle pourrait être comprise comme le signal d'un relâchement plus durable de l'évolution des dépenses. D'autre part, elle ralentirait le nécessaire retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale et le remboursement de la dette sociale. Cela dit, il est vraisemblable que l'ONDAM soit réajusté – il est effectivement question d'un ajustement à 2,2 %.

La dette sociale accumulée depuis les années 1990 a commencé à baisser en 2015 pour la première fois depuis 2001. Elle devrait continuer à se réduire en 2016 et au cours des années suivantes. Cela ne veut pas dire que le problème de la dette sociale appartient au passé. D'abord, elle reste très importante. À la fin de l'année 2015, elle atteignait encore 156,4 milliards d'euros. Des ressources massives – 16,5 milliards d'euros en 2015 – doivent être consacrées au paiement de ses intérêts et au remboursement de son principal. Éteindre totalement cette dette d'ici à 2024, qui est le terme aujourd'hui prévu pour la mission de la CADES, est donc essentiel. En outre, seul l'amortissement de la dette sociale transférée à la CADES est aujourd'hui organisé. La part de la dette financée par la voie d'emprunts de court terme émis par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est soumise au risque d'une remontée des taux d'intérêt – même si celle-ci n'intervient pas obligatoirement aujourd'hui. Cette dette à court terme augmentera d'autant plus que les déficits des exercices 2016 et suivants resteront eux-mêmes importants. Dans le même temps, la CADES ne peut plus recevoir de nouveaux déficits sans que lui soient affectées des ressources supplémentaires. En fonction du niveau des déficits futurs, la part de la dette dont le remboursement n'est pas organisé pourrait atteindre jusqu'à 30 milliards d'euros à la fin de l'année 2019.

La Cour souligne dès lors deux priorités : limiter l'augmentation de la dette sociale qui n'a pas encore été transférée à la CADES, en prenant des mesures d'économie fortes sur les dépenses d'assurance maladie, des marges de manœuvre existantes, qui permettent d'agir sans remettre en cause la qualité des soins ni l'accès à ceux-ci ; organiser le transfert à la CADES de la dette sociale financée par l'ACOSS, en lui affectant les ressources nécessaires à l'amortissement de cette dette d'ici à 2024. Les excédents disponibles du fonds de réserve des retraites pourraient en particulier être mobilisés par priorité.

J'en viens au deuxième message de la Cour : l'assurance maladie doit être réformée en profondeur, à l'image d'une autre composante majeure de la protection sociale dont les réformes successives ont produit des résultats importants, les retraites. Elle doit être réformée en profondeur, pour retrouver l'équilibre et mieux remplir sa mission d'accès aux soins, affaiblie sur le long terme pour une partie des assurés.

Un reproche nous est souvent fait. Lorsque la Cour dit qu'il faut revenir à l'équilibre, ce n'est pas pour des raisons purement comptables – ce n'est d'ailleurs pas la préoccupation première de la Cour. C'est tout simplement parce que le déficit de la Sécurité sociale peut constituer une anomalie, à partir du moment où les dépenses en cause sont des dépenses courantes, qu'il n'y a aucune raison de faire reposer sur les générations suivantes. La deuxième chose, c'est que fragiliser la Sécurité sociale, c'est remettre en cause l'accès aux soins, dès lors que cela entraîne un désengagement de la Sécurité sociale sur un certain nombre de dépenses de santé, avec une part plus importante prise par les complémentaires – on sait parfaitement que l'accès aux complémentaires n'est pas le même pour tout le monde. Cela peut donc remettre en cause l'égalité d'accès aux soins. Il est donc nécessaire que les comptes sociaux soient équilibrés. C'est dans l'intérêt même de la Sécurité sociale et des assurés sociaux que la Cour prône l'équilibre des comptes.

La situation actuelle présente un paradoxe. D'un côté, la part globale de financement des dépenses de santé par l'assurance maladie est en passe de retrouver son niveau d'il y a quinze ans, en progressant sensiblement au cours de la période récente – c'est d'ailleurs l'objet d'une importante communication de Mme la ministre. De l'autre, la Cour observe une érosion tendancielle des niveaux individuels de prise en charge en fonction des pathologies, des actes et biens de santé, et des professionnels de santé qui en sont à l'origine.

Deux phénomènes expliquent ce paradoxe. D'une part, les dépenses liées aux affections de longue durée (ALD), couvertes à 100 %, ticket modérateur compris, tendent à évincer les autres dépenses. Alors que le coût des traitements augmente, le nombre de patients en ALD a pratiquement doublé en 20 ans, sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie et de la diffusion croissante de certaines pathologies. D'autre part, l'accès aux soins des assurés sociaux aux faibles revenus est affecté par les pratiques de dépassements d'honoraires ou des tarifs pris en charge par l'assurance maladie.

Cette situation concerne notamment les consultations médicales, l'optique et les soins bucco-dentaires. Ces derniers concentrent la moitié des renoncements aux soins pour des motifs financiers. Un patient sur cinq renonce aux soins bucco-dentaires ! Certes, les assurances privées complémentaires permettent de réduire le risque de restes à charge élevés et le non-recours aux soins. Elles occupent une place très importante en France, contrairement à ce que l'on constate chez la plupart de nos voisins. Elles présentent cependant plusieurs limites : elles ne font pas disparaître les risques de restes à charge élevés ; elles représentent un coût important pour les assurés et les employeurs, notamment du fait de frais de gestion élevés dupliquant ceux de l'assurance maladie, et pour la collectivité, à travers les aides fiscales et sociales accordées aux complémentaires d'entreprise ; elles sont inégalitaires, défavorisant les assurés individuels, notamment les personnes âgées et les chômeurs.

La Cour avance plusieurs pistes pour mieux maîtriser les dépenses, renforcer la solidarité entre les assurés et améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Des réformes opérées à rôles inchangés de l'assurance maladie et des assurances complémentaires pourraient ne pas suffire à assurer l'accès de tous aux soins dans des conditions financièrement soutenables. C'est pourquoi la Cour a examiné trois scénarios de réforme portant sur l'articulation même des missions de l'assurance maladie et des assurances complémentaires.

Un premier scénario consisterait à mener à terme la généralisation des couvertures complémentaires santé, mais en resserrant fortement l'éventail des tarifs et des garanties de façon à réduire les inégalités financières dans l'accès aux soins.

Dans un deuxième scénario de moyen terme, les financements et les responsabilités de l'assurance maladie et des assurances complémentaires pourraient être « décroisés ». Les assurances complémentaires couvriraient dès le premier euro certaines dépenses que l'assurance maladie prend aujourd'hui en charge avec de faibles niveaux de remboursement. Cela permettrait de renforcer le rôle de régulation propre à chaque financeur vis-à-vis des professionnels de santé concernés. Cela permettrait aussi à l'assurance maladie de mieux couvrir certains domaines essentiels. Ainsi, le ticket modérateur pourrait être supprimé pour les actes hospitaliers et les soins dentaires conservateurs qui préviennent le recours ultérieur à des prothèses – parmi les soins bucco-dentaires, ce sont les soins de prothèse et les soins d'orthodontie qui coûtent très cher. Si des mesures fortes et contraignantes de régulation des actes et des tarifs n'étaient pas adoptées dans le cadre de la prochaine convention avec les chirurgiens-dentistes, dont la négociation vient de s'engager, un tel scénario pourrait être envisagé afin d'enrayer la dérive du coût des soins prothétiques.

Dans un troisième scénario, de long terme, ce sont les modalités mêmes de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie qui pourraient être réformées. Un plafonnement des restes à charge pourrait être introduit, comme dans de nombreux pays européens, selon plusieurs critères possibles, par exemple en fonction de la présence ou non d'une pathologie chronique ou en fonction du revenu, comme en Allemagne.

L'assurance maladie appelle ainsi des réformes structurelles, au-delà des mesures ponctuelles qui se succèdent année après année pour permettre de tenir l'ONDAM. La priorité a, de fait, été donnée aux réformes successives des retraites, l'assurance maladie constituant en quelque sorte, jusqu'à présent, une préoccupation de second rang. À l'heure où les réformes des retraites produisent des résultats désormais visibles, le moment peut apparaître propice pour redoubler d'efforts sur ce champ.

Même si de nouveaux ajustements pourraient être nécessaires à l'avenir, les réformes des retraites montrent qu'il est possible de réformer une composante majeure de la protection sociale avec des résultats. Les retraites de base et complémentaires des salariés du secteur privé constituent la principale composante du système de retraites. Elles ont été réformées plusieurs fois depuis la fin des années 1980. Tous les leviers d'action ont été mis à contribution. Ces réformes ont considérablement amélioré les perspectives financières des retraites par répartition. À chaque réforme, leur pérennité est de mieux en mieux assurée. C'est d'autant plus le cas que leurs effets ne sont pas épuisés, mais s'amplifient au fur et à mesure des nouvelles générations de retraités. Bien sûr, les réformes ont conduit les actuels et futurs retraités, ainsi que leurs employeurs, à consentir des efforts importants. Toutefois, elles n'ont pas interrompu le progrès social permis par la hausse des rémunérations et l'allongement de la durée de vie. Ainsi, le montant moyen des pensions continue à augmenter, même s'il le fait moins rapidement qu'auparavant. L'âge de départ est appelé à augmenter de près de trois années entre les retraités actuels, nés en 1950, et futurs, nés en 1980, mais, compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, le rapport entre la durée de vie à la retraite et la durée totale de la vie sera, pour les futurs retraités, au moins égal à celui des retraités nés en 1935.

Les problèmes financiers des retraites des salariés du secteur privé ne peuvent pour autant être considérés comme définitivement réglés. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) retient une hypothèse centrale de croissance annuelle de 1,5 % des gains de productivité du travail. Dans ces conditions, l'équilibre financier des retraites serait certes durablement assuré, mais cette projection peut apparaître optimiste – une telle progression de la productivité n'est pas acquise. Avec une hypothèse plus prudente de 1,3 %, les retraites complémentaires seraient encore à l'équilibre, mais plus les retraites de base. Dans un scénario, également plausible malheureusement, de hausse des gains de productivité limitée à 1 %, les retraites complémentaires comme les retraites de base seraient en déficit. Et, dans tous les cas, les déficits s'emballeraient rapidement.

La perspective de nouveaux ajustements ne peut ainsi être écartée *a priori*. Elle doit au contraire être anticipée en tirant les leçons des trente années de réformes qui viennent de s'écouler. La prise de décision doit être mieux éclairée, à partir d'un nombre plus réduit de scénarios à moyen terme et d'une analyse plus précise de l'effet des mesures envisagées. Alors que les retraites de base et complémentaires ont été réformées de manière cloisonnée, une instance de coordination entre l'État, les partenaires sociaux et les gestionnaires des régimes apparaît indispensable pour appréhender globalement leur situation. Enfin et surtout, un processus d'ajustement progressif et continu des retraites est de loin préférable à des réformes par à-coups, présentées tous les cinq ou dix ans comme les dernières. Cela permettrait d'éviter des réactions tardives, un report excessif des efforts sur les générations les plus jeunes, ou une remontée de la dette sociale. Sans priver les pouvoirs publics et les partenaires sociaux de leurs prérogatives, l'instance de coordination que je viens d'évoquer pourrait avoir pour mission de définir, par anticipation et en fonction de scénarios crédibles, les mesures à appliquer en vue d'assurer l'équilibre financier des retraites de base et complémentaires. La Cour identifie quelques leviers possibles.

Le troisième et dernier constat de la Cour porte sur les gains d'efficience accrus, possibles et nécessaires, à l'hôpital et dans les organismes de sécurité sociale. La démarche de maîtrise des coûts et de retour à l'équilibre des comptes n'est là que pour servir l'objectif essentiel de tout service public : sa qualité, qui doit toujours s'améliorer.

Or la Cour souligne l'existence de marges d'efficience accrue à l'hôpital.

C'est notamment le cas en matière de prescriptions d'actes, de prestations et de biens de santé par des médecins hospitaliers ; nous pouvons évoquer notamment les dépenses d'imagerie et de biologie. Les dépenses réalisées à l'hôpital et en ville au titre des prescriptions hospitalières, d'un montant de 24,7 milliards d'euros en 2014, sont particulièrement dynamiques, ayant progressé de 32 % en euros constants entre 2007 et 2014, et prennent une place croissante dans l'ONDAM. Elles sont pourtant très imparfaitement mesurées, analysées et régulées.

Un nouveau contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins entre les établissements, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie doit remplacer cinq dispositifs contractuels qui s'étaient empilés sans avoir d'effet notable sur le volume des prescriptions. Cependant, pour maîtriser plus efficacement ces dernières, il convient de responsabiliser plus directement le corps médical lui-même, collectivement et plus encore individuellement, qu'il s'agisse des prescriptions réalisées à l'hôpital ou de celles exécutées en ville.

L'informatisation des processus de soins et de gestion a beaucoup progressé. Le caractère stratégique des outils numériques a été bien assimilé par les communautés médicales. Le programme « Hôpital numérique » a mis fin à l'attribution de financements au coup par coup, en affirmant des objectifs de mise à niveau de la sécurité et des services rendus par les systèmes d'information de l'ensemble des hôpitaux.

Néanmoins, des progrès importants sont encore à réaliser, qu'il s'agisse du pilotage national des systèmes d'information hospitaliers ou de la capacité des applications à communiquer entre elles. Une mutualisation des fonctions informatiques de différents établissements est aussi attendue des nouveaux groupements hospitaliers de territoire. Au-delà, les systèmes d'information hospitaliers doivent s'ouvrir en direction des autres acteurs du système de soins, notamment les médecins de ville et les professions paramédicales.

La recherche de gains d'efficience accrus concerne aussi les organismes de sécurité sociale.

La certification obligatoire des comptes de la sécurité sociale par la Cour pour le régime général depuis dix ans et des comptes des autres régimes par des commissaires aux comptes depuis huit ans a contribué à deux progrès majeurs : une transparence et une sincérité accrues des comptes ; la modernisation de l'organisation, des processus et des outils de gestion des organismes de sécurité sociale. Les comptes sont aujourd'hui tous certifiés, mais souvent avec des réserves. En particulier, des erreurs trop nombreuses continuent à affecter le versement des prestations sociales au regard des règles de droit applicables, au détriment des organismes, mais aussi souvent des assurés. Ce constat invite à sécuriser encore les processus de gestion.

Par ailleurs, la Cour appelle à une réflexion approfondie sur la gestion des ressources humaines de la sécurité sociale. Des efforts importants ont été accomplis. Ainsi, les effectifs du régime général ont été réduits de 17 700 emplois, soit 10,8 %, entre 2005 et 2015. Cette réduction a permis de stabiliser la masse salariale depuis 2009 en compensant l'incidence d'augmentations salariales parfois insuffisamment rigoureuses.

Cependant, la productivité des organismes de sécurité sociale est affectée par une durée annuelle du travail inférieure de 1 540 heures en moyenne en 2014, inférieure à la durée légale de 1 607 heures, et un absentéisme élevé, de 8,9 % en moyenne. Cela représente au total l'équivalent de 10 000 emplois.

Les importantes disparités territoriales constatées en matière d'absentéisme soulèvent la question de leur prévention et de leur contrôle.

Les caisses de sécurité sociale vont connaître des départs massifs à la retraite – pour le seul régime général, leur nombre sera d'environ 55 000 au cours des dix prochaines années. Toutefois, les gestionnaires apparaissent très largement impréparés à ce défi, qui offre l'occasion de dégager des gains de productivité, d'adapter les compétences aux besoins et de continuer à rationaliser les réseaux des caisses, comme la Cour l'a préconisé l'année dernière.

Définir une stratégie de modernisation des ressources humaines de la sécurité sociale apparaît urgent.

Illustration de ces nécessités de rationalisation et d'évolution, la fonction informatique de la sécurité sociale, malgré son caractère stratégique, est fragmentée sur un triple plan institutionnel, géographique et fonctionnel. Cela ralentit la modernisation de systèmes d'information souvent anciens. Faire gagner en efficience la fonction informatique suppose de rassembler sous une même autorité les agents qui y concourent, de regrouper les activités sur un nombre plus réduit de sites, de consolider les compétences internes afin de réduire le recours à des prestataires externes et de renforcer les mutualisations.

En dernier lieu, moderniser la sécurité sociale nécessite de mener à terme des réformes aujourd'hui au milieu du gué.

Depuis les années 1960, le régime minier de sécurité sociale connaît un déclin démographique irréversible. Comme la Cour l'avait recommandé, il a été fermé à de nouvelles affiliations et la gestion des prestations est depuis l'année dernière confiée en totalité à d'autres opérateurs. Reste aujourd'hui une caisse dont la raison d'être a disparu et qui se contente de piloter un réseau de plus de 260 structures de soins, dont l'important déficit est pour partie sous-évalué. La Cour préconise, bien sûr sans remettre en cause les droits des assurés du régime, garantis par la loi, de fermer la caisse à un terme rapproché. À la suite de réorganisations plus profondes que celles aujourd'hui engagées, les structures de soins, ainsi rendues viables, seraient alors confiées à des opérateurs publics ou privés à but non lucratif. C'est la condition de leur pérennité.

Je souhaite conclure en revenant sur le déficit de la sécurité sociale. Il ne nous apparaît ni légitime – il crée, pour assumer des dépenses courantes, des dettes dont la charge se reporte sur les générations futures –, ni fatal. Il peut être résorbé à un terme rapproché sans nouvelles hausses de recettes, en mettant en œuvre des réformes structurelles qui conjuguent efficience accrue des dépenses, gestion plus efficace et amélioration du service rendu.

Les déficits vont encore reculer en 2016. La dette sociale va confirmer son début de reflux, ce dont nous nous réjouissons, mais de telles embellies constatées dans le passé se sont révélées non durables, car l'effort s'est trop vite relâché. Même s'il est encore inachevé, le redressement financier des retraites des salariés du secteur privé montre que des réformes structurelles, conduites dans la durée, valent la peine pour préserver notre protection sociale.

Faire des choix clairs, s'attaquer méthodiquement et avec ténacité aux sources d'inefficacité et d'inefficience, en exploitant l'ensemble des apports du numérique, et poursuivre ces actions avec détermination dans la durée sont autant de leviers pour préserver la sécurité sociale, au service d'abord des plus fragiles qu'elle a pour mission de protéger en priorité. C'est dans cette perspective que s'inscrivent les analyses et recommandations de la Cour.

Je vous remercie pour votre attention, en vous priant de m'excuser pour la longueur de cet exposé – il fallait présenter un rapport d'un peu plus de 700 pages. Avec les magistrats qui m'entourent, je suis à votre disposition pour répondre à vos questions.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il était normal de prendre le temps, monsieur le Premier président. Le budget de la sécurité sociale est très important et suscite beaucoup de débats entre nous ; l'examen du projet de loi de modernisation du système de santé l'a encore montré.

Je donnerai la parole aux rapporteurs des différentes branches, puis aux porte-parole des groupes, puis à tous ceux qui souhaitent poser des questions.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. J'exprime notre satisfaction renouvelée : cette année encore, la Cour présente un tableau objectif du point de vue des chiffres. La majorité trouve cependant un peu trop sombres les perspectives tracées. Depuis 2012, le déficit du régime général a tout de même diminué de 70 % – il était à l'époque de 20 milliards d'euros. Par ailleurs, si nos prévisions ont parfois été taxées d'insincérité, notamment par les représentants de l'opposition, il faut bien reconnaître que nous avons plutôt eu de bonnes surprises, notamment en ce qui concerne la masse salariale. C'est ainsi que l'an dernier la réduction du déficit fut plus forte que prévue – et il en ira sans doute de même cette année.

En ce qui concerne l'équilibre des comptes et des recettes, pourriez-vous, monsieur le Premier président, nous indiquer quel serait l'effet sur les recettes de la suppression de la dernière tranche de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) ? Et, par-delà ce que vous appelez des artifices de présentation, la réduction du déficit et de la dette sociale ne s'explique-t-elle pas aussi par la situation générale de notre économie ?

Pour la première fois, effectivement, la dette sociale a décliné. Alors, certes, des décisions vont être prises car les taux d'intérêt sont susceptibles de repartir à la hausse. Si certains économistes appellent de leurs vœux cette remontée des taux, elle n'en risque pas moins d'affecter le remboursement de la dette sociale. Pouvez-vous estimer quel en serait l'impact ?

Vous avez indiqué qu'il était souhaitable de reprendre le déficit porté par l'ACOSS. Vous proposez, pour y parvenir, de profiter des réserves existantes du Fonds de réserve des retraites. Quelles autres ressources faudrait-il affecter à la CADES en cas de remontée des taux d'intérêt ? Et avez-vous étudié d'autres options que cette ponction ?

Enfin, vous évoquez la nécessité de tenir l'ONDAM, mais de nouveaux éléments sont apparus – la revalorisation, souhaitable, du point d'indice de la fonction publique, et les effets de la nouvelle convention. Il serait à mon sens très préjudiciable que l'échéance des engagements tout à fait raisonnables pris par le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés doive être repoussée dans le temps. La revalorisation des honoraires des médecins doit normalement intervenir à partir du mois de mai 2017. À cet égard, donc, pourriez-vous nous préciser la façon dont les réformes structurelles que vous préconisez pour les soins de ville pourraient être engagées dès l'an prochain ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Monsieur le Premier président, votre rapport met en lumière la forte augmentation des dépenses prises en charge au titre des ALD, au détriment de la prise en charge des autres dépenses. Un doublement en vingt ans, c'est en effet considérable, et cela a pour conséquence un report des dépenses de santé sur les complémentaires. En résultent un coût pour les ménages et des inégalités dans l'accès aux soins. Le niveau du reste à charge pour les patients varie en effet significativement en fonction de la couverture santé choisie. L'an dernier, nous avons défendu, en tant que rapporteurs, la mise en place de contrats de complémentaire santé adaptés pour les personnes âgées. Votre rapport propose aujourd'hui de redéfinir les champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire. Comment cela peut-il se traduire concrètement, en particulier en ce qui concerne les soins dentaires ?

Comme tous mes collègues, je rejoins vos conclusions sur l'identification de la prescription à l'hôpital. J'ai précédemment déposé un amendement sur l'identification des prescripteurs de transports sanitaires, ô combien coûteux. Une meilleure maîtrise de ces dépenses semble possible si les établissements de santé disposent d'une enveloppe dédiée aux transports.

Votre rapport insiste sur la poursuite de la convergence des systèmes d'information hospitaliers et sur l'interopérabilité avec les systèmes en ville. C'est en effet une condition pour faciliter le parcours des patients. Cela dit, la mise en place de logiciels interopérables pose la grave question du respect de la confidentialité des données. Le vol des données de santé et leur vente peuvent constituer une activité très lucrative pour des pirates informatiques peu soucieux de la vie privée. Vos interlocuteurs ont-ils pris la mesure de cette menace et évalué le coût de la protection des données ?

Ces questions hautement techniques vont nous occuper pendant l'examen du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Philip Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social. Je voudrais d'abord souligner que le retour à l'équilibre des comptes sociaux n'a en rien affecté les objectifs politiques dans le domaine médico-social, et je voulais saluer les efforts du Gouvernement dans ce domaine. Je voudrais vous poser trois questions sur les enjeux du secteur médico-social.

Vous mettez en lumière l'ampleur des mesures de régulation en cours d'année sur les dotations aux établissements médico-sociaux : 198 millions d'euros en 2015. Ces mesures de régulation compensent, selon la Cour, la forte dynamique des dépenses de soins de ville, et facilitent ainsi le respect de l'ONDAM. Quelle appréciation portez-vous sur ces mesures de régulation infra-annuelles et leurs effets sur l'exécution des dépenses médico-sociales ?

Par ailleurs, la Cour constate la compensation de cette réduction de l'ONDAM médico-social par des prélèvements sur les réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – 158 millions d'euros ont ainsi été prélevés en 2015 sur ces réserves. Quel regard portez-vous sur les prélèvements effectués sur les réserves de la CNSA, et plus généralement sur la politique de gestion des réserves ? Aujourd'hui, elles sont de plus de 700 millions d'euros.

Enfin, je m'intéresserai en particulier cette année à l'enjeu de la prise en charge du handicap à l'étranger. L'accueil de personnes en situation de handicap en Belgique et les départs subis nous interpellent. La Cour a-t-elle consacré des travaux à sujet ? Disposez-vous d'estimations ou d'évaluations de ces départs, notamment en termes de coût ?

Mme Annie Le Houerou, rapporteure pour l'assurance vieillesse. La Cour souligne le redressement significatif des comptes de la branche vieillesse du régime général, avec un retour à l'excédent prévu pour 2016, ce dont nous nous félicitons. Votre rapport nous conforte dans notre choix d'une solidarité entre les générations. La retraite par répartition trouve son équilibre économique mais aussi social. Les jeunes générations doivent avoir confiance en l'avenir de notre système de retraite. Vous nous indiquez toutefois que nous ne devons pas relâcher les efforts. Le rapport alerte sur la situation spécifique du FSV, dont le déficit persistant grève le redressement des comptes du régime général.

Vous préconisez avec opiniâtreté de mettre fin au sous-financement structurel de ce fonds. Quelles ressources pourraient, à votre sens, y être affectées ? Le champ de ses dépenses – contributives ou non-contributives – devrait-il être redéfini ?

Par ailleurs, la Cour met en lumière l'interdépendance entre les régimes de base et complémentaires dans la mise en œuvre des réformes. Cette interdépendance, aujourd'hui insuffisamment reconnue, empêcherait une appréhension globale des réformes et de leurs effets sur la situation des assurés. Vous indiquez l'intérêt de la création d'une nouvelle instance. Quelles seraient ses missions ? Son rôle se situerait-il en amont des réformes, comme source de propositions, ou uniquement en aval, comme instance d'évaluation des réformes ? Le COR et le Comité de suivi des retraites ne sont-ils pas déjà des outils adaptés en ce qui concerne cette question de l'interdépendance des régimes de base et complémentaire ?

Enfin, l'avis rendu par le Comité de suivi des retraites au mois de juillet dernier constate la forte sensibilité du système de retraites à la croissance et préconise, en conséquence, de mettre en place des correcteurs et donc de faire évoluer les mécanismes d'indexation des droits à la retraite. Partagez-vous ce constat ? Quels mécanismes d'indexation complémentaires pourrait-on envisager ?

M. Arnaud Viala, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). J'ai pris bonne note, monsieur le Premier président des perspectives à moyen terme que vous avez tracées, en lien avec votre souci de voir les comptes retourner à l'équilibre, notamment en termes d'allongement des durées de cotisation et donc de recul de l'âge de la retraite. Les membres de cette commission auront aussi noté votre ton affirmatif.

Ma première question est strictement budgétaire. Cette branche enregistre en 2015 un excédent de 0,5 milliard d'euros, et vous notez que, malgré cela, les charges nettes ont progressé de 1,8 % du fait, notamment, de l'augmentation du transfert forfaitaire de la

branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail, qui atteint 1 milliard d'euros, contre 410 millions d'euros en 2008. C'est une question qui m'occupe beaucoup dans le cadre des auditions que nous conduisons : il y a une forme d'arbitraire dans la définition de ce volume financier ainsi transféré, dans la mesure où les sous-déclarations supposées sont difficiles à objectiver. Je me permets donc de vous demander quelles seraient vos préconisations pour limiter le phénomène de sous-déclaration, qui, si l'on en croit ces chiffres, tend à augmenter.

En ce qui concerne la certification, les comptes des branches maladie et AT-MP ont fait l'objet d'une réserve supplémentaire en 2015. Vous indiquez qu'elle porte sur les règlements aux établissements de santé anciennement sous dotation globale compte tenu des risques élevés et de la faiblesse des contrôles réalisés sur la facturation directe de certaines prestations. Quels ajustements seraient nécessaires, selon la Cour, à la réduction de ces risques ?

Enfin, je reviens sur des recommandations plus anciennes de la Cour des comptes. Le rapport de 2008 pointait les insuffisances de la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. La Cour constatait notamment que le dispositif réglementaire n'était pas adapté à la prise en charge des pathologies émergentes, en particulier les dépressions. Depuis lors, la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi est venue préciser que des pathologies psychiques peuvent être reconnues comme des maladies professionnelles ; le dernier alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale le précise, mais le décret du 7 juin 2016 ne modifie pas en profondeur la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles. Quels ajustements faut-il selon vous apporter à la procédure actuelle ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille. Monsieur le Premier président, la Cour constate dans son rapport que la baisse du déficit de la branche famille s'est poursuivie en 2015 pour la deuxième année consécutive : alors que ce déficit était de 3,2 milliards d'euros en 2013 et 2,7 milliards d'euros en 2014, il s'élève à 1,5 milliard d'euros en 2015. La modulation des allocations familiales a contribué au redressement des comptes de la branche tout en exonérant les ménages modestes et les classes moyennes de ces efforts. Elle répond ainsi à deux recommandations formulées par la Cour des comptes : réduire les déficits et rendre les prestations familiales davantage redistributives. Pouvez-vous nous dresser un premier bilan de cette réforme entrée en vigueur il y a plus d'un an, le 1^{er} juillet 2015 ?

En ce qui concerne la certification des comptes de la branche famille, vous notez des progrès sensibles ont été observés au titre de 2015 en matière de justification des comptes, d'estimations comptables et d'affirmations procurées par les annexes aux comptes. Ces constats ont amené la Cour à lever deux réserves pour la branche famille. Vous soulignez cependant que les dispositifs de contrôle interne restent insuffisants. Quelles pistes identifiez-vous donc pour améliorer l'efficacité du dispositif du contrôle interne ?

Enfin, les caisses d'allocations familiales (CAF) ont connu un accroissement de leur charge de travail lié à la fois à l'augmentation importante du nombre d'allocataires au cours des dernières années et à de nouvelles missions. Récemment, elles ont dû mettre en œuvre la modulation des allocations familiales et la prime d'activité. Le bilan de la mise en œuvre de ces réformes par les CAF est positif, notamment grâce aux emplois supplémentaires temporairement accordés à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) à la fin de l'année 2015, mais ces renforts ne sont que temporaires. Après les efforts de modernisation

déjà engagés, de quelles marges de manœuvres les CAF disposent-elles pour faire face à ces restrictions d'effectifs sans compromettre la qualité du service rendu ?

M. Michel Issindou. Merci, monsieur le Premier président, pour vos analyses que nous attendons toujours avec impatience et, parfois, inquiétude. Vous avez un regard critique ; nous sommes dans notre rôle quand nous essayons de prendre des mesures.

Grâce à cette majorité, le déficit abyssal de la sécurité sociale a été ramené à 10 milliards d'euros. Vous avez raison de souligner que la réforme des retraites a produit des effets et que chacune des réformes successives a contribué à l'équilibre. Reste l'aggravation du déficit du FSV, mais une reprise de l'emploi permettrait de le résorber. La branche vieillesse est donc plutôt à l'équilibre, ce dont nous ne pouvons que nous féliciter.

Vous avez également raison de fournir des pistes sur la santé. Au cours des quatre dernières années, cette majorité a constamment eu le souci de réduire les déficits, malgré l'opposition des professionnels du secteur. Nous partageons votre point de vue : des dépenses courantes à crédit ne sont pas tenables. Néanmoins, l'équilibre est presque atteint, malgré un déficit de 10 milliards et une dette cumulée très importante. Le reste à charge des patients n'a pas été aggravé durant ce mandat, en dépit de plusieurs facteurs : vieillissement de la population, augmentation des longues maladies et des pathologies lourdes, progrès techniques indéniables. Ne prenons pas le risque de pénaliser les assurés sociaux, même si le déficit se résorbe trop progressivement aux yeux de la Cour des comptes.

En définitive, la première courbe que vous nous avez projetée nous va bien : elle reflète assez bien votre rapport. Monsieur le Premier président, nous tiendrons compte de vos observations, comme nous l'avons toujours fait au cours des années précédentes.

M. Jean-Pierre Door. Merci, monsieur le Premier président, pour la qualité de vos travaux.

Le déficit de la sécurité sociale est passé de 12,8 à 10,2 milliards d'euros en 2015. Malgré une baisse modérée, il reste trop élevé, ce que vous confirmez. Si la conjoncture s'est révélée peu favorable, notre système de sécurité sociale n'a pas retrouvé son niveau de déficit d'avant-crise. Quelque 40 % du déficit, soit près de 4 milliards d'euros, résultent de causes structurelles.

Vous parlez de reflux de la dette ; or la dette sociale est passée de 153,5 milliards d'euros en 2012 à 156,4 milliards en 2015. Difficile de parler de réduction !

Vous n'êtes pas dupe des artifices comptables utilisés pour atteindre l'objectif de réduction du déficit de 1,6 milliard d'euros pour 2016. Le principal a consisté en juin à intégrer un surplus de 700 millions d'euros de recettes de la CSG au compte de l'assurance maladie, intégration que vous jugez discutable. Le ministère y a ajouté 100 millions d'euros sur les provisions servant à régler les factures tardives, ajustement opportuniste. Quelles sont les conséquences de ces artifices comptables dans l'analyse du déficit ?

Votre constat est clair : le déficit se concentre désormais sur l'assurance maladie. La Cour souligne que le déficit de la branche maladie a reculé faiblement, passant de 6,5 milliards d'euros en 2014 à 5,8 milliards en 2015. Si l'ONDAM 2015, fixé à 1,75 %, a été respecté pour la sixième année consécutive, cela ne s'est pas fait sans tensions. Selon la Cour, le rétablissement des comptes sociaux passe donc désormais prioritairement par des réformes

structurelles ; or nous en sommes loin. Vous appelez le Gouvernement à ne pas relâcher les efforts au regard de l'ONDAM 2017. La Cour s'inquiète de nouvelles dépenses programmées à hauteur de 1,1 milliard d'euros : 400 millions au titre des hausses accordées aux médecins, 700 millions du fait de la revalorisation du point d'indice des fonctionnaires. Quels risques feront peser ces dépenses sur la trajectoire de l'ONDAM, relevé à 2,1 % en quelques heures ? Quelles économies proposez-vous pour rétablir l'équilibre, sachant que vous prônez le maintien d'un ONDAM durable ?

Vous pointez l'hôpital et les dentistes. Sur quels éléments vous appuyez-vous pour faire un tel constat de détérioration ? Vous demandez à l'hôpital de modérer ses prescriptions, en hausse de 32 % sur les sept dernières années. Le problème n'est-il pas tout simplement une absence de réforme structurelle ?

Enfin, vous êtes dubitatif, voire sévère, sur le rôle des complémentaires, en jugeant inaboutie la généralisation de la complémentaire santé, avec pas moins de sept dispositifs et encore des populations oubliées, sans compter les frais de gestion impressionnants des assureurs et autres mutuelles. Quelles sont les conséquences à long terme de cette réforme ? Comment pallier ces dysfonctionnements ?

En conclusion, la Cour des comptes est beaucoup moins optimiste que le Gouvernement sur les finances de la sécurité sociale.

M. Bernard Perrut. Monsieur le Premier président, chaque année, la Cour des comptes apporte son analyse sur la situation et les perspectives de la sécurité sociale. On ne peut que partager votre invitation à poursuivre le retour à l'équilibre des comptes sociaux et à faire reculer la dette de la sécurité sociale. Vous déplorez les conséquences des artifices comptables qui troublent la lecture des comptes. La trajectoire de l'ONDAM nous inquiète en raison d'un certain nombre de dépenses nouvelles. Quelles mesures préconisez-vous pour garantir l'avenir ?

La santé bucco-dentaire des Français ne s'est pas améliorée, alors que les dépenses en ce domaine atteignent 10,6 milliards d'euros. Les assurés sociaux assument une part élevée des dépenses, ce qui freine le recours aux soins bucco-dentaires. Comment lutter contre les inégalités d'accès aux soins en fonction des revenus, mais aussi les inégalités territoriales, le secteur dentaire concentrant près de la moitié des renoncements à des soins en France ? Il est donc urgent de réorganiser les responsabilités des financements entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

Une charge importante est également subie par tous ceux qui doivent porter des lunettes, car le prix des verres, de plus en plus élevé, n'est pas pris en charge par la sécurité sociale et très peu par les complémentaires.

Vous voulez rendre plus efficient l'hôpital, dont les dépenses sont considérables, trop dynamiques et imparfaitement connues et analysées. Vous évoquez l'incidence incertaine de la tarification à l'activité, qui présente des points positifs, mais pousse les hôpitaux à augmenter leur activité en volume. S'il y a un suivi défaillant, une implication trop faible des prescripteurs, comment mettre en œuvre une culture de la juste prescription et des contrôles des ARS ? Pensez-vous que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) favoriserait la mise en œuvre d'un certain type de contractualisation qui nous permettrait d'aller dans le bon sens ?

Mme Kheira Bouziane-Laroussi. Merci, monsieur le Premier président, pour ce rapport dans lequel vous soulignez à juste titre que la santé bucco-dentaire de la population française est médiocre par rapport à la moyenne européenne. Je partage volontiers certaines de vos préconisations : limitation des dépenses à charge des assurés, plafonnement des tarifs prothétiques, conventionnement sélectif des chirurgiens-dentistes. Qu'entendez-vous par conventionnement sélectif ?

Ne pensez-vous pas que les économies les plus sûres sont liées aux dépenses qui pourraient être évitées ? Je pense à la prévention qui pourrait être menée dès le plus jeune âge dans le cadre de l'Éducation nationale. À cet égard, je me souviens que ma commune avait conventionné avec les chirurgiens-dentistes : un chirurgien-dentiste venait dans l'école maternelle pour éduquer les enfants à la santé bucco-dentaire. Je pense important d'encourager ce type de dispositif.

Les affections de longue durée pèsent lourdement sur nos dépenses de santé, avec des restes à charge parfois très élevés pour les patients, sources d'inégalité. Que pensez-vous de la prise en charge de ces maladies par des protocoles innovants, comme pour le cancer et le diabète ? Je pense notamment au lecteur de glycémie, actuellement non pris en charge par la sécurité sociale, qui ne nécessite plus de piqûres ni de bandelettes, et qui constitue un progrès et une source de confort non négligeable pour tous les malades, en particulier les jeunes et les porteurs de handicaps. N'y aurait-il pas là une source d'économies ? Ne serait-il pas utile de comparer les différentes prises en charge avec des protocoles différents, afin de choisir les plus efficaces, mais aussi les moins coûteuses ?

M. Dominique Tian. Monsieur le Premier président, vous évoquez les problèmes de la branche maladie : son déséquilibre, le chèque en blanc sur les générations futures, l'urgence des réformes, les appels à la prudence. Vous n'avez pas été entendu par M. Sapin, qui a déclaré il y a quelques minutes que l'ONDAM serait fixé à 2,1 %, ce qui est non seulement imprudent, mais peu courtois vis-à-vis de la Cour des comptes le jour de la présentation de son rapport annuel ! Ce n'est certainement pas un appel à la responsabilité, et je pense que les observateurs s'en indigneront. Sans doute l'appel à la prudence n'a-t-il pas été entendu pour des raisons d'échéances électorales proches...

Votre rapport n'évoque pas le coût éventuel de la généralisation du tiers payant, qui pourtant va peser sur les équilibres de la sécurité sociale. Vous n'évoquez pas non plus le problème des indemnités journalières, notamment dans les fonctions publiques, alors que la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) avait produit un rapport extrêmement intéressant sur le sujet et que nous avons instauré, le jour de carence, au cours du quinquennat précédent.

Enfin, vous avez parlé du coût de l'hépatite C et des nouveaux traitements de cette maladie. Alors que ce sujet a fait l'objet de longs échanges au cours de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), un débat émerge sur l'inégalité des soins : certains hôpitaux continuent à prescrire des médicaments, alors que d'autres qui n'en ont pas les moyens ne le font plus. Je pense à certains anticancéreux innovants que tous les hôpitaux ne peuvent pas prescrire. La Cour des comptes réfléchit-elle à ce problème, qui renvoie à celui de la liste « en sus » ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur le député, je pense que nous allons pouvoir le traiter dans le cadre des GHT.

M. Gérard Sebaoun. Monsieur le Premier président, je m'arrêterai sur le chapitre VII consacré à la maîtrise des prescriptions à l'hôpital. Vous dites en introduction, et je pense que vous avez raison, que « *la prescription à l'hôpital a un caractère central et complexe dans la prise en charge des patients* ». Vous pointez son poids financier, avec une augmentation de 32 % en euros constants de 2007 à 2014, et des dépenses tout à fait conséquentes, de 14 milliards d'euros, composées pour moitié de dépenses de médicaments et pour le reste de dispositifs d'imagerie et de biologie.

Les questions que vous posez sont légitimes. Peut-on faire mieux en matière de prescriptions à l'hôpital ? On peut toujours faire mieux, et nous vous rejoignons lorsque vous proposez une meilleure contractualisation, une meilleure responsabilisation des acteurs – laquelle à mon sens devrait être surtout collective. Par contre, je ne suis pas d'accord avec vous lorsque vous pointez « *un suivi individuel des prescripteurs aujourd'hui défaillant* » : je ne suis pas sûr que ce soit la meilleure méthode dans le contexte de tension actuelle de nos hôpitaux.

Vous soulignez en outre la nécessité, et nous en sommes d'accord, d'un meilleur suivi des prescriptions, notamment en imagerie et en biologie. Il faut produire des référentiels avec des procédures plus pertinentes, mais ces procédures devraient être décidées par les acteurs. Vous citez l'exemple intéressant d'une équipe d'urgentistes, mais il renvoie à une étude de 2007. L'hôpital a fait des progrès considérables depuis une dizaine d'années : on peut rendre hommage au personnel hospitalier, notamment ses médecins.

Vous soulignez enfin la nécessité de gérer le risque sur la base de référentiels professionnels, mais aussi d'études médico-économiques. Est-ce à dire que la prescription de tel ou tel examen, nécessaire au diagnostic et au suivi des patients soignés à l'hôpital, devrait être envisagée désormais au regard du coût de celle-ci ?

M. Renaud Gauquelin. Monsieur le Premier président, merci pour ce rapport extrêmement fourni. Vous avez évoqué tout à l'heure les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires. C'est un problème qui devient inquiétant pour les jeunes, notamment les jeunes de banlieue, comme le montre une étude réalisée il y a quatre ans par une association de maires.

Actuellement, seul un sourd ou malentendant sur quatre est équipé d'un sonotone, avec les conséquences que l'on connaît en termes de désocialisation, d'isolement, de chutes, voire d'accidents au volant. C'est un problème important.

On pourrait également évoquer les difficultés d'accès aux lunettes, avec des conséquences en matière d'accidents au volant également ou d'accidents de la vie privée.

Ces problèmes touchent des millions de nos compatriotes. J'aimerais les mettre en lien avec l'augmentation de 8 % qui vient d'être accordée aux médecins libéraux et la consultation longue négociée à 60 euros dans le cadre du tiers payant, sans que la définition de cette consultation longue ait été précisée. Le chiffre de 400 millions d'euros que vous avez évoqué est-il fiable ? Je pense que le chiffre final sera plus près du milliard – ce dernier montant équivalant à celui de la baisse d'impôt accordée aux populations les plus fragiles.

J'ajoute que, ces dernières années, le pouvoir d'achat des médecins libéraux conventionnés a augmenté. La consultation a augmenté de 5 euros, soit 20 %, pour les nourrissons et les nouveau-nés, pour les personnes de plus de 85 ans puis de plus de 80 ans,

pour les enseignants en vertu d'un accord avec la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), sans oublier les nouvelles tarifications pour les protocoles relatifs aux ALD : 40 euros désormais par an et par malade, au lieu de 40 euros tous les cinq ans. Les tarifs de garde de nuit ont eux aussi été relevés ces dernières années. Ainsi, le pouvoir d'achat des médecins conventionnés a augmenté plus vite que celui des praticiens hospitaliers ou des infirmières hospitalières.

La Cour des comptes s'est-elle penchée sur l'impact financier de ces successives augmentations du pouvoir d'achat des médecins généralistes conventionnés – et non connues du grand public ?

Enfin, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ont multiplié l'embauche de contrôleurs pour lutter contre la fraude des patients, mais aussi des professionnels, des maisons de retraite et même de certaines cliniques. Dans le Rhône, le nombre de contrôleurs est passé de 1 à 13. La Cour des comptes a-t-elle estimé l'impact financier de cette traque de la fraude ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je reviens sur l'arrivée des traitements innovants très chers. Sur un budget total de 26 milliards d'euros en 2015 pour les remboursements de médicaments, le Gouvernement a dû gérer un surcoût d'un milliard pour l'arrivée d'un seul produit sur le marché, et les mécanismes de régulation ont néanmoins fonctionné. Nous ne sommes pas à l'abri – et c'est tant mieux – de l'arrivée d'autres traitements innovants.

Monsieur le Premier président, vous aviez fait une communication en 2013 sur les audioprothèses. Pensez-vous que l'accès aux audioprothèses s'est amélioré ? Je crains fort que ce ne soit pas le cas, au regard des quelque 5 millions de malentendants que compte notre pays.

J'ai regardé la carte de France qui figure dans votre rapport. Comment expliquez-vous les disparités importantes en matière d'absentéisme des agents des organismes de sécurité sociale ?

Enfin, la Cour avait fait une communication sur les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), en recommandant la réalisation d'un bilan de ces ROSP et, en cas d'objectifs non atteints, une récupération de ces rémunérations. Cela avait entraîné un tollé des populations médicales concernées !

M. le Premier président de la Cour des comptes. Notre regard n'est ni sévère ni complaisant. La Cour n'a pas à être optimiste ou pessimiste : elle doit examiner objectivement la situation à partir des objectifs fixés par vous-mêmes.

Nous nous réjouissons que le déficit se réduise et que, pour la première fois, la dette sociale recule.

Il est inutile d'embellir la situation en indiquant que le redressement est plus important qu'il ne l'est en réalité. Il faut objectiver le redressement. C'est pourquoi nous insistons sur ces fameux 700 millions ; calculer sur treize mois des recettes au titre de la CSG n'a pas de sens. Donc, oui, il y a une réduction du déficit, plus importante que prévue, mais moins importante qu'il n'est dit, et qui ne justifie pas que l'on relâche l'effort : les exemples

du passé montrent qu'en cas de relâchement de l'effort les déficits repartaient très vite à la hausse.

L'ONDAM va être réajusté. En prenant en compte les modifications comptables qui sont intervenues, on s'aperçoit que l'ONDAM réel n'était pas à 1,75 %, mais plutôt à 1,9 % ; et désormais le pourcentage sera plutôt de 2,35 %, et non de 2,1 %, qui plus est dans un contexte d'inflation faible. Il faut prendre la situation dans sa globalité, et c'est notre rôle de le faire.

Nous pensons aussi qu'il est possible de rééquilibrer les comptes de la sécurité sociale sans remettre en cause l'accès aux soins ni la qualité des soins. Il n'y a pas de corrélation entre l'importance du déficit et un meilleur accès aux soins, au contraire.

À propos des transports sanitaires, nous avons proposé la mise en place d'enveloppes pour les établissements hospitaliers, mais cette recommandation n'a pas été suivie d'effet. Pourtant, il existe en la matière des anomalies, des injustices, et nous avons estimé il y a quelques années les économies possibles à hauteur de 500 millions d'euros : ce n'est pas rien !

Même chose pour les médicaments. La France s'est engagée dans la voie des génériques avec retard, voire résistance, par rapport à d'autres pays. Il y a aussi des marges possibles en matière de dépenses d'imagerie médicale et de biologie, à l'hôpital comme en ville, tout comme pour les dialyses, sujet qui avait fait l'objet d'un chapitre l'année dernière.

Les inégalités territoriales existent non seulement en matière d'absentéisme, mais aussi dans la prise en charge d'un certain nombre d'affections de longue durée. On peut s'étonner que ces disparités soient plus importantes dans tel ou tel endroit. Les différences apparaissent-elles justifiées ? Pas toujours. En tout cas, les éventuelles justifications ne sont pas documentées.

Je pourrais citer d'autres exemples qui montrent qu'une meilleure maîtrise des dépenses de santé est possible et nécessaire, sans préjudice pour l'assuré social. Mais il n'y a pas que le patient qui bénéficie de dépenses de santé qui peuvent apparaître en certaines circonstances excessives.

Le déficit de la sécurité sociale se concentre sur l'assurance maladie et le FSV. Pour reprendre la formule du président Durrleman, l'assurance maladie est « l'homme malade » de la protection sociale ! On n'a pas encore épuisé les marges en matière de dépenses de santé. Les dépenses ont toujours un coût, mais elles peuvent être utiles, et la Cour ne remet pas en cause leur pertinence. Pour autant, est-il indispensable de prescrire à des patients de nouvelles analyses ou radios ? Il faut aussi que l'ensemble des acteurs soient responsabilisés.

Une étude comparative réalisée par la Cour a montré que les acteurs sont davantage responsabilisés en Allemagne, tant au niveau des professions médicales et paramédicales que des patients. En France, le comportement d'un certain nombre de patients, mais aussi de médecins ou de paramédicaux, par rapport aux génériques, est anormal ! Les échanges entre la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les médecins montrent que ces derniers n'acceptent pas toujours les contraintes. En Allemagne, les généralistes acceptent plus facilement des mesures de régulation et sont mieux rémunérés que leurs homologues français : cherchez l'erreur ! Notre système de santé doit s'affranchir des rigidités ! Bien évidemment, l'efficacité de la sécurité sociale reste une préoccupation pour nous.

Monsieur Bapt, les résultats qui seront annoncés en fin de semaine seront meilleurs que ce qu'en a dit la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin, en raison principalement d'une augmentation plus forte que prévu de la masse salariale, de l'ordre de 2,6 % au lieu de 2,3 %, d'où une hausse plus importante des recettes de prélèvements sociaux. En outre, les effets report sur 2016 sont également plus importants que prévu, notamment pour ce qui est du supplément non anticipé de recettes. Des annonces seront faites sur l'augmentation de la réduction du déficit. Pour autant, restons réalistes : le déficit de l'assurance maladie, qui reste élevé, est une anomalie. La France est un des rares pays à accepter aussi durablement un déficit de ses comptes sociaux, avec une dette qui a été mise sous le tapis au niveau de la CADES et une dette cachée supportée par l'ACOSS. Les taux d'intérêt ne vont sûrement pas remonter dès la semaine prochaine. Mais il convient d'anticiper. Les décisions d'augmentation des recettes pour la CADES relèvent de décisions politiques.

Sur le coût de la convention médicale, vous avez cité le chiffre de 1 milliard d'euros. C'est vraisemblablement ce que cela coûtera en 2020, au terme de la montée en charge progressive. Le coût pour 2017 est de 400 millions d'euros, auquel il faut ajouter un coût pratiquement égal en 2018 – 460 millions –, une centaine de millions en 2019 et 15 millions en 2020, soit un total de 980 millions.

Dans le secteur de l'optique, les décisions qui ont été prises vont dans le sens des préconisations de la Cour. S'agissant des audioprothèses, je crois que rien n'a été décidé ; c'est un sujet important compte tenu du nombre de malentendants.

Enfin, et c'est un vrai sujet de préoccupation pour les pouvoirs publics, la santé bucco-dentaire des Français est médiocre par rapport à celle de leurs voisins, et le renoncement aux soins est le fait d'un patient sur cinq. Là encore, la Cour a fait des propositions. La prévention est indispensable. L'opération « MT dents » dans le primaire est remarquable et mériterait d'être généralisée. La prévention a des effets extrêmement positifs, et par là même, des conséquences heureuses sur le coût des dépenses.

M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes. Monsieur Bapt, la non-suppression de la dernière tranche de la contribution sociale de solidarité a un effet bénéfique sur les comptes de la protection sociale, à laquelle 3,5 milliards d'euros pourront ainsi rester affectés, et en particulier au régime social des indépendants (RSI). Compte tenu de l'intégration financière, *in fine*, du RSI à la CNAM, le Gouvernement a choisi une autre voie pour alléger les prélèvements sur les entreprises, notamment petites et moyennes, à savoir la majoration du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui va passer de 6 % à 7 %. L'impact de la mesure se fera sentir non pas en 2017, mais en 2018, compte tenu de la mécanique du CICE, qui prend effet avec une année de différé.

S'agissant des problématiques de financement de la dette et de remontée des taux d'intérêt, il faut distinguer deux situations. D'abord, une part de la dette financée par la CADES l'est actuellement à taux variable : un tiers de l'encours de dette est financé à taux variable. Si la prévision du programme de stabilité d'avril 2016 se concrétisait, la charge d'intérêts supportée par la CADES augmenterait de quelque 300 millions d'euros en 2018 et de 450 millions en 2019. L'effet serait beaucoup plus rapide sur la dette supportée par l'ACOSS, entièrement financée à court terme. C'est la raison pour laquelle, l'an dernier, la Cour avait fortement recommandé de reprendre aussi rapidement que possible le maximum de la dette de l'ACOSS, ce qui fut fait dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, qui a saturé le plafond de reprise prévu jusqu'en 2018. Restent une

partie des déficits des années antérieures et le déficit de 2016, ainsi que celui de 2018 et 2019. La Cour préconise la mobilisation des réserves disponibles du fonds de réserve des retraites parce qu'il a été créé pour cela et qu'une partie de la dette est liée à l'assurance vieillesse. Pour le reste, comme l'a dit M. le Premier président, le choix n'appartient pas à la Cour.

Comment progresser, madame Delaunay, vers une couverture complémentaire de meilleure qualité et protégeant davantage ceux qui présentent les risques les plus élevés ? La mesure adoptée dans le cadre de la LFSS pour 2016 pour les personnes âgées va y contribuer. Les aides fiscales et sociales pour la souscription des complémentaires s'élèvent à 3,5 milliards d'euros : la Cour suggère de mieux cibler les aides publiques sur les personnes qui présentent les risques les plus élevés.

La sécurité des systèmes d'information est un des objectifs du plan hôpital numérique. Cet objectif n'est pas encore atteint ; cela étant dit, ce plan n'est pas encore achevé. Seuls 41 % des hôpitaux sont équipés d'un système d'information convenablement sécurisé. Votre commission nous a demandé au printemps une enquête sur le système national interrégimes d'assurance maladie, qui est un système de données de santé permettant de chaîner à la fois les données de santé en ville et les données de santé hospitalières, et nous avons noté que les données de santé hospitalières, issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), étaient insuffisamment protégées. C'est un sujet extrêmement important et sensible.

En 2015, le secteur médico-social ne s'est pas vu affecter un certain nombre de dotations qui étaient prévues, et ce pour compenser la très forte dynamique des soins de ville. En effet, ce qui avait mis en réserve sur les hôpitaux n'a pas été suffisant, si bien qu'il a fallu ponctionner les établissements médico-sociaux. L'effet est un ralentissement de la mise en place d'un certain nombre de plans de santé publique qui prévoyaient des créations de places supplémentaires. Cela a été compensé pour partie par un prélèvement sur les réserves de la CNSA. Il n'est pas exclu que la situation de 2015 se reproduise en 2016, car l'ONDAM va être tenu, mais sans doute, de nouveau, avec une forte tension : les dépenses de soins de ville se sont remises à progresser fortement, et les dépenses hospitalières restent dynamiques. Sans doute faudra-t-il compléter l'annulation d'un certain nombre de crédits hospitaliers par d'autres mesures.

J'en viens à la prise en charge de personnes en situation de handicap, en particulier en Belgique. La Cour s'est penchée sur ce sujet dans le cadre d'une enquête qu'elle a lancée, juste avant l'été, sur la prise en charge de l'autisme. Nos équipes se sont rendues en Belgique pour mesurer la réalité de ces prises en charge. Je n'ai pas encore les résultats de cette enquête, mais nous aurons des éléments documentés dans quelque temps.

S'agissant de l'assurance vieillesse, notamment du fonds de solidarité vieillesse, l'impact du chômage et les effets de la conjoncture ne sont pas seuls en cause. Le FSV avait des ressources assez dynamiques, notamment une part de CSG qui lui a été enlevée au profit d'autres besoins de financements ; elles ont été remplacées par des recettes moins dynamiques. Il y a donc une difficulté de structure de financement liée à la conjoncture, parce que ce sont des prélèvements sur le capital, avec des variations qui peuvent être importantes d'une année à l'autre.

Monsieur Viala, vous avez abordé la compensation de la sous-déclaration au titre de la branche AT-MP, qui pèse sur l'assurance maladie. Une commission, présidée par un de nos collègues de la Cour des comptes, se réunit tous les trois ans pour évaluer l'ampleur de cette

sous-déclaration, qu'elle a estimée entre 800 millions et 1,3 milliard d'euros. Les pouvoirs publics ont choisi une compensation à hauteur d'un milliard. Le phénomène est très documenté grâce au travail de cette commission ; cela étant, il est très difficile à enrayer.

Nous n'avons pas encore évalué le dispositif de modulation des prestations familiales en fonction des ressources, qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015. En revanche, nous reviendrons sur ce sujet dans notre rapport de l'an prochain relatif à la sécurité sociale.

S'agissant des emplois dans les caisses d'allocations familiales (CAF), celles-ci ont en réalité de la marge. En effet, comme les autres caisses de sécurité sociale, elles ont un problème de dimensionnement de réseau, qui pourrait être mieux concentré. Ensuite, l'absentéisme est important dans certaines caisses, par exemple celles de l'Eure et des Bouches-du-Rhône. Enfin, la durée du travail est, par endroits, substantiellement inférieure à la durée légale.

S'agissant des soins bucco-dentaires, le conventionnement sélectif a été défini par la LFSS pour 2016, dont un article prévoit cette possibilité en fonction de modalités d'exercice professionnel, d'exigences de formation, et d'un zonage territorial. Reste à mettre en œuvre le dispositif. Faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires suppose de prendre des textes réglementaires. La LFSS pour 2014 avait prévu la possibilité de limiter, dans le cadre des contrats responsables et solidaires, les tarifs des prothèses dentaires, comme elle l'avait prévu pour l'optique. Le décret d'application a été pris pour l'optique à l'automne 2015, mais celui pour les prothèses dentaires n'est toujours pas sorti.

L'évaluation et l'impact de la fraude sont des éléments que nous documentons chaque année dans le rapport de certification des comptes de la sécurité sociale. Nous avons également contribué aux travaux de la MECSS il y a quelques années sur ce sujet, que nous reprendrons dans les mois à venir pour évaluer les progrès de la lutte contre la fraude et mesurer l'impact de cette fraude, tout particulièrement en matière d'assurance maladie.

Je finis par les rémunérations des médecins. Nous avons documenté le sujet, non pas dans le cadre du rapport sur la sécurité sociale, mais dans le cadre du rapport public annuel pour 2013. Nous avons alors montré que la rémunération des médecins ne provenait pas uniquement des honoraires à l'acte, et qu'il fallait tenir compte des rémunérations sur objectif de santé publique, mais aussi de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie. En réalité, le total des différents éléments de rémunération d'un médecin généraliste montre que l'acte « C » n'est pas rémunéré 23 euros, mais entre 31 et 32 euros, du moins avant la convention médicale du 25 août dernier. Nous serons amenés à revenir sur ces éléments au moment où nous évaluerons les effets de la nouvelle convention médicale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, monsieur le Premier président, monsieur le président, pour cet état des lieux.

À l'école, en fin de trimestre, on décerne des encouragements, voire des félicitations. Je retiens de votre discours équilibré que nous en restons au stade des encouragements... Vos travaux sont une source d'information importante sur les LFSS passées – j'ai bien noté que certains textes d'application n'ont pas été pris, notamment concernant les soins bucco-dentaires, sur lesquels nous interpellons le Gouvernement – et en vue du PLFSS pour 2017.

M. le Premier président de la Cour des comptes. Une annexe au rapport mentionne toutes les recommandations suivies et non suivies. C'est, je le crois, un document susceptible d'intéresser votre commission...

Mme la présidente Catherine Lemorton. En effet !

La séance est levée à dix-neuf heures.



Présences en réunion

Commission des affaires sociales

Réunion du mardi 20 septembre 2016 à 17 heures

Présents. – M. Alain Ballay, M. Gérard Bapt, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Renaud Gauquelin, Mme Joëlle Huillier, M. Michel Issindou, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, Mme Marie-Thérèse Le Roy, M. Pierre Morange, M. Bernard Perrut, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Gérard Sebaoun, M. Dominique Tian, M. Arnaud Viala

Excusés. – Mme Gisèle Biémouret, Mme Véronique Massonneau, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé

Assistait également à la réunion. – Mme Fanélie Carrey-Conte