



N° 336

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2022

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 2023 (n° 274),

PAR M. MICHEL LAUZZANA

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES...	9
I. LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX : UN NET SURSAUT EN 2021, UNE SITUATION CONTRASTÉE POUR LES BRANCHES À L'AVENIR	9
A. L'ARTICLE LIMINAIRE	11
1. Une disposition inédite	11
2. Un enrichissement de la LFSS sur le champ des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble	12
3. Une situation excédentaire pour les exercices en cours et à venir	12
B. L'APPROBATION DES SOLDES DE L'EXERCICE 2021	13
1. Le solde des régimes obligatoires de base en 2021	13
2. Une croissance des recettes supérieure à celle des dépenses	14
C. UN SOLDE POUR 2022 MARQUÉ PAR UNE NOUVELLE RÉSORPTION MALGRÉ LES AMBIVALENCES DE LA CONJONCTURE	17
1. La succession d'une crise inflationniste à la crise sanitaire	17
2. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2022	18
3. Un supplément de recettes plus important que celui des dépenses	19
D. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2023 ET AU DELÀ	22
1. Une activité économique résiliente malgré de fortes incertitudes	22
2. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2023	24
3. Une consolidation progressive dans les années à venir	25
E. UNE GESTION RESPONSABLE DE LA DETTE	27
1. La gestion différenciée du flux et du stock de dette avant la crise	27
a. Les déficits accumulés dans le bilan de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale	27
b. Les passifs transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale	27
2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts	30
a. Le cadre constitutionnel	30
b. La reprise de 136 milliards d'euros en plusieurs étapes	30
c. La cible d'une extinction en 2033 tributaire des conditions de marché	31

II. LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN PAYSAGE PLUS LISIBLE POUR LES ASSURÉS COMME POUR LES GESTIONNAIRES.....	33
A. LE SOUTIEN AUX PARTICULIERS.....	33
1. L’avance du crédit d’impôt pour les services à la personne.....	33
a. Un premier bilan encourageant.....	34
b. Des aménagements nécessaires.....	35
2. La refonte de la fiscalité du tabac.....	36
a. Un régime fiscal particulier dont l’efficacité est perturbée par le contexte inflationniste ...	36
b. Une augmentation franche de l’accise.....	37
c. Une adaptation de la fiscalité sur le tabac à chauffer et une harmonisation des dispositions spécifiques à la Corse.....	38
B. LES ALLÈGEMENTS POUR LES ENTREPRISES ET LES INDÉPENDANTS..	40
1. La poursuite des simplifications en matière de recouvrement.....	40
2. La réduction du coût de l’embauche de saisonniers agricoles.....	43
3. Un régime déclaratif simplifié pour les médecins régulateurs.....	44
C. LA CLAUSE DE SAUVERGARDE PHARMACEUTIQUE.....	45
D. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	46
III. LES MOUVEMENTS ENTRE LES SPHÈRES ÉTATIQUE ET SOCIALE.....	47
A. LES TRANSFERTS ENTRE BRANCHES ET ORGANISMES.....	47
B. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L’ÉTAT.....	51
1. La compensation des allègements sociaux.....	51
a. Les grands principes.....	51
b. Le schéma de compensation.....	52
2. La stabilisation de la place de l’impôt dans les finances sociales.....	53
SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES.....	57
I. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE.....	59
A. DES DÉPENSES DE SANTÉ EN VOIE DE NORMALISATION EN 2021 MAIS QUI RESTENT MARQUÉES PAR LA CRISE SANITAIRE.....	60
B. UN ONDAM RÉVISÉ À LA HAUSSE POUR 2022 EN RAISON DES INCIDENCES BUDGÉTAIRES DE LA CRISE SANITAIRE.....	63
C. UN ONDAM POUR 2023 QUI TRADUIT LA BAISSSE DES DÉPENSES DE CRISE MAIS RESTE EN HAUSSE CONCERNANT LES DÉPENSES HORS CRISE.....	67
1. Un ONDAM pour 2023 fixé à 244,1 milliards d’euros.....	67
2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses.....	70
a. Mesures visant le déploiement de la prévention, de la vaccination et du dépistage.....	70
b. Mesures de lutte contre la désertification médicale et le recours excessif à l’intérim médical.....	78

II. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE	82
A. LA MODÉRATION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE PAR LA FAIBLESSE DE LA REVALORISATION APPLIQUÉE EN 2021	82
B. DES DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2022 TIRÉES PAR L'INFLATION.....	83
C. DES EFFETS PERSISTANTS DE L'INFLATION EN 2023 ET DES DÉPENSES STRUCTURELLEMENT EN CROISSANCE	85
1. L'objectif de dépenses et les dépenses du FSV	85
2. L'évolution des dépenses après 2023	86
III. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE	87
A. DES DÉPENSES QUI REFLÈTENT EN 2021 LE RALENTISSEMENT DE LA NATALITÉ	87
B. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE MARQUÉES PAR LA REVALORISATION DES PRESTATIONS.....	87
C. DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN 2023, EN RAISON DE L'EFFET DES REVALORISATIONS EN ANNÉE PLEINE ET DES MESURES NOUVELLES.....	88
1. Les déterminants de l'évolution hors mesures nouvelles	88
2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses	88
IV. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES	92
A. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN HAUSSE EN 2021	92
B. UNE INCIDENCE IMPORTANTE DE LA REVALORISATION SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2022.....	92
C. DES DÉPENSES POUR 2023 MARQUÉES PAR L'EFFET EN ANNÉE PLEINE DES REVALORISATIONS ET PAR LE DYNAMISME DES DÉPENSES RELEVANT DU CHAMP DE L'ONDAM	93
V. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE	93
A. L'IMPORTANCE DES FINANCEMENTS ACCORDÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) AU SEIN DES DÉPENSES DE LA BRANCHE POUR 2021	93
B. UNE AUGMENTATION SOUTENUE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2022	94
C. EN 2023, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES SOUTENUE PAR LE TAUX DE RECONDUCTION ET LES MESURES NOUVELLES.....	95
1. Le maintien d'une croissance dynamique des dépenses de la branche.....	95
2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses	96
EXAMEN EN COMMISSION	101
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	125

INTRODUCTION

Ce rapport présente, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, l'avis de M. Michel Lauzzana sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023.

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

– un net redressement des comptes sociaux après la crise liée au covid-19, avec un déficit arrêté à 24,3 milliards d'euros en 2021, révisé à 17,8 milliards d'euros en 2022 et prévu à 6,8 milliards d'euros en 2023 ;

** en recettes (595 milliards d'euros attendus en 2023)*

– des aménagements quant à l'allègement de trésorerie pour les ménages recourant à des services à domicile, avec une avance par les organismes de recouvrement (article 5) ;

– la poursuite des simplifications pour les entreprises en matière d'unification du recouvrement et de droit à l'erreur en cas de contrôle (article 6) ;

– la prolongation jusqu'à fin 2024 de l'exonération de cotisations patronales pour l'embauche de saisonniers agricoles (article 7) ;

– la refonte de la fiscalité du tabac (article 8) ;

– la forfaitisation des prélèvements pour les médecins libéraux participant à la régulation des appels au 15 (article 9) ;

– un mouvement de trésorerie entre les branches maladie et famille concernant les congés de maternité (article 10) ;

** en dépenses (601,8 milliards d'euros attendus en 2023)*

– le renforcement de la prévention, de la vaccination et du dépistage, avec la mise en place de rendez-vous de prévention (article 17) ;

– l'accès au dépistage des infections sexuellement transmissibles sans ordonnance et leur remboursement pour les personnes de moins de 26 ans (article 18), ainsi que la délivrance avec prise en charge intégrale et sans prescription de la contraception d'urgence hormonale (article 19) ;

– l'extension des professionnels pouvant prescrire des vaccins (article 20) ;

– la lutte contre la désertification médicale, avec la priorité aux zones sous-denses pour les internes de médecine générale de quatrième année (article 23), la rationalisation des dispositifs d'aide à l'installation dans ces zones (article 24) et, en compensation, des limitations à l'intérim (article 25) ;

– la maîtrise des dépenses sur les actes de biologie (article 27), l'amélioration des outils de négociation à la main du comité économique des produits de santé (article 30) et la révision de la liste des produits et prestations remboursables (article 31) ;

– la poursuite de la réforme du financement des services de soins infirmiers à domicile et des services polyvalents (article 33) et la simplification du financement de l'habitat inclusif (article 35),

– la réforme du complément du mode de garde (article 36) et le renforcement du congé parental par subrogation de l'employeur pour le versement de la prestation (article 37).

*

* *

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

À cette date, seules 5 des 22 réponses attendues (soit 22,7 %) avaient été transmises au rapporteur pour avis.

*

* *

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

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL ET LES RECETTES

La présente partie porte sur les **articles liminaire, 1^{er} à 3, 5 à 15, 29 et 41** 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 : UN NET SURSAUT EN 2021, UNE SITUATION CONTRASTÉE POUR LES BRANCHES À L'AVENIR

● Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le 1° du A, le 1° du B et le d du 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale disposaient que, selon l'exercice, la LFSS « *approuve, rectifie ou retrace les tableaux d'équilibre [...] des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes* ».

Par convention, le solde de la sécurité sociale s'entendait comme l'agrégation de celui des branches du régime général, désormais au nombre de cinq, et du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les chiffres les plus usuellement évoqués ne représentaient donc qu'environ 80 % des ressources et des charges de la LFSS.

Afin d'avoir une vision consolidée plus précise de l'ensemble des recettes et dépenses sociales, la loi organique du 14 mars 2022, précitée, fait de l'ensemble constitué des ROBSS et du FSV la nouvelle référence.

Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) regroupent l'ensemble des régimes de protection sociale couvrant les assurés contre les cinq risques que sont la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles, les coûts engendrés par la famille, la vieillesse, et la perte d'autonomie.

Le plus important de ces ROBSS est le régime général des salariés du privé, qui couvre 88 % de la population française.

Toutefois, il existe aux côtés de ce dernier d'autres régimes de protection sociale : le régime agricole qui couvre les exploitants et les salariés agricoles et les différents régimes spéciaux mentionnés à l'article 177-1 du code de la sécurité sociale (celui des fonctionnaires, de la SNCF, d'EDF et de GDF, des clercs de notaires, des mines, des cultes, ou encore des marins) ⁽¹⁾.

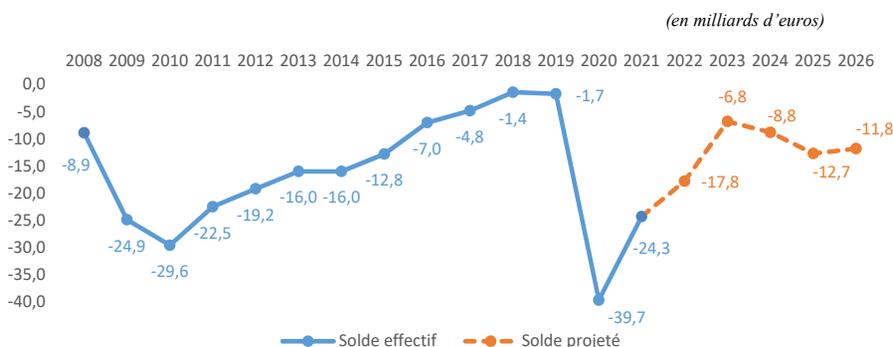
(1) D'après la CCSS, « outre le régime général, qui assure l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations, il existe onze régimes servant des prestations maladie. [...] Par ailleurs, certains régimes ont une branche maladie qui ne retrace que des prestations d'invalidité servies avant l'âge légal de départ en retraite : fonction publique d'État, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales, Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État, Caisse nationale des industries électriques et gazières. La branche vieillesse est la plus éclatée : 25 régimes de base subsistent. La branche famille est la plus intégrée. Certains régimes gèrent plusieurs branches à la fois, d'autres ne couvrent qu'un seul risque ; une même population peut ainsi relever de plusieurs régimes. Enfin, certaines

Le régime général n'a donc plus vocation à être abordé que s'il est touché par une disposition *ad hoc*, ainsi que dans les nombreuses annexes du PLFSS.

- Déficitaire depuis 2002, le résultat avait connu un premier point bas en 2010 avec un passif de 29,6 milliards d'euros, avant de s'améliorer jusqu'en 2018.

Alors que la sécurité sociale devait se rapprocher de l'équilibre d'ici à 2023, la crise liée à l'épidémie de covid-19 a bouleversé ces perspectives : le déficit devrait s'établir à 24,3 milliards d'euros en 2021, puis 17,8 milliards d'euros en 2022 et enfin de 6,8 milliards d'euros en 2023.

ÉVOLUTION DU DÉFICIT AGRÉGÉ DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE DE 2008 À 2026



Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2010 à 2022 et du PLFSS pour 2023.

Contrairement à ce que traduit l'analyse de la loi de règlement du budget et d'approbation des comptes⁽¹⁾ qui arrête les recettes et les dépenses de l'État, 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 de l'article L.O. 111-3-5 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 »⁽²⁾.

populations ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale pour certains risques (AT-MP ou indemnités journalières maladie). Le plus souvent, elles bénéficient d'une couverture de l'employeur ».

(1) La loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques prévoit qu'à compter de 2023, cette loi s'intitulera « loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes ».

(2) Ces dispositions formaient le D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale avant l'entrée en vigueur de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux LFSS.

Dès lors, **le montant des crédits inscrits dans la LFSS présente un caractère indicatif et non limitatif** – ce que traduit le choix du mot « *objectifs* » plutôt que celui de « *plafonds* » par le législateur organique –, une part essentielle des charges correspondant à des dépenses dites de guichet, dont les assurés ont le droit de bénéficier.

Le projet de loi de financement pour 2023 comprend pour la première fois un article liminaire **(A)**. Si le solde des régimes de base et du FSV s’améliore en 2021 par rapport à l’estimation de la LFSS pour 2022 **(B)**, il continuerait à porter en 2022 et en 2023 les marques d’une conjoncture difficile **(C)**. Le solde devrait lentement se résorber **(D)**, à mesure que se poursuivrait le schéma d’extinction de la dette sociale **(E)**.

A. L’ARTICLE LIMINAIRE

Créé par la récente réforme de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux LFSS (LOLFSS) **(1)**, l’article liminaire de la LFSS de l’année apporte d’utiles éléments concernant un périmètre plus large que les régimes de base **(2)**. Il traduit un solde légèrement positif en 2022 et 2023 **(3)**.

1. Une disposition inédite

Antérieurement à l’entrée en vigueur de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le deuxième alinéa du II de l’article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale et le premier alinéa de l’article 7 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) prévoyaient que les LFSS rectificatives, à l’instar des lois de finances de l’année ou rectificatives, « *comprend[ai]ent un article liminaire présentant un tableau de synthèse retraçant, pour l’année sur laquelle elles portent, l’état des prévisions de solde structurel et de solde effectif de l’ensemble des administrations publiques [...]* ». Le nouvel article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale dispose maintenant que « *dans son article liminaire ⁽¹⁾, la loi de financement de l’année présente, pour l’exercice en cours et pour l’année à venir, l’état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale* ».

Le rapporteur spécial considère que cette réforme, introduite dans la loi organique à l’initiative de M. Thomas Mesnier, apporte un éclairage complémentaire précieux sur la part prise par la sécurité sociale dans l’économie nationale et les équilibres budgétaires.

(1) La loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021, précitée, a inséré dans un nouvel article 1^{er} H de la LOLF le périmètre de l’article liminaire des textes financiers autres que la LFSS de l’année.

2. Un enrichissement de la LFSS sur le champ des administrations de sécurité sociale dans leur ensemble

Il convient de faire le départ entre l'agrégat européen des administrations de sécurité sociale (ASSO), plus large que la sécurité sociale au sens du dix-septième alinéa de l'article 34 de la Constitution – et à plus forte raison à celui de la LOLFSS –, et les régimes obligatoires de base (ROBSS) et leurs satellites, objet principal du présent rapport pour avis.

Les ASSO sont l'un des sous-secteurs d'administration publique (APU) du système européen des comptes nationaux (SEC) établi par la direction générale des statistiques de la Commission européenne (EUROSTAT).

Elles regroupent deux catégories :

– les régimes de sécurité sociale, qui « *couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importantes parties de celle-ci et qui sont imposés, contrôlés et financés par les administrations publiques* » et ne constituent donc que le volet public de l'assurance sociale ⁽¹⁾, au sein desquels la nomenclature française distingue vingt-neuf ROBSS, ainsi que les régimes de retraite complémentaire obligatoires (comme l'AGIRC-ARRCO) et l'assurance chômage (l'UNÉDIC) ;

– les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS), comprenant les hôpitaux publics et des satellites très variés d'un pays à l'autre, avec en France, par exemple, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), les fonds de solidarité pour la vieillesse (FSV), de réserve pour les retraites (FRR), d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) ou de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

3. Une situation excédentaire pour les exercices en cours et à venir

D'après l'article liminaire du PLFSS, les ASSO afficheraient un excédent de 0,5 point de PIB en 2022 puis de 0,8 point de PIB en 2023. Le projet de LPFP pour les années 2023 à 2027 prolonge la prévision. Le rapporteur pour avis estime utile d'exprimer également ces données en valeur : l'excédent passerait de 12,3 milliards d'euros en 2022 à 29,6 milliards d'euros en 2027.

PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE DES ASSO POUR 2022 À 2027

(en points de PIB ; valeur en milliards d'euros courants en base 2022)

	2022		2023		2024		2025		2026		2027	
	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.	PIB	Val.
Recettes	27,0	664,7	26,9	743,2	26,8	752,3	26,7	762,2	26,6	772,3	26,5	783,2
Dépenses	26,5	652,4	26,1	721,1	26,0	729,8	25,9	739,4	25,8	749,0	25,5	753,7
Solde	+ 0,5	12,3	+ 0,8	+ 22,1	+ 0,8	22,5	+ 0,7	20,0	+ 0,8	23,2	+ 1,0	29,6

Source : PLFSS pour 2023 ; PLF pour 2023 ; rapport annexé au projet de LPFP pour les années 2023 à 2027.

(1) Le SEC définit l'assurance sociale comme les « régimes dans lesquels les participants sont obligés de souscrire une assurance, ou incités à le faire, par un tiers en vue de se prémunir contre certains risques sociaux ou certaines situations qui peuvent affecter négativement leur bien-être ou celui des personnes à leur charge ».

L'exposé de l'article liminaire souligne que « les excédents de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) – qui correspondent à l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base (18,6 milliards d'euros en 2022) – contribuent largement au solde positif de l'ensemble de ce secteur ».

B. L'APPROBATION DES SOLDES DE L'EXERCICE 2021

Aux termes de l'article 1^{er} du PLFSS, les régimes obligatoires de base de base affichent en 2021 un déficit important, quoique résorbé de plus d'un quart par rapport à l'estimation précédente (1), ce qu'expliquent surtout les recettes (2).

1. Le solde des régimes obligatoires de base en 2021

Sur ce nouveau périmètre de référence des LFSS, le déficit atteint 22,7 milliards d'euros en 2021 et 24,3 milliards d'euros en tenant compte du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (ROBSS) ET DU FSV EN 2021

(en milliards d'euros)

	Prévision LFSS pour 2021	Rectification LFSS pour 2022	Approbation PLFSS pour 2023
Maladie	- 23,7	- 29,7	- 26,1
Accidents du travail et maladies pro.	+ 0,3	+ 0,8	+ 1,3
Vieillesse	+ 0,3	- 3,3	- 1,1
Famille	- 9,0	+ 1,4	+ 2,9
Autonomie	- 0,4	- 0,5	+ 0,3
Régimes obligatoires de base	- 32,5	- 31,2	- 22,7
Fonds de solidarité vieillesse	- 2,4	- 2,5	- 1,5
ROBSS + FSV	- 34,9	- 33,7	- 24,3

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2021 et 2022 et du PLFSS pour 2023.

Le solde négatif est principalement porté par la branche maladie et la Cour des comptes relève que « l'ensemble des régimes de retraite de base autres que le régime général a connu un excédent, à l'exception de [celui] des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, lourdement déficitaire (1,2 milliard d'euros) ».

2. Une croissance des recettes supérieure à celle des dépenses

Les produits des ROBSS et du FSV sont de 543 milliards d'euros en 2021, pour des charges de 567,3 milliards d'euros.

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

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour 2023 (approbation)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,1	235,4	- 26,1
Accidents du travail et maladies pro.	15,1	13,9	+ 1,3
Vieillesse	249,4	250,5	- 1,1
Famille	51,8	48,9	2,9
Autonomie	32,8	32,6	+ 0,3
Régimes obligatoires de base	544,2	567,0	- 22,7
Fonds de solidarité vieillesse	17,7	19,3	- 1,5
ROBSS + FSV	543,0	567,3	- 24,3

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2021 et 2022 et du PLFSS pour 2023.

- En l'absence de dépôt d'un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS), véhicule moins souple que les projets de loi de finances rectificative (PLFR) qui n'a été mobilisé qu'à deux reprises ⁽¹⁾, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses n'avaient été révisés qu'à la faveur de l'examen de la deuxième partie du PLFSS pour 2022. Finalement, le solde des ROBSS et du FSV pour 2021 s'améliore de 15,4 milliards d'euros en comparaison avec celui constaté pour 2020, de 10,6 milliards d'euros avec la cible de la LFSS pour 2021 et de 9,4 milliards d'euros en comparaison avec la rectification de la LFSS pour 2022. La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) a publié en juillet dernier une estimation conforme ⁽²⁾.

- Par rapport à 2020, l'amélioration du solde tient majoritairement à l'évolution des **recettes**.

À l'échelle des ROBSS et du FSV, leur progression est de 45,8 milliards d'euros (+ 9,2 %) alors qu'elle était initialement prévue à 25,5 milliards d'euros (+ 4,9 %) dans la LFSS pour 2021 et avait été révisée à 10,9 milliards d'euros (+ 2 %) à l'occasion de la LFSS pour 2022.

À l'échelle du RG et du FSV, la Cour des comptes relève une hausse de 8,7 % pour les cotisations du secteur privé, de 8,6 % pour la contribution sociale généralisée (CSG) assise sur les revenus d'activité des salariés du secteur privé, de 12,9 % pour la CSG assise sur les revenus du capital, de 4,8 % pour la taxe sur les salaires (TS) et de 20,3 % pour la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale.

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

(2) CCSS, Résultats pour 2021 et prévisions pour 2022, 1^{er} juillet 2022.

D'autres ressources ont stagné ou enregistré une baisse modérée (– 0,8 % pour les droits d'accises sur les tabacs).

Outre les paramètres économiques de référence que sont l'activité et la masse salariale, la Cour donne comme explication le rebond de 6,7 % pour le salaire moyen par tête (SMTP), à cause d'un recours presque trois fois moindre à l'activité partielle en 2021 qu'en 2020 : les indemnités liées à ce dispositif sont exonérées de cotisations et soumises à un taux réduit de CSG ⁽¹⁾.

• Quant aux **dépenses** des ROBSS et du FSV en 2021, elles ont augmenté de 30,4 milliards d'euros (+ 5,7 %) relativement à 2020 et dépassé de 14,9 milliards d'euros (+ 2,7 %) la cible fixée dans la LFSS pour 2021 et révisée à 1,5 milliard d'euros (+ 0,3 %) dans la LFSS pour 2022.

Une part importante de la différence tient à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui a atteint 240,1 milliards d'euros en 2021, alors qu'il s'était élevé à 219,4 milliards d'euros en 2020 et que la prévision de cet ONDAM dans la LFSS pour 2021 s'élevait à 225,4 milliards d'euros avant d'avoir été revue à 238,8 milliards d'euros dans la LFSS pour 2022 (*cf. infra*).

• La Cour des comptes a certifié que neuf des dix jeux de comptes – celui de l'activité de recouvrement, des cinq branches, ainsi que les états financiers de l'ACOSS et des caisses nationales d'assurance maladie (CNAM), d'assurance vieillesse (CNAV), d'allocations familiales (CNAF) et de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine du régime général ⁽²⁾.

À cette occasion, la Cour a formulé 63 « *anomalies significatives ou insuffisances d'éléments probants* », contre 32 « *réserves* » pour l'exercice 2021, tenant majoritairement à l'insuffisance du contrôle interne.

Parmi les thèmes souffrant d'inexactitudes que de plus amples diligences auraient permis d'éviter, sont par exemple cités le suivi des factures par le centre national des soins à l'étranger (CNSE), la fiabilité des échanges de la CNAM avec les complémentaires, dont la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), le manque de croisement des données entrant dans le calcul des rentes pour incapacité permanente ou encore des dysfonctionnements dans la contemporanéisation des aides personnalisées au logement (APL).

Cependant, pour la deuxième année consécutive – et alors que tel n'avait pas été le cas depuis 2012 – la Cour des comptes s'est montrée dans l'**impossibilité de certifier l'activité de collecte** gérée par le réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

(1) *Cour des comptes*, Rapport sur l'application des LFSS, 4 octobre 2022.

(2) 4° de l'article L.O. 111-4-6 du code de la sécurité sociale (ancien 3° du VIII de l'article L.O. 111-3 du même code) et article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières.

La juridiction explique ce refus par les irrégularités concernant :

– « la comparabilité des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants et des résultats de leurs attributaires entre les exercices 2020 et 2021 » et « les faiblesses affectant spécifiquement le contrôle interne du recouvrement des prélèvements des travailleurs indépendants » ;

– « les modalités de comptabilisation de la réduction forfaitaire [à raison de la crise liée à l'épidémie de covid-19] en faveur des travailleurs indépendants » et « les modalités de comptabilisation des exonérations et de l'aide au paiement [à raison de la même crise] en faveur des employeurs de salariés » ;

– « des exceptions à caractère permanent à l'application du principe de tenue de la comptabilité en droits constatés », « les incertitudes affectant une partie des estimations comptables calculées par l'ACOSS » et « la justification de la répartition des produits, des créances et des charges entre les attributaires » ;

– « l'estimation par le comité économique des produits de santé (CEPS) [des] remises sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux » ;

– « les insuffisances des contrôles visant à réduire les risques de non-exhaustivité ou d'inexactitude des prélèvements sociaux » ;

– « les faiblesses de la couverture des risques propres aux prélèvements des particuliers employeurs » ;

– « les incertitudes affectant l'indemnité [face à l'] inflation » ⁽¹⁾.

**DÉCOMPOSITION, POUR LE RG ET LE FSV,
DES ÉCARTS EN 2021 AUX PRÉVISIONS DES LFSS POUR 2021 ET 2022**

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2021	LFSS pour 2022
Prévision de solde pour 2022 (1)	- 35,8	- 33,5
	Écart à la LFSS pour 2021	Écart à la LFSS pour 2022
Sous-total des recettes (2)	+ 25,7	+ 9,7
Dont cotisations sur les revenus d'activité	+ 13,9	+ 6,0
<i>Dont secteur privé</i>	<i>+ 16,1</i>	<i>+ 4,4</i>
<i>Dont indépendants</i>	<i>+ 0,5</i>	<i>+ 1,0</i>
Dont provisionnement	+ 1,5	+ 1,9
Dont CSG sur les revenus de remplacement	+ 8,9	+ 1,4
Dont autres recettes fiscales	- 0,5	+ 0,1
Sous-total des dépenses (3)	- 14,4	- 0,6
Dont prestations sociales	- 12,4	- 0,5
<i>Dont ONDAM</i>	<i>- 13,9</i>	<i>- 0,6</i>
Ensemble des révisions (4) = (2) + (3)	+ 11,4	+ 9,1
Solde actualisé (1) + (4)	- 24,4	

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

(1) Décret n° 2021-1623 du 11 décembre 2021 relatif aux modalités de versement de l'aide exceptionnelle prévue à l'article 13 de la loi n° 2021-1549 du 1^{er} décembre 2021 de finances rectificative pour 2021.

C. UN SOLDE POUR 2022 MARQUÉ PAR UNE NOUVELLE RÉSORPTION MALGRÉ LES AMBIVALENCES DE LA CONJONCTURE

En dépit d'un contexte économique toujours dégradé (1), les déficits des régimes obligatoires de base pour l'exercice en cours seraient légèrement inférieurs à leur niveau prévu par la dernière LFSS votée (2).

1. La succession d'une crise inflationniste à la crise sanitaire

Alors que la principale difficulté des dernières semaines de 2021 puis des premières semaines de 2022 était l'apparition du variant *omicron*, le fort taux de vaccination de la population a permis de contenir les restrictions de l'activité et les dépenses relatives aux tests et aux hospitalisations à raison du covid-19.

La forte reprise de l'économie, avec un produit intérieur brut (PIB) en hausse de 6,8 % en 2021, avait déjà généré des ralentissements dans les chaînes de production et d'approvisionnement, entraînant une raréfaction de certaines matières premières et donc une augmentation des prix.

Cette tendance inflationniste s'est accélérée avec l'entrée en guerre de la Russie contre l'Ukraine, le 24 février 2022.

Le cadrage macroéconomique sur lequel reposait le projet de loi de finances (PLF) et le PLFSS pour 2022, qualifié de « plausible » et « réaliste » le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) – à rebours de son appréciation sur les paramètres budgétaires – (1), a eu besoin d'être révisé.

Le Gouvernement s'y est employé à la faveur de l'examen de la première LFR pour l'exercice en cours (2), de la transmission à la Commission européenne du programme de stabilité (PSTAB) en juillet et enfin du dépôt, à la fin de septembre, des PLF et PLFSS pour 2023.

VARIATION DES PRINCIPALES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES POUR 2022

(en pourcentage)

	PLF et PLFSS pour 2022	1 ^{er} PLFR pour 2022	PSTAB 2023-2027	PLF et PLFSS pour 2023
Produit intérieur brut (PIB)	+ 4,0 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,7 %
Masse salariale (3)	+ 6,1 %	+ 8,5 %	+ 8,5 %	+ 8,6 %
Indice des prix à la consommation (IPC)	+ 1,5 %	+ 5,0 %	+ 5,0 %	+ 5,3 %
Consommation des ménages	+ 7,0 %	+ 2,8 %	+ 2,8 %	+ 2,5 %
Investissement des entreprises	+ 5,1 %	+ 2,0 %	+ 2,0 %	+ 1,4 %
Investissement public	+ 2,3 %	+ 7,8 %	+ 7,8 %	+ 6,7 %
Demande mondiale adressée à la France	+ 4,9 %	+ 5,2 %	<i>n. c.</i>	+ 5,5 %

Source : commission des finances d'après les PLF et PLFSS pour 2022 et 2023, le 1^{er} PLFR pour 2022 et le PSTAB.

(1) Avis n° 2021-4 du 17 septembre 2021 relatif aux PLF et PLFSS pour 2022.

(2) Exposé des motifs du projet devenu la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022.

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

Conformément à l'article 14 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques (LOPGFP) – entre temps abrogée –, le HCFP s'est prononcé sur ces hypothèses au début ⁽¹⁾ et à la fin du mois de juillet dernier ⁽²⁾, puis, conformément au IV de l'article 61 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) à la fin du mois de septembre dernier ⁽³⁾.

Les principales conclusions de son dernier avis sont rappelées *infra*.

Inévitablement, le réajustement des perspectives économiques porte une incidence sur les finances sociales :

– d'un côté, les recettes inscrites dans le PLFSS reposent en grande partie sur l'activité, *via* les rémunérations au titre de la CSG, ou *via* la consommation s'agissant de la TVA ;

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

2. Le solde rectifié pour les régimes obligatoires de base en 2022

L'article 3 du PLFSS indique qu'à la fin de l'année en cours, les ROBSS et le FSV seraient en **déficit** à hauteur de 19,2 milliards d'euros et de **17,8 milliards d'euros** une fois retraité l'excédent du FSV – le premier depuis 2008.

Un tel résultat demeure défavorable mais marque une amélioration de 5,6 milliards d'euros par rapport à 2021 et de 3,6 milliards d'euros par rapport à la projection de la LFSS pour 2022.

SOLDE DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2022

(en milliards d'euros)

	Projection LFSS pour 2021	Prévision LFSS pour 2022	Rectification PLFSS pour 2023
Maladie	- 18,2	- 19,1	- 20,3
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,2	+ 1,5	+ 2,0
Vieillesse	- 7,6	- 3,0	- 3,0
Famille	+ 1,6	+ 1,9	+ 2,6
Autonomie	- 0,5	- 1,1	- 0,5
Régimes obligatoires de base	- 23,5	- 19,7	- 19,2
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,7	- 1,7	+ 1,3
ROBSS + FSV	- 25,2	- 21,4	- 17,8

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2021 et 2022 et du PLFSS pour 2023.

La branche maladie aurait à elle seule un déficit de 20,3 milliards d'euros, minoré de 5,8 milliards d'euros par rapport à la prévision de la LFSS pour 2021 mais creusé de 1,2 milliard d'euros par rapport à celle de la LFSS pour 2022.

(1) Avis n° 2022-2 relatif au premier PLFR pour 2022.

(2) Avis n° 2022-3 relatif au PSTAB pour les années 2022 à 2027.

(3) Avis n°s 2022-4 relatif aux PLF et PLFSS pour 2023 et 2022-5 relatif au PLFP pour les années 2023 à 2027.

3. Un supplément de recettes plus important que celui des dépenses

Le PLFSS pour 2023 indique que les recettes des ROBSS et du FSV représenteraient 571,7 milliards d’euros en 2022, soit 22,5 milliards d’euros de plus que la prévision, tandis que les dépenses s’élèveraient à 589,6 milliards d’euros, soit 19 milliards d’euros au-dessus de la cible de la dernière LFSS.

Par rapport à l’exercice 2021, les recettes progressent de 28,7 milliards d’euros, compensant le surcroît de dépenses à hauteur de 22,3 milliards d’euros.

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

(en milliards d’euros)

	PLFSS pour 2023 (rectification)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	221,6	241,9	- 20,3
Accidents du travail et maladies pro.	16,2	14,2	+ 2,0
Vieillesse	258,9	261,9	- 3,0
Famille	53,5	50,9	+ 2,6
Autonomie	34,9	35,4	- 0,5
Régimes obligatoires de base	570,1	589,3	- 19,2
Fonds de solidarité vieillesse	19,3	18,0	+ 1,3
ROBSS + RSV	571,7	589,6	- 17,8

Source : commission des finances d’après l’annexe B du PLFSS pour 2023.

● Au cœur de la crise liée à l’épidémie de covid-19, la LFSS pour 2021 envisageait une croissance de 6,3 % des **recettes** entre 2020 et 2021, puis de 3,5 % entre 2021 et 2022.

La LFSS pour 2022 avait respectivement ajusté ces perspectives dans le sens d’une progression de 7 % puis de 3,2 %. Les révisions du PLFSS pour 2023 font état d’un vif ressaut des recettes à hauteur de 9,2 % entre 2020 et 2021, puis de 5,3 % entre 2021 et 2022.

D’un côté, tiré par une masse salariale et un salaire moyen en hausse de 8,4 % et 5,3 %, le rendement des cotisations devrait cette année croître de 5,9 %.

Il en irait de même pour les impositions de toutes natures affectées à la sécurité sociale : le produit de la CSG assise sur les revenus d’activité de 6,7 % – voire de 7,8 % et 8,2 % en ne retenant pour ces deux recettes que l’assiette des salaires du secteur privé –, celui de la CSG assise sur les revenus du capital de 9,2 %, celui de la CSG assise sur les revenus de remplacement de 2,6 %, celui de la taxe sur les salaires de 7,3 %, et celui de la TVA de 5,1 %.

De l’autre, les accises sur les tabacs reculeraient de 5,5 % et « l’effet favorable sur les recettes du dynamisme de la masse salariale en 2022 sera atténué par les effets du remplacement de la prime exceptionnelle pour le pouvoir d’achat ⁽¹⁾ »

(1) Article 1^{er} de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d’urgence économiques et sociales ; article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ; article 3 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 ; article 4 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021.

par la prime de partage de la valeur ⁽¹⁾ : triplement du montant maximal de la prime exonérée de prélèvements sociaux et renforcement de l'exonération (en 2022 et en 2023, exonération de tout prélèvement fiscal et social pour l'employeur et le salarié jusqu'à trois SMIC mensuels et social à partir de ce seuil) ».

• Les **dépenses**, analysées dans la seconde partie du présent rapport pour avis, croissent de 3,9 % en 2022 (au lieu des prévisions de 1,5 % et de 0,8 % au titre des LFSS pour 2021 et 2022).

Elles sont marquées :

– par un reflux des charges liées à l'épidémie de covid-19 (11,5 milliards d'euros, contre 18,3 milliards d'euros en 2021) ;

– par le déploiement du « Ségur de la santé » ;

– d'après l'annexe B du PLFSS, par « la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue en juillet 2022 et la compensation des effets de l'inflation sur les charges des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ».

DÉCOMPOSITION, POUR LE RG ET LE FSV, DES ÉCARTS EN 2022 AUX PRÉVISIONS DE LA LFSS POUR 2022

(en milliards d'euros)

	LFSS pour 2022
Prévision de solde pour 2022 (1)	- 20,4
	Écart à la LFSS pour 2022
Sous-total des recettes (2)	+ 15,6
Dont cotisations sur les revenus d'activité *	+ 10,1
Dont provisionnement	+ 1,2
Dont recettes fiscales **	+ 4,5
Sous-total des dépenses (3)	- 12,0
Dont prestations sociales	- 11,4
	Dont ONDAM ***
	- 8,0
	Dont revalorisation anticipée
	- 3,7
Ensemble des révisions (4) = (2) + (3)	+ 3,6
Solde actualisé (1) + (4)	- 16,8

Note : * en 2022, les recettes sur revenus d'activité sont majorées par un effet retour de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 3,5 points au 1^{er} juillet ; ** en 2022, les recettes de CSG remplacement sont majorées par un effet retour de la revalorisation anticipée des pensions de 4 % au 1^{er} juillet ; *** l'ONDAM pour 2022 contient les dépenses supplémentaires liées à la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 3,5 points au 1^{er} juillet.

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

• L'ACOSS ⁽²⁾ a indiqué au cours de son audition par le rapporteur pour avis avoir connu en 2022 une « année charnière » compte tenu du passage à des taux d'emprunts positifs au mois de septembre : son résultat financier, c'est-à-dire

(1) Article 1^{er} de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(2) Depuis janvier 2021, l'ACOSS utilise le nom de Caisse nationale des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dans son seul rôle de tête de réseau de ces unions, sans changement des textes normatifs concernant l'établissement.

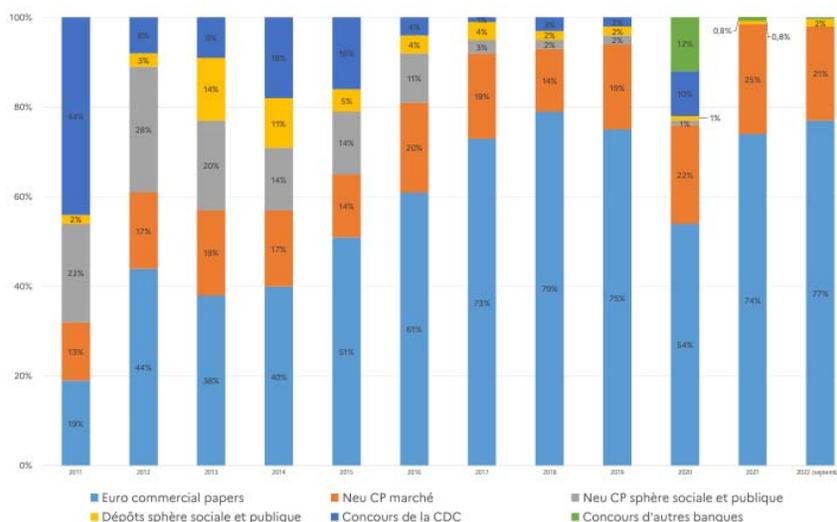
la différence entre ses produits et ses charges financières, est estimé à 60 millions d'euros, avec un taux d'intérêt moyen de - 0,25 %.

Établi à - 31,9 milliards d'euros au 1^{er} janvier 2022, le solde de trésorerie du régime général se résorberait à - 12,9 milliards d'euros au 31 décembre, avec une moyenne ressortant à - 23,5 milliards d'euros.

Bénéficiant d'un plafond d'emprunt de 65 milliards d'euros, l'ACOSS a souscrit un pré-emprunt de 15 milliards d'euros pour couvrir un mois de dépenses à tout moment et devrait achever l'exercice autour de 40,6 milliards d'euros.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DE FINANCEMENT DE L'ACOSS DE 2011 À 2022

(en pourcentage)



Source : réponses de l'ACOSS au questionnaire du rapporteur pour avis.

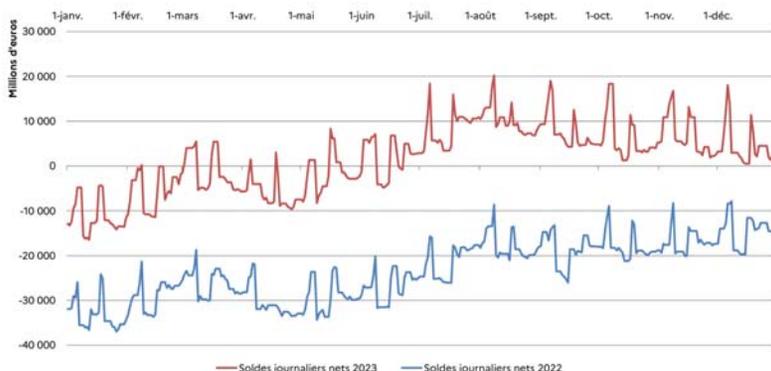
PRINCIPALES DONNÉES DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS (POUR LE RG) DE 2014 À 2022

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (p)
Solde net moyen de trésorerie	-22,2 Md€	-26,4 Md€	-19,9 Md€	-19,1 Md€	-18,2 Md€	-18,9 Md€	-42,5 Md€	-44,2 Md€	-23,5 Md€
Point haut annuel net	-11,1 Md€ le 7 février	-16,2 Md€ le 6 août	-11,5 Md€ le 6 octobre	-7,3 Md€ le 7 février	-4,5 Md€ le 7 novembre	-9,0 Md€ le 6 août	-11,6 Md€ le 6 mars	-30 Md€ le 24 décembre	-7,9 Md€ le 6 août
Point bas annuel net	-29,6 Md€	-32,8 Md€	-33,4 Md€	-27,3 Md€	-26,8 Md€	-25,5 Md€	-60,4 Md€	-57,0 Md€	-36,9 Md€
Encours maximum mobilisé	32,1 Md€	35,1 Md€	37,8 Md€	32,7 Md€	34,8 Md€	33,1 Md€	89,7 Md€	79,7 Md€	58,0 Md€
Résultat net de trésorerie	-27,9 M€	16,4 M€	91,7 M€	125,7 M€	118,9 M€	119,9 M€	143,4 M€	271,3 M€	60 M€

Note : l'encours maximum mobilisé ou point bas en « brut » comprend tous les financements mobilisés, y compris l'immobilisation de sommes sur des comptes de secours pour pallier d'éventuels incidents, ainsi que les sommes liées aux « surémissements », notamment en amont de l'échéance des pensions.

Source : réponses de l'ACOSS au questionnaire du rapporteur pour avis.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DU PROFIL DE TRÉSORERIE DU RG EN 2022 ET 2023
(en millions d'euros)



Source : annexe III du PLFSS pour 2023.

D. DES ORIENTATIONS RÉALISTES POUR 2023 ET AU DELÀ

Le niveau de la croissance (1) permet d’anticiper une amélioration relative de la situation des régimes obligatoires de base pour l’année à venir (2), puis un scénario dans lequel elle se dégraderait les trois années suivantes (3).

1. Une activité économique résiliente malgré de fortes incertitudes

Selon le Gouvernement, « en moyenne annuelle, l’activité [en 2022] progresserait de 2,7 %, une prévision revue à la hausse [depuis le premier] PLFR [pour] 2022 du fait des bons résultats du deuxième trimestre qui ont porté l’acquis à 2,5 % ; [...] en 2023, la croissance de l’activité serait ramenée à 1,0 % ».

HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DU GOUVERNEMENT POUR 2020 À 2027

(en pourcentage ; sauf mention contraire)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Évolution du PIB	- 7,9 %	+ 6,8 %	+ 2,7 %	+ 1,0 %	+ 1,6 %	+ 1,7 %	+ 1,7 %	+ 1,8 %
Évol. du PIB potentiel	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %	+ 1,35 %
IPC hors tabac (IPCHT)	+ 0,2 %	+ 1,6 %	+ 5,4 %	+ 4,3 %	+ 3,0 %	+ 2,1 %	+ 1,75 %	+ 1,75 %
Solde commercial								
Importations	- 13,0 %	+ 7,8 %	+ 6,6 %	+ 2,5 %				
Exportations	- 17,0 %	+ 8,6 %	+ 6,8 %	+ 2,7 %				
Demande intérieure								
Invest. des ménages	- 11,9 %	+ 17,0 %	+ 1,5 %	- 0,9 %				
Conso. des ménages	- 6,8 %	+ 5,2 %	+ 2,5 %	+ 1,4 %				
Pouvoir d’achat	+ 0,2 %	+ 2,3 %	=	+ 0,9 %				
Invest. des entreprises	- 6,9 %	+ 11,4 %	+ 1,4 %	+ 0,9 %				
Investissement public	- 5,4 %	+ 2,7 %	+ 6,7 %	- 1,6 %				
Taux d’épargne								
Ménages	20,9 %	18,7 %	16,7 %	16,3 %				
Entreprises	21,9 %	26,9 %	23,3 %	23,8 %				
Taux de marge	31,8 %	34,3 %	31,9 %	32,1 %				
Salaire moyen par tête	- 4,4 %	+ 5,5 %	+ 5,5 %	+ 4,2 %				
Masse salariale	- 6,0 %	+ 8,7 %	+ 8,6 %	+ 5,0 %	+ 3,9 %	+ 3,6 %	+ 3,4 %	3,4 %

Source : rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation pour 2023⁽¹⁾.

(1) Le RESF est joint au PLF en application de l’article 50 de la LOLF.

Le HCFP juge « plausible » l'hypothèse d'une croissance pour 2022. À l'inverse, il estime que celle pour 2023 est « supérieure à celle de la majorité des prévisionnistes du fait de plusieurs hypothèses fragiles, [donc] un peu élevée » celle pour 2023. La cible d'inflation est tenue pour « crédible » pour 2022 et 2023.

Vue comme « plausible » par le HCFP, la prévision de croissance pour la masse salariale du secteur privé résulte de la combinaison de la variation des effectifs salariés marchands (+ 2,9 % puis + 0,7 %) et de celle du salaire moyen par tête, à propos de laquelle l'organisme indépendant note que « les tensions sur le marché du travail donnent un pouvoir de négociation important aux salariés ».

Une variation d'un point de la masse salariale génère conventionnellement un surcroît ou un recul de 2,2 milliards d'euros sur les recettes des ROBSS ⁽¹⁾.

HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES DE LA BANQUE DE FRANCE POUR 2020 À 2024

(en pourcentage et en valeur)

	2020	2021	2022	2023	2024
Évolution du PIB	- 7,9 %	+ 6,8 %	+ 2,6 %	+ 0,5 %	+ 1,8 %
IPC harmonisé (IPCH)	+ 0,5 %	+ 2,1 %	+ 5,8 %	+ 4,7 %	+ 2,7 %
Solde commercial					
<i>Importations</i>	- 13,0 %	+ 7,8 %	+ 8,1 %	+ 6,2 %	+ 5,4 %
<i>Exportations</i>	- 17,0 %	+ 8,6 %	+ 7,8 %	+ 3,8 %	+ 3,9 %
Demande intérieure					
<i>Investissement des ménages</i>	- 11,9 %	+ 17,0 %	+ 1,5 %	- 1,0 %	- 0,9 %
<i>Consommation des ménages</i>	- 6,8 %	+ 5,2 %	+ 2,8 %	+ 0,6 %	+ 1,7 %
<i>Pouvoir d'achat</i>	+ 0,2 %	+ 2,3 %	- 0,3 %	+ 0,2 %	+ 1,6 %
<i>Investissement des entreprises</i>	- 7,9 %	+ 11,6 %	+ 1,8 %	+ 1,0 %	+ 1,7 %
<i>Investissement public</i>	- 5,4 %	+ 2,7 %	+ 5,1 %	- 3,6 %	+ 1,2 %
Taux d'épargne					
<i>Ménages</i>	21,0 %	18,7 %	16,2 %	15,8 %	15,7 %
<i>Entreprises</i>	<i>n. c.</i>				
Taux de marge	31,8 %	34,2 %	32,3 %	31,1 %	31,6 %
Salaire moyen par tête	- 5,2 %	+ 3,8 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %	+ 2,1 %
Taux de chômage	8,1 %	7,4 %	7,3 %	7,8 %	8,1 %

Source : projections macroéconomiques de la Banque de France (15 septembre 2022).

Pour 2023, compte tenu des « incertitudes liées à l'évolution de la guerre russe en Ukraine », la Banque de France retient deux fourchettes : l'évolution du PIB se situerait entre une croissance de 0,8 % et une récession de 0,5 % (avec un scénario central prévoyant une croissance de 0,5 %) ; l'inflation ⁽²⁾ devrait s'établir entre de 4,2 % et 6,9 % (avec un scénario central prévoyant une inflation de 4,7 %).

(1) CCSS, Résultats pour 2021 et prévisions pour 2022-2023 (volume 1), 27 septembre 2022.

(2) L'IPCH, suivant lequel s'exprime la Banque de France, permet d'apprécier les exigences en matière de stabilité des prix à l'échelle européenne (comparabilité entre les différents indices nationaux).

Les différences essentielles avec l'IPC de l'INSEE tiennent au fait que seule la part des dépenses de protection sociale et d'éducation à la charge du consommateur y sont prises en considération et que le poids de l'énergie y est plus important, ce qui a pour effet de pondérer de façon différente la part respective des différentes catégories de dépense des ménages.

HYPOTHÈSE MACROÉCONOMIQUES DES INSTITUTS DE PRÉVISION POUR 2022 ET 2023

(en pourcentage)

	2022		2023	
	PIB	IPC	PIB	IPC
OCDE	+ 2,4 %	+ 5,2 %	+ 1,4 %	+ 4,5 %
Commission européenne	+ 2,4 %	<i>n. c.</i>	+ 1,4 %	<i>n. c.</i>
Fonds monétaire international	+ 2,3 %	<i>n. c.</i>	+ 1,0 %	<i>n. c.</i>
INSEE	+ 2,6 %	+ 5,3 %	<i>n. c.</i>	<i>n. c.</i>
Rexecode	+ 2,6 %	+ 5,3 %	=	+ 4,8 %
<i>Consensus forecast</i>	+ 2,5 %	+ 5,5 %	+ 0,6 %	+ 3,6 %
Banque de France	+ 2,5 %	+ 5,2 %	+ 0,5 %	+ 4,7 %
OFCE	+ 2,6 %	+ 5,2 %	+ 0,6 %	+ 4,5 %

Note : le chiffrage de l'inflation par la Banque de France, repose sur l'IPCH, à l'inverse des autres, qui retiennent l'IPC.

Sources : notes de conjoncture de l'OCDE (8 juin 2022), de la Commission européenne (14 juillet 2022), du FMI (26 juillet 2022), de l'INSEE (7 septembre 2022), de Rexecode (9 septembre 2022), du Consensus forecast (12 septembre 2022), de la Banque de France (14 septembre 2022) et de l'OFCE (14 septembre 2022).

Le rapporteur pour avis estime nécessaire de continuer à soutenir le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises et, en même temps, de conserver un cap clair quant aux réformes structurelles, favorables à la croissance.

2. Le solde prévisionnel pour les régimes obligatoires de base en 2023

L'article 12 du PLFSS envisage que les cinq branches des ROBSS enregistrent en 2023 un déficit de 7,6 milliards d'euros, réduit à 6,8 milliards d'euros en y agrégeant le résultat positif du FSV.

SOLDE DES BRANCHES DU ROBSS ET DU FSV EN 2023

(en milliards d'euros)

	Projection LFSS pour 2021	Projection LFSS pour 2022	Prévision PLFSS pour 2023
Maladie	- 17,6	- 13,0	- 6,5
Accidents du travail et maladies pro.	+ 1,5	+ 1,8	+ 2,2
Vieillesse	- 8,9	- 5,0	- 3,5
Famille	+ 2,6	+ 3,8	+ 1,3
Autonomie	- 0,3	- 1,2	- 1,2
Régimes obligatoires de base	- 22,7	- 13,6	- 7,6
Fonds de solidarité vieillesse	- 1,2	- 1,2	+ 0,8
ROBSS + FSV	- 23,9	- 14,7	- 6,8

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2021 et 20222 et du PLFSS pour 2023.

Comme au cours des deux exercices précédents, la résorption du déficit serait assurée grâce à une progression des recettes plus importantes que celle des dépenses, avec respectivement +23,3 milliards d'euros (+ 4,1 %) et 12,2 milliards d'euros (+ 2,1 %) par rapport à 2022.

Malgré la reprise de 1,3 milliard d'euros de passifs par la CADES en 2021, la CNRACL serait déficitaire de 1,2 milliard d'euros en 2021, puis 2 milliards d'euros en 2022 et 2,5 milliards d'euros en 2023 : la Cour des comptes y voit une « situation de plus en plus préoccupante », car la couverture de ses besoins par des emprunts de l'ACOSS est une « solution qui ne peut être durable ».

RECETTES ET DÉPENSES DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV EN 2023*(en milliards d'euros)*

	PLFSS pour 2023 (prévision)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	231,8	238,3	- 6,5
Accidents du travail et maladies pro.	17,0	14,8	+ 2,2
Vieillesse	269,8	273,3	- 3,5
Famille	56,7	55,3	+ 1,3
Autonomie	36,	37,3	- 1,2
Régimes obligatoires de base	593,8	601,4	- 7,6
Fonds de solidarité vieillesse	20,1	19,3	+ 0,8
ROBSS + FSV	595,0	601,8	- 6,8

Source : commission des finances d'après les annexes B des LFSS pour 2021 et 2022 et du PLFSS pour 2023.

Par rapport à 2022, les recettes des ROBSS et du FSV progresseraient en 2023 plus vite que ses dépenses, avec une hausse respective de 4,1 % et 2,1 %. La principale source de la modération des dépenses est que le PLFSS pour 2023 envisage une quasi-disparition des effets de la crise épidémique, la provision passant de 11,5 milliards d'euros en 2022 à 1 milliard d'euros en 2023, dont 600 millions d'euros pour la vaccination et 400 millions d'euros pour les tests. Pour le HCFP, cette enveloppe « *risque de se révéler très insuffisante* ».

3. Une consolidation progressive dans les années à venir

Cette variation favorable ne se reproduirait pas dans les années ultérieures, avec des recettes et des dépenses qui croîtraient respectivement de 3,9 % et 4,2 % en 2024, puis 3,1 % et 3,7 % en 2025 et enfin 3 % et 2,8 % en 2026.

À choix politiques et à besoins de la population constants, il faut y voir la trace de l'inflation, qui gonfle les prestations tout en conduisant à une évolution de la masse salariale est plus lente que celle du PIB nominal.

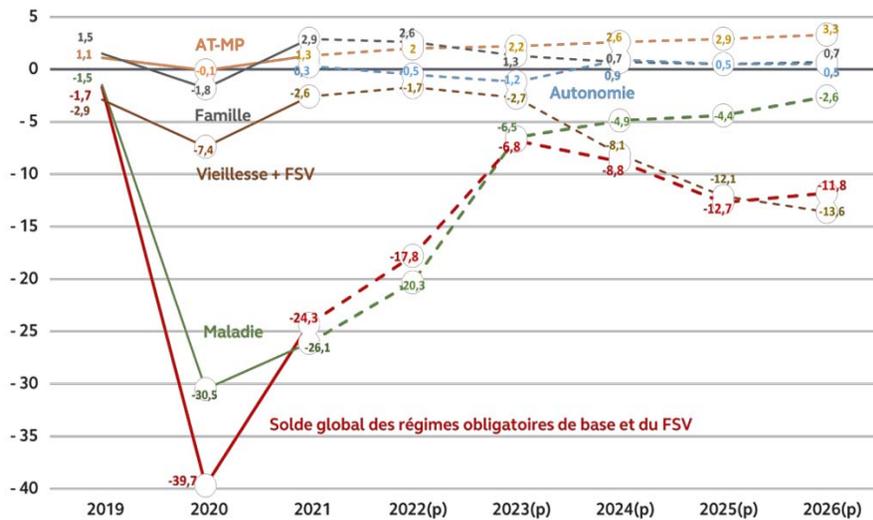
Les trajectoires seraient contrastées, avec pour les branches AT-MP, famille et autonomie un excédent modeste mais régulier, pour la branche maladie un déficit divisé par douze sur la période 2020-2026 et un bloc composé de la branche vieillesse et du FSV qui contribuerait à lui seul pour 115 % du déficit.

La Cour des comptes regrette toutefois que « *les éléments d'information de l'annexe B du PLFSS pour 2023 ne permettent pas d'appréhender les situations hétérogènes propres au régime général (salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants), le plus important, à la CNRACL, qui connaît la dégradation la plus marquée, aux autres régimes qui doivent assurer leur équilibre financier et aux régimes pour lesquels l'équilibre est au contraire assuré par le budget de l'État (fonctionnaires de l'État et la plupart des régimes spéciaux) et dont le solde est par conséquent nul ; de manière générale, les facteurs explicatifs de l'évolution prévisionnelle des dépenses de retraite ne sont pas précisés* »⁽¹⁾.

(1) Cour des comptes, op cit.

SOLDE PRÉVISIONNEL DES BRANCHES DES ROBSS ET DU FSV POUR 2019 À 2026

(en milliards d'euros)



Source : Cour des comptes.

E. UNE GESTION RESPONSABLE DE LA DETTE

Répartie entre deux compartiments **(1)**, la dette sociale voit ses perspectives d'apurement en 2033 conditionnées à l'évolution de marchés **(2)**.

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

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

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

La première mission de l'ACOSS est la gestion centralisée des ressources du régime général : l'agence tient la trésorerie des cinq branches, porte une partie des déficits sociaux accumulés, pilote le réseau des URSSAF et verse à la CADES les ressources qui lui sont affectées (*cf. infra*).

L'ACOSS couvre ses besoins de financement par des emprunts auprès de banques ou de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et par des émissions de court terme sur les marchés.

Aux termes de l'**article 14 du PLFSS**, cette habilitation à recourir à des ressources non permanentes sera plafonnée à 45 milliards d'euros au cours de l'année 2023, soit un plafond diminué de près d'un tiers par rapport à celui de 2022 et de près de moitié par rapport à celui de 2021.

La remontée des taux d'intérêt ramènerait son résultat financier à - 34 millions d'euros en 2023 avec l'hypothèse d'une moyenne à cent points de base, contre + 60 millions d'euros en 2022.

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.

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

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

– l’intégralité du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), pour un montant estimé à 7,9 milliards d’euros en 2021, 8,4 milliards d’euros en 2022 et 8,7 milliards d’euros en 2023 ⁽²⁾ ;

– le produit d’une fraction de 0,6 point de la 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 8,9 milliards d’euros en 2021, 9,5 milliards d’euros en 2022 et 9,9 milliards d’euros en 2023 ⁽³⁾ ;

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

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

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES RESSOURCES DE LA CADES DE 2020 À 2025

(en milliards d’euros)



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

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

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

(2) Tome I de l’évaluation Voies et moyens annexée au PLF pour 2023.

(3) Ibid.

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

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

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

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

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

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

CHRONIQUE DES TRANSFERTS EFFECTIFS DE DETTE À LA CADES DE 1996 À 2022

(en milliards d’euros)

Année de reprise de dette	Dette reprise cumulée	Amortissement annuel	Amortissement cumulé	Situation nette de l’année
1996	23 249	2 184	2 184	-21 065
1997	25 154	2 907	5 091	-20 063
1998	40 323	2 444	7 535	-32 788
1999	42 228	2 980	10 515	-31 713
2000	44 134	3 226	13 741	-30 393
2001	45 986	3 021	16 762	-29 224
2002	48 986	3 227	19 989	-28 997
2003	53 269	3 296	23 285	-29 984
2004	92 366	3 345	26 630	-65 736
2005	101 976	2 633	29 263	-72 713
2006	107 676	2 815	32 078	-75 598
2007	107 611	2 578	34 656	-72 955
2008	117 611	2 885	37 541	-80 070
2009	134 611	5 260	42 801	-91 810
2010	134 611	5 135	47 936	-86 675
2011	202 378	11 678	59 614	-142 764
2012	209 026	11 949	71 563	-137 463
2013	216 745	12 443	84 006	-132 739
2014	226 887	12 717	96 723	-130 164
2015	236 887	13 513	110 236	-126 651
2016	260 496	14 426	124 662	-135 834
2017	260 496	15 044	139 706	-120 790
2018	260 496	15 444	155 150	-105 346
2019	260 496	16 253	171 403	-89 093
2020	280 496	16 089	187 492	-93 004
2021	320 496	17 813	205 305	-115 191
2022 (prévisionnel)	360 496	18 571	223 876	-136 620
2023 (prévisionnel)	396 496	17 727	241 604	-154 892

Source : commission des comptes de la sécurité sociale.

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

2. Un horizon repoussé en raison de nouveaux transferts

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

a. Le cadre constitutionnel

L'adoption d'une loi organique est indispensable afin de repousser le terme d'amortissement prévisionnel de la dette sociale et, par conséquent, la date d'extinction de la caisse et de perception de la CRDS.

Fixée à 2009 lors de son institution (*cf. supra*), la durée de vie de la CADES a 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 ⁽¹⁾.

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 ⁽²⁾ 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 ⁽³⁾.

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

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

Il distingue trois échéances de transfert :

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

– 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 ;

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

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

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

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

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

RÉPARTITION DES NOUVEAUX TRANSFERTS DE DETTE À LA CADES

(en milliards d’euros)

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

Source : commission des finances.

L’article 3 de la loi du 7 août 2020 a modifié l’article L. 131-8 du code de la sécurité sociale de sorte qu’à compter de 2024, la fraction de CSG – sauf celle sur le produit des jeux – affectée à la CADES soit ramenée à 0,45 point. Son article 4 a supprimé, à l’article L. 135-6 du même code, le terme de 2024 pour le versement annuel du FRR (à hauteur de 2,1 milliards d’euros) et abaissé son montant à 1,45 milliard d’euros à compter de 2025.

c. La cible d’une extinction en 2033 tributaire des conditions de marché

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

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

Au cours de son audition, le président de la CADES a confirmé qu’avaient été repris 20 milliards d’euros en 2020 puis 40 milliards d’euros supplémentaires en 2021 et la même somme en 2022. Ces transferts couvriront les 31 milliards d’euros de passifs antérieurs à la crise (plus 200 millions d’euros d’anticipation), 10 des 13 milliards d’euros de dette hospitalière et 58,8 milliards d’euros de déficits prévisionnels. Sur ce dernier point, la somme de 92 milliards d’euros pourrait être

insuffisante de 6,9 milliards d’euros si les déficits correspondaient à l’estimation cumulée de la CCSS, soit 98,7 milliards d’euros entre 2020 et 2023.

Les émissions de 2021 s’élèvent à 39,4 milliards d’euros, dont 36 milliards d’euros à travers des emprunts de référence (quatre opérations en euros pour 18 milliards d’euros, cinq opérations en dollars pour l’équivalent de 16,3 milliards d’euros et une opération en livres sterling pour l’équivalent de 1,7 milliard d’euros) et 3,4 milliards d’euros à travers des emprunts de diversification. Le programme d’émission pour 2022 comprend 26,9 milliards d’euros en référence (dont 5,9 milliards d’euros en dollars) et 2,1 milliards d’euros en diversification.

EMPRUNTS DE RÉFÉRENCE CLÔTURÉS PAR LA CADES EN 2022

	Montant	Marché	Livre d’ordres *	Maturité	Taux **	Social bonds
12 janvier	6,0 Md€	Euro	26,5 Md€ (285)	2032	0,465 %	58 %
19 janvier	3,0 Md€	Dollar	4,25 Md€ (53)	2032	2,125 %	15 %
9 février	2,0 Md€	Euro	2,5 Md€ (70)	2029	0,635 %	54 %
26 avril	5,0 Md€	Euro	25,0 Md€ (255)	2032	1,561 %	62 %
10 mai	3,5 Md€	Dollar	6,3 Md€ (97)	2025	3,000 %	31 %
24 août	3,0 Md€	Euro	5,5 Md€ (108)	2027	1,880 %	51 %
20 septembre	5,0 Md€	Euro	11,5 Md€ (170)	2032	2,834 %	64 %

Note : * Figure entre parenthèse le nombre d’investisseurs. – ** Les taux retenus pour les émissions des 19 janvier et 10 mai sont celui du coupon, sans prendre en compte l’écart au prix de revente fixe hors commission (reoffer).

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

Se confirment le retour de la CADES sur le marché à long terme, ainsi que l’appétence des donneurs d’ordres pour les *social bonds* ⁽¹⁾, qui permettent de choisir moins d’investisseurs spéculatifs. En 2022, les banques ont acquis 37,8 % des titres, contre 31,7 % pour les banques centrales et acheteurs officiels, 28,7 % pour les investisseurs institutionnels (fonds de pension, etc.) et 1,8 % pour les autres porteurs. Les investisseurs opéraient à 51,2 % depuis la zone euro, 21,7 % depuis l’Europe hors zone euro – de sorte que la part de l’Europe a progressé de 7,9 points entre 2021 et 2022 –, 19,6 % depuis l’Asie et le Pacifique, 6,1 % depuis l’Amérique et 1,5 % depuis l’Afrique et le Moyen-Orient.

L’**article 1^{er} du PLFSS** approuve à 17,8 milliards d’euros le montant de la dette amortie par la CADES en 2021. L’**article 3** rectifie à 18,6 milliards d’euros l’objectif d’amortissement en 2022. L’**article 13** fixe à 17,7 milliards d’euros l’objectif pour 2023, avec une charge d’intérêt respectivement estimée à 1,2 milliard d’euros, 1,4 milliard d’euros et au maximum 2 milliards d’euros pour ces exercices.

Ainsi, à la fin de 2023, auraient été amortis 241,6 milliards d’euros depuis la création de la CADES et resteraient à amortir 54,9 milliards d’euros. L’on peut noter que « dans un scénario médian, [...], la CADES amortirait au cours de l’année 2032 l’intégralité de la dette qui lui aura été transférée ; selon un scénario plus optimiste à 5 % de risque, la CADES pourrait amortir l’intégralité de la dette en 2031, contre 2033 pour un scénario plus pessimiste à 95 % de risque » ⁽²⁾

(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 émet également de tels titres depuis 2020.

(2) CCSS, op. cit (volume 2).

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

L'année 2023 sera marquée par des mesures au profit du pouvoir d'achat et de la santé des particuliers **(A)** et de l'activité des professionnels **(B)**. Sont aussi révisés certains seuils d'imposition de l'industrie pharmaceutique **(C)** et certains outils de lutte contre la fraude aux cotisations et aux prestations **(D)**.

Il est rappelé que sont attendues en 2023 des recettes de 593,8 milliards d'euros au titre des ROBSS et de 595 milliards d'euros avec le FSV.

A. LE SOUTIEN AUX PARTICULIERS

Le levier des prélèvements sociaux est mobilisé pour réduire les frais que doivent engager les ménages ayant recours à des services à domicile **(1)** et pour lutter contre les externalités négatives de l'inflation sur le prix relatif du tabac, qui demeure une des principales causes de maladie et de décès dans notre pays **(2)**.

1. L'avance du crédit d'impôt pour les services à la personne

Avec le vieillissement de la population, les aides à la personne forment un secteur de plus en plus utile : d'après l'annexe IX du PLFSS, alors qu'ils n'étaient encore que 3,4 millions en 2019, 4 millions de particuliers (dont 2,8 millions *via* des prestataires et 1,2 million directement, la proportion s'étant inversée dans l'intervalle) emploient 1,3 million de salariés, ce qui représente 850 millions d'heures de travail et une masse salariale de 11 milliards d'euros.

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

De longue date, les pouvoirs publics soutiennent ce secteur, tant par des subventions que des allègements fiscaux et sociaux :

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

– l'État accorde un crédit d'impôt sur le revenu (IR) à hauteur de 4,8 milliards d'euros pour tous ces services ⁽¹⁾ et un autre à hauteur de 1,1 milliard d'euros pour la garde d'enfants ;

(1) L'article 3 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022 a sécurisé le champ des prestations ouvrant droit à cet allègement : la doctrine administrative (ancien paragraphe n° 80 de l'instruction n° BOI-IR-RICI-150-10, publiée au Bulletin officiel des finances publiques le 20 septembre 2017) admettait l'éligibilité des dépenses exposées en paiement de prestations réalisées à l'extérieur du

– des taux réduits de TVA s’appliquent, pour une dépense fiscale de l’ordre de 0,8 milliard d’euros ;

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

Il y a trois ans, le Gouvernement a décidé de « rendre immédiate la perception des aides applicables au secteur des services à la personne, de manière à ce que les dépenses acquittées par les particuliers tiennent compte directement des aides dont ils bénéficient, qu’elles soient fiscales ou sociales ».

En particulier, l’acompte de 60 % perçu avant le 1^{er} mars de l’année n au titre de l’année $n - 2$, institué avec le prélèvement à la source de l’IR pour le dispositif prévu à l’article 199 *sexdecies* du code général des impôts ⁽¹⁾, n’avait pas supprimé le décalage, allant de quelques semaines à un an et demi, entre le bénéfice des aides et le moment auquel les frais pour l’emploi d’un salarié à domicile étaient assumés par les ménages, même en cas de dépassement de leur reste à charge.

Pour supprimer l’avance de trésorerie des ménages, les LFSS pour 2020 puis pour 2022 ont posé des jalons (a) ; fort de l’expérience tirée de leur mise en œuvre, l’exécutif propose d’en ajuster les paramètres (b).

a. Un premier bilan encourageant

Avec le double objectif d’éviter ces décaissements des employeurs et de les inciter à déclarer leurs salariés, l’article 20 de la LFSS pour 2020 avait prévu une expérimentation auprès des particuliers volontaires à Paris et dans le Nord : pour le chèque emploi service universel (CESU +) et la garde d’enfant (PAJEMPLOI +), une plateforme dématérialisée de l’URSSAF soustrait immédiatement le montant de l’éventuel crédit d’impôt ou de l’éventuelle allocation de celui des salaires et des cotisations à prélever sur le compte en banque de l’assuré.

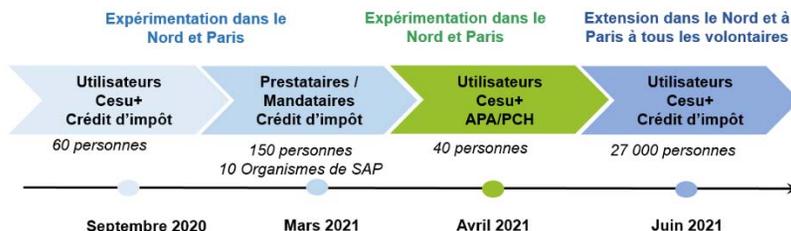
Grâce à des résultats techniques intéressants, par exemple sur la validation tacite des factures après deux jours ou la possibilité pour les particuliers de les contester, et malgré un déploiement pendant crise liée à l’épidémie de covid-19 qui avait empêché de « mesurer ses effets pour les bénéficiaires de l’APA et de la PCH », l’article 13 de la LFSS pour 2022 avait prévu une généralisation de cette expérimentation pour des publics plus larges et des territoires plus nombreux.

Les graphiques ci-après résument les échéances satisfaites depuis la LFSS pour 2020 ou prévues par la LFSS pour 2022 mais que le PLFSS aménage.

domicile, dès lors qu’elles étaient comprises dans une offre globale incluant un ensemble d’activités effectuées à domicile et d’activités accessoires, mais le juge administratif (Conseil d’État, 3^{ème} et 8^{ème} ch. réunies, 30 novembre 2011, Société Les Jardins d’Iroise d’Auch, req. n° 442046, concl. M. R. Victor, pub. au Recueil) avait annulé cette interprétation favorable pour excès de pouvoir au motif que « les commentaires attaqués ajout[ai]ent à la loi dont ils [avaient] pour objet d’éclairer la portée ».

(1) Ce crédit d’impôt sur le revenu institué en 2006 est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées, dans la limite de 12 000 euros par foyer, majorée de 1 500 euros par enfant à charge ou pour tout autre membre du foyer fiscal âgé de plus de 65 ans, sans pouvoir excéder 15 000 euros.

CALENDRIER EFFECTIF DE L'EXPÉRIMENTATION DE L'AVANCE DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR L'EMPLOI D'UN SALARIÉ À DOMICILE



Source : annexe IX du PLFSS.

CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE LA GÉNÉRALISATION DE L'AVANCE DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR L'EMPLOI D'UN SALARIÉ À DOMICILE



Source : annexe IX du PLFSS.

b. Des aménagements nécessaires

D'après l'annexe IX du PLFSS, « l'objectif initialement fixé de 100 000 utilisateurs au premier trimestre [2022] a été atteint très rapidement et près de 180 000 particuliers l'utilisaient à la fin du deuxième trimestre » mais cette progression soudaine a montré l'opportunité de préciser le cadre légal sur plusieurs points :

- son application aux prestataires organisés en réseau, avec une structure juridique de tête et d'autres intégrées ou franchisées à des degrés divers ;
- la fiabilité des échanges informatiques avec les départements ;
- la compétences des agents de contrôle des organismes de recouvrement ;
- le traitement respectif du crédit d'impôt pour la garde d'enfants de moins et de plus de six ans, car le droit à d'autres aides cesse après cet âge.

Si ce dernier volet peut être avancé de janvier 2024 à début 2023 (pour des dépenses exposées après septembre 2022), il est proposé pour les autres de prolonger l'expérimentation de l'avance, donc de reporter sa généralisation à une date fixée par décret tout en ne pouvant dépasser décembre 2024.

Les mouvements de trésorerie remboursés à l'ACOSS par l'État seraient de 1,3 milliard d'euros en 2023, mais ce chiffre dépend du rythme d'appropriation du dispositif par les particuliers, les départements et les entreprises.

2. La refonte de la fiscalité du tabac

L'article 8 du PLFSS renforce et harmonise les droits d'accises sur les produits tabagiques : alors que l'inflation conduit paradoxalement à baisser leur prix relatif, l'enjeu de santé public doit demeurer une priorité. Il convient de résumer l'enjeu (a), puis d'évoquer le nouveau schéma de revalorisation de l'accise (b), ainsi que trois harmonisations périmétriques (c).

a. Un régime fiscal particulier dont l'efficacité est perturbée par le contexte inflationniste

• Dans un rapport publié à la fin de la précédente législature, la commission des finances rappelle que « les produits du tabac sont soumis à un droit de consommation, correspondant à une accise due mensuellement par les fournisseurs et recouvrée par la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) composée de deux éléments : un droit spécifique, exprimé en valeur absolue en euros par millier d'unités (cigarettes, cigares et cigarillos) ou milliers de grammes (tabac à rouler et autres tabac à fumer) [et] un droit proportionnel, exprimé en fonction du prix de vente », étant entendu que leur montant cumulé ne peut être inférieur à un minimum de perception et que s'y ajoute un taux de TVA à 17,7 %.

À l'exception de ses fractions perçues en outre-mer et en Corse, 99,5 % du produit de l'accise est affecté à la branche maladie, sur le fondement du 1° de l'article L. 314-37 du code des impositions sur les biens et services et du 7° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale – le surplus bénéficiant au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac.

Compte tenu de son poids – 84,3 % du prix d'un paquet de cigarettes, avec une élasticité allant 0,4 à 0,7 entre 2000 et 2020 –, ce document concluait que « la fiscalité du tabac [est] l'outil le plus efficace pour réduire la prévalence tabagique », cause de « 13 % des décès survenus en France métropolitaine »⁽¹⁾.

L'annexe IX du PLFSS indique en particulier que le coût annuel des effets néfastes du tabac pour la sécurité sociale est de 20 à 26 milliards d'euros par an⁽²⁾, soit l'équivalent du chiffre d'affaires national de la filière⁽³⁾ mais plus d'une fois et demie le rendement des droits de consommation y afférents – à savoir 14,3 milliards d'euros en 2021 et 13,6 milliards d'euros en 2022 ; elle précise que plus de

(1) Rapport n° 4489 de M. le président Éric Woerth et Mme Zivka Park en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 29 septembre 2021.

(2) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Le coût social des drogues, septembre 2015.

(3) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Tabagisme et arrêt du tabac, avril 2022.

42 000 morts par an sont attribuables à des cancers provoqués par la fumée du tabac, ce qui interpelle vivement le rapporteur pour avis.

En cohérence avec les plans de mobilisation nationale contre le cancer pour les années 2003 à 2007 puis 2009 à 2023 (PMNC), le programme national de réduction du tabagisme pour les années 2014 à 2017 (PNRT), puis le programme national de lutte contre le tabac pour les années 2018 à 2022 (PNLT), l'article 17 de la LFSS pour 2018 a déjà rehaussé la fiscalité du tabac. Ces modifications, couplées à des campagnes de prévention, ont contribué selon les administrations compétentes à une baisse de 22 % des volumes mis à la consommation en France depuis 2017.

Il convient cependant de prévoir une nouvelle étape car le droit positif dispose que le minimum de perception et le tarif sont ajustés chaque 1^{er} janvier suivant l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCHT) de l'avant-dernière année par rapport à celle de leur exigibilité, dans la limite de 1,8 %. De la sorte, la revalorisation s'établirait à 1,6 % en 2023. Avec une hypothèse d'IPCHT de 5,4 % en 2022 et de 4,3 % en 2023, le prix du tabac baisserait donc en termes réels comparativement au reste du panier des ménages.

b. Une augmentation franche de l'accise

L'article 8 du PLFSS procède en deux étapes.

Au 1^{er} mars 2023, le tarif et le minimum de perception suivront l'IPCHT additionné de 2021 et de 2022, mais le taux sera stable (sauf pour le tabac à rouler), puis, à compter de 2024, le tarif et le minimum de perception suivront l'IPCHT prévu pour l'année précédente sur la base du rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation (RESF) annexé au projet de loi de finances.

Le cas échéant, ce tarif et ce minimum de perception seront régularisés l'année suivante, sans limitation dans le cas du tarif et dans la limite de 3 % pour le minimum de perception.

DÉTERMINANTS DES ACCISES SUR LES TABACS EN 2022 ET 2023

(en pourcentage et en euros par millier d'unités ou de grammes)

		2022	2023	Évolution
Cigares et cigarillos	Taux	36,3	36,3	=
	Tarif (unités)	48,7	52,1	+ 6,98
	Minimum (unités)	268,9	287,9	+ 7,07
Cigarettes	Taux	55,0	55,0	=
	Tarif (unités)	63,6	68,1	+ 7,08
	Minimum (unités)	336,7	360,5	+ 7,07
Tabac de fine coupe destiné au roulage	Taux	49,1	50,5	+ 2,85
	Tarif (grammes)	83,5	90,0	+ 7,78
	Minimum (grammes)	305,3	350,0	+ 14,64
Autres tabacs à fumer	Taux	51,4	51,4	=
	Tarif (grammes)	31,4	33,6	+ 7,01
	Minimum (grammes)	135,5	145,1	+ 7,08
	Taux	<i>s. o.</i>	51,4	<i>s. o.</i>

Tabac à chauffer (cf. infra)	Tarif (grammes)		44,0	
	Minimum (unités)		315,0	
Tabac à priser	Taux	58,1	58,1	=
Tabac à mâcher	Taux	40,7	40,7	=

Source : article L. 314-24 du code sur les impositions des biens et services ; annexe IX du PLFSS pour 2023.

Ce premier volet de la révision ferait passer le prix moyen pondéré (PMP) d'un paquet de 20 cigarettes de 10,16 euros en juillet 2022 à 10,68 euros en décembre 2023, 11 euros en décembre 2024 et 11,15 euros en décembre 2025.

c. Une adaptation de la fiscalité sur le tabac à chauffer et une harmonisation des dispositions spécifiques à la Corse

Le PLFSS tient compte de nouveaux profils de consommation du tabac et corrige la législation applicable en Corse ou la gestion des stocks.

- La fiscalité du tabac doit s'adapter aux pratiques des fumeurs.

Premièrement, l'annexe IX du PLFSS note que « si la cigarette reste encore le principal mode de consommation du tabac, la crise sanitaire et le confinement de 2020 ont également mis en lumière un phénomène de déport de la consommation de cigarette vers celle du tabac à rouler (+ 11,5 % de volumes mis à la consommation entre 2019 et 2020), [ce qui] s'explique très vraisemblablement par le fait que ce dernier reste moins onéreux, à quantité de tabac équivalente ».

Le tarif de l'accise sur le tabac à rouler progressera de 7,8 %.

Deuxièmement, la même annexe constate « une forte hausse depuis 2018 des volumes mis à la consommation pour les autres tabacs à fumer (+ 130 % entre 2018 et 2020) », laquelle recouvre d'une part les produits destinés aux pipes, narguilés et chichas ou certaines feuilles et d'autre part le tabac à chauffer, « dont le volume des ventes a été multiplié par vingt entre 2018 et 2020 et dépasse désormais 2,5 % des ventes totales [...] au niveau de l'UE » (1).

Comme le montre le tableau supra, le droit fiscal interne – la directive européenne n'abordant pas la question (2) – frappe aujourd'hui moins le tabac à rouler et le tabac à chauffer que les cigarettes, alors qu'il n'existe pas de travaux scientifiques fiables établissant une moindre nocivité de l'utilisation des équipements *ad hoc*, à savoir surtout des sticks.

Il est donc proposé de créer une nouvelle catégorie dans le code des impositions sur les biens et services pour isoler les tabacs à chauffer et y appliquer

(1) Commission européenne, rapport (n° COM-2022-279) d'application de la directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes et abrogeant la directive 2001/37/CE, 15 juin 2022.

(2) Directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.

une accise menant à ce que leur PMP équivaille à celui des cigarettes, ce qui représente une augmentation immédiate de 37,8 %.

- Les niveaux d'accise levés en Corse sont actuellement moindres que sur le continent mais doivent converger d'ici à 2026. Tel est déjà le cas pour le minimum de perception.

En parallèle, le II de l'article 575 E *bis* du code général des impôts dispose que « pour les différents produits du tabac, le prix de vente au détail [y] est au moins égal à un pourcentage des prix de vente continentaux des mêmes produits », soit 80 % en 2022, 85 % en 2023, 90 % en 2024, 95 % en 2025 et 100 % en 2026 pour toutes les catégories, sauf celle des cigares et cigarillos qui se verra appliquer des taux de 85 %, 91 %, 94 % et 97 % sur la même période.

Conservé cette trajectoire de prix sans modifier celle des accises reviendrait à augmenter la marge des fabricants au détriment des recettes de la Collectivité de Corse, affectataire du rendement de la fraction levée sur son territoire.

CONVERGENCE DES ACCISES APPLICABLES EN CORSE DE 2022 À 2025

(en pourcentage et en euros par millier d'unités ou de grammes)

		2022	2023		2024		2025	
		TV : trajectoire en vigueur ; TP : trajectoire proposée						
		TV	TV	TP	TV	TP	TV	TP
Cigares et cigarillos	Taux	28,1	30,2	30,2	32,4	32,2	34,5	34,3
	Tarif (unités)	45,8	45,9	48,4	46,1	51,1	46,2	53,7
Cigarettes	Taux	50,4	51,5	51,6	52,7	52,7	53,8	53,9
	Tarif (unités)	50,8	53,7	56,5	56,8	62,2	58,9	67,9
Tabac de fine coupe destiné au roulage	Taux	38,3	41,0	41,4	43,7	44,4	46,4	47,5
	Tarif (grammes)	63,3	68,0	71,6	72,8	80,0	77,5	88,3
Autres tabacs à fumer	Taux	43,3	45,4	45,4	47,5	47,4	50,0	49,4
	Tarif (grammes)	20,0	22,3	24,0	24,7	28,2	27,0	32,2
Tabac à chauffer (nouvelle catégorie)	Taux	s. o.	s. o.	45,3	s. o.	47,4	s. o.	49,4
	Tarif (grammes)			44,0		45,5		46,4
Tabac à priser	Taux	46,2	49,3	49,3	52,3	52,3	55,4	55,4
Tabac à mâcher	Taux	32,8	34,9	34,9	36,9	36,9	39,0	39,0

Source : article L. 314-25 du code sur les impositions des biens et services ; annexe IX du PLFSS pour 2023.

- Aux termes du premier alinéa de l'article L. 314-29 du code des impositions sur les biens et les services, « en cas de changement d'un taux, tarif ou minimum de perception [...], l'accise devient exigible pour les produits détenus [...] par une personne qui ne les destine pas à sa consommation propre ». Les débiteurs sont donc tenus de déclarer leurs stocks. Néanmoins, le second alinéa du même article prévoit que cette application de la taxation révisée sur les stocks ne concerne justement pas les changements résultant de l'indexation sur l'IPCHT de l'avant-dernière année sous son plafond de 1,8 % ; elle s'accompagne logiquement d'une dérogation à l'obligation déclarative.

Pour éviter l'effet d'aubaine tenant à ce que les buroliers achètent massivement du tabac avant la fin de 2022 pour le revendre au début de 2023 aux

nouveaux prix en encaissant le différentiel lié aux anciens paramètres des accises, le Gouvernement propose de supprimer cette exception.

- Au total, les modifications introduites par l'article 8 du PLFSS devraient augmenter les recettes de la branche maladie à hauteur de 375 millions d'euros en 2023 puis 500 millions d'euros pour les exercices suivants, et de 3 à 7 millions d'euros pour la Collectivité de Corse. Par rapport à la hausse de 2018, l'exécutif simule que *« la hausse de prix du paquet de cigarettes serait de l'ordre d'un euro sur trois ans ; elle aurait donc un effet plus modéré sur l'évolution des comportements ; [...] le volume de cigarettes vendues se réduirait de 5 % en 2023 et de 1,5 % supplémentaires en 2024 ; [...] la consommation de tabac à rouler se réduirait de 9 % et celle de tabac à chauffer de 31 % en 2023 »*.

B. LES ALLÈGEMENTS POUR LES ENTREPRISES ET LES INDÉPENDANTS

Trois axes sont suivis par ce projet de budget de la sécurité sociale : la modernisation du contrôle dans le recouvrement **(1)**, la compétitivité des exploitations agricoles **(2)** et la globalisation du taux de prélèvement des médecins libéraux participant à la régulation pré-hospitalière et hospitalière **(3)**.

1. La poursuite des simplifications en matière de recouvrement

L'article 6 du PLFSS comporte cinq séries de mesures pour rendre plus fluides les relations entre les cotisants professionnels – employeurs et entrepreneurs individuels – et les organismes de recouvrement.

À l'exception de celles concernant les déclarations de revenus et les flux sortant des comptes de la MSA, qui entreront en vigueur avec un décalage respectif d'un et deux ans, les dispositions de cet article seront appliquées en 2023.

Grâce à l'amélioration du taux de recouvrement qu'elles permettront, il est attendu de ces modifications un surcroît de recettes annuel de 500 millions d'euros à l'échelle des ROBSS, dont 200 millions d'euros pour l'assurance maladie, ainsi que pour l'assurance vieillesse, et 100 millions d'euros pour la branche famille.

- En premier lieu, le Gouvernement propose de renforcer les droits des cotisants en cas de contrôle.

L'article L. 243-23 du code de la sécurité sociale prévoit que les contrôles des organismes gestionnaires des régimes sur les entreprises de moins de dix salariés ou les indépendants ne peuvent, au cas général, s'étendre sur une période de plus de trois mois, renouvelable une fois.

L'article 33 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance l'a rendu applicable, à titre expérimental pour trois ans, aux entreprises de moins de vingt salariés.

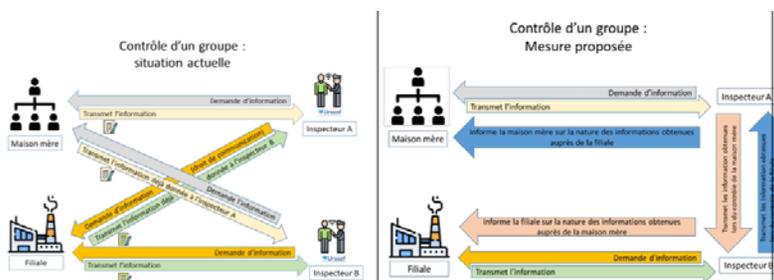
Cette dispositif temporaire a concerné 20 000 contrôles. Au regard du gain de visibilité donné aux entreprises et de l'incitation pour les organismes chargés des contrôles à hiérarchiser le risque des dossiers, il apparaît utile de le pérenniser, tout en excluant de son champ les situations où le cotisant se montrerait peu diligent.

Par ailleurs, est transposée à l'article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime la faculté déjà ouverte aux ressortissants d'autres régimes que ceux de la Mutualité sociale agricole (MSA) de solliciter une prolongation du délai dont ils disposent pour répondre aux observations des contrôleurs.

- En deuxième lieu, l'exposé des motifs indique que « dans le souci d'éviter les demandes successives [...], l'utilisation lors d'un contrôle des informations obtenues auprès de plusieurs entités d'un même groupe sera également facilitée » : c'est une simplification pour le contrôleur comme pour le contrôlé.

Le juge judiciaire a récemment estimé obligatoire, dans un tel cas, d'agir dans le cadre de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale⁽¹⁾, malgré les imperfections tenant aux délais et au fait que les agents de contrôle ne peuvent interroger que les personnes directement rémunérées par la société contrôlée.

SCHÉMA DES OPÉRATIONS DE CONTRÔLE DANS UN MÊME GROUPE



Source : annexe IX du PLFSS.

- En troisième lieu, la lutte contre le travail dissimulé progressera.

Lorsque des sanctions administratives ou des annulations de réduction de prélèvements sociaux sont prononcées à l'encontre d'un sous-traitant, son donneur d'ordre en est solidaire s'il a manqué aux obligations prévues à l'article L. 8822-1 du code du travail et peut se voir appliquer une pénalité en sus.

Il apparaît donc juste d'ouvrir au donneur d'ordre la remise de dix points du taux de majoration du redressement déjà consentie au sous-traitant dans l'hypothèse où il réglerait à brève échéance les sommes dues et de distinguer le montant de la pénalité en cas de récidive : le plafond de 15 000 euros pour une personne physique et de 75 000 euros pour une personne morale, ne pouvant dépasser le montant de la solidarité financière s'il lui était inférieur, ne sera pas appliqué dans ce dernier cas.

(1) Cour de cassation, 2^{ème} ch. civ., 7 janvier 2001, req. n^{os} 19-19.395 et 19-20.035.

Par ailleurs, une possibilité d'optimisation pour les entreprises de travail temporaire (ETT) réside dans le fait qu'un salarié agricole en contrat court peut ne pas dépendre de la MSA dès lors que son employeur exerce aussi des activités relevant du régime général, si bien que les constats dressés par les agents de la MSA sur la question du travail détaché doivent parfois être transmis à ceux de l'URSSAF, lesquels se tournent ensuite vers la sécurité sociale du pays tiers.

La loi considérera désormais comme affiliés à la MSA tous les intérimaires frauduleusement détachés entre des ETT étrangère et française, au regard de l'activité des salariés, non du caractère agricole ou mixte de celle de l'entreprise.

- En quatrième lieu, est prolongée la centralisation autour des URSSAF du recouvrement de prélèvements sociaux actuellement opéré par d'autres structures, alors que l'éclatement de cette activité est peu lisible pour les assurés et défavorable aux comptes publics, car elle engendre des frais de gestion et des erreurs :

Contrairement à ce que prévoyait l'article 18 de la LFSS pour 2020, la Caisse des dépôts et consignations (CDC) ne serait pas dessaisie de cette mission qu'elle assume pour le compte de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM). Il est proposé de conserver le partage existant ⁽¹⁾.

Une correction technique est prévue pour l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales.

Les cotisations dues par d'autres personnes que les employeurs, par exemple au titre des revenus de remplacement, des aides pour les travailleurs exposés à l'amiante ou des avantages de pré-retraite, connaissent aujourd'hui des modes de déclaration différents. Il est proposé d'y mettre fin en imposant d'établir une déclaration sociale nominative (DSN) au format du prélèvement à la source sur des revenus autres que les salaires, ainsi qu'en renvoyant à un décret la rationalisation des calculs afférents aux congés payés.

L'assiette des cotisations perçues par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), définie à l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937, est plus large que celle prévue à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général, mais cette dernière base est appliquée de longue date dans les faits et le PLFSS régularise cet écart.

- En cinquième et dernier lieu, l'organisme de recouvrement peut, après échange contradictoire, corriger les DSN si les employeurs auxquels des anomalies sont notifiées manifestent leur incapacité ou leur refus d'y procéder.

L'exécutif propose qu'une seule DSN de substitution ait à être émise pour un même employeur et une même période d'emploi à l'attention de l'ensemble des

(1) Passer d'un système où la CDC recouvre les cotisations des branches, la participation au fonds national d'aide au logement, le versement mobilité et la contribution de solidarité pour l'autonomie tandis que les URSSAF recouvrent la CSG et la CRDS, à un système où les URSSAF recouvreraient les cotisations, sauf celles de la branche vieillesse, alourdirait la charge de l'administration sans alléger celle des employeurs.

destinataires de la DSN, à savoir l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle, la retraite complémentaire et Pôle emploi.

De surcroît, « à l'instar de ce qui a été mis en œuvre par l'ACOSS pour certains de ces contributeurs comme par exemple les autorités organisatrices de la mobilité ou l'AGIRC-ARRCO, la MSA reversera directement les cotisations dues telles qu'elles ont été déclarées [dans la] DSN, fiabilisées et contrôlées, après application d'un taux forfaitaire réduit représentatif des charges inévitables de non recouvrement, [ce qui] permettra d'éviter un enchevêtrement inutile des opérations de vérification des encaissements », dont sont déconnectés certains droits.

2. La réduction du coût de l'embauche de saisonniers agricoles

L'article 7 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 2023.

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 1,8 milliard d'euros.

- 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 travaux 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.

La survenue de l'épidémie de covid-19 et la restriction des déplacements qu'elle a impliquée, puis l'apparition de tensions dans les chaînes d'approvisionnement, que la guerre en Ukraine a encore renforcées, ont affecté les branches agricoles. En particulier, la viticulture, l'arboriculture ou encore le maraîchage ont des besoins de main d'œuvre importants et concentrés sur des périodes assez brèves, ce qui les expose à la concurrence internationale.

- L'article 16 de la LFSS pour 2021 avait déjà prorogé cet allègement jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Le rapporteur pour avis, très attaché à ce secteur économique, soutient la diminution du coût du travail pour les exploitants recrutant des TO-DE pour une année supplémentaire.

Jusqu'à 2020, cette exonération 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 91 de la loi de finances pour 2021 avait prévu l'affectation

d'une fraction du produit de la TVA à la Mutualité sociale agricole (MSA) ; le PLF pour 2023 réintègre cette dépense dans un nouveau programme *ad hoc* de la même mission, doté de 427 millions d'euros ⁽¹⁾.

3. Un régime déclaratif simplifié pour les médecins régulateurs

L'article 9 du PLFSS contribue au déploiement du service d'accès aux soins (SAS), qui met les patients en contact avec un professionnel de santé à toute heure et lui donne une réponse graduée : conseil, téléconsultation, orientation vers un généraliste ou spécialiste de ville ou le service d'aide médicale urgente (SAMU).

● Son I ouvre aux médecins exerçant une activité de régulation du SAS en conservant leur statut libéral la possibilité de choisir un dispositif simplifié de déclaration et de paiement de leurs prélèvements sociaux, sur le modèle de celui déjà prévu pour les médecins remplaçants ou les étudiants en médecine.

Sous réserve de ne pas dépasser un seuil fixé par décret – est envisagé celui de 19 000 euros brut annuels, soit environ 12 500 euros net –, les adhérents à ce régime sont assujettis à un taux unique pour la CSG et la CRDS, ainsi que pour les cotisations de tous les risques, sauf pour les prestations pour invalidité de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), à un taux global de 13,5 %. Pour un ou deux ans suivant les cas, ce système simplifié peut aussi être retenu lorsque les revenus se situent entre 19 000 et 38 000 euros brut, mais le taux appliqué à la part dépassant le premier seuil est alors de 21,2 %.

Puisque le taux global repose sur une équivalence avec le taux pondéré de chacun des taux des différents prélèvements auxquels il se substitue, l'exécutif indique que la mesure est neutre pour les comptes sociaux.

● Le II de l'article 9 du PLFSS étend aux libéraux participant à la régulation du SAS – tel est déjà le cas en matière de permanence des soins ambulatoires – le bénéfice de la responsabilité administrative de l'établissement gestionnaire du SAMU car, d'après l'exposé des motifs, « *par crainte d'un risque médico-légal, de nombreux médecins hésitent à exercer la régulation médicale, leur assurance étant, pour certains, fortement majorée par cet exercice particulier* ».

Tout en l'approuvant sur le fond, le rapporteur pour avis s'étonne de la présence de cette modification du code de la santé publique, qui constitue manifestement un « *cavalier social* », c'est-à-dire une mesure étrangère au champ de la LFSS : à la faveur de l'examen du PLFSS pour 2022, un amendement similaire du Gouvernement avait d'ailleurs été déclaré irrecevable par le Président de l'Assemblée nationale, après consultation du président de la commission des finances ⁽²⁾.

(1) Ainsi que l'explique l'annexe IX du PLFSS pour 2023, les 427 millions d'euros correspondent à une compensation en comptabilité de caisse sur l'année civile ; l'effort en droits constatés serait de 551,4 millions d'euros, dont 377,6 millions d'euros concernant les seuls ROBSS.

(2) La rédaction du b du 10 du nouvel article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale n'a pas apporté sur ce point de changement par rapport aux 1° et 2° du C de l'ancien V de l'article L.O. 111-3 du même code.

C. LA CLAUSE DE SAUVERGARDE PHARMACEUTIQUE

L'article 29 du PLFSS, quoique placé par le Gouvernement dans la quatrième partie alors qu'il relève de la troisième partie, procède à l'actualisation annuelle d'une contribution *ad hoc* à laquelle sont assujetties les entreprises fabricant et commercialisant des médicaments et dispositifs médicaux (DM). Le rendement attendu de la modification est de 200 millions d'euros par an.

- Afin de contribuer au respect de l'ONDAM, le Comité économique des produits de santé (CEPS) et la CNAM négocient avec les industriels du secteur pharmaceutique. En complément, une clause de sauvegarde déclenche l'appel d'une taxe lorsque, pour les médicaments, le chiffre d'affaires tiré de leur vente, net des remises, dépasse un montant M et lorsque, pour les DM, les remboursements de l'assurance maladie dépassent un montant Z.

En l'état du droit, la contribution au titre du montant M pèse sur tous les laboratoires, y compris ceux dont les produits n'ont pas connu de croissance, ce qui est imparfait au plan de l'équité et à celui de la promotion des médicaments présents depuis longtemps sur le marché ou des génériques, par définition moins rentables pour les entreprises mais avantageux pour les assurés et la branche maladie.

À cela s'ajoute que le calcul de l'assiette repose sur des prévisions qui peuvent ne pas s'avérer une fois connue la somme réelle des chiffres d'affaires des producteurs, exploitants, importateurs ou distributeurs des spécialités remboursées.

- Outre la fixation du montant M à 24,6 milliards d'euros et du montant Z à 2,21 milliards d'euros en 2023 (contre 24,5 milliards d'euros et 2,15 milliards d'euros au titre de la LFSS pour 2022), trois évolutions sont prévues.

D'abord, la contribution sera augmentée pour les spécialités qui cumulativement génèrent un chiffre d'affaires, net des remises mais majoré forfaitairement de 10 %, supérieur à 50 millions d'euros et font l'objet de remboursements en progression de plus de 10 % sur les deux années précédant celle de l'appel de la taxe – ce qui préserve donc les produits innovants à leur arrivée sur le marché national.

Le Gouvernement estime que si une telle mesure avait existé en 2022, douze spécialités auraient été concernées.

Cette nouvelle modalité rétroagira sur les classes matures ou génériques, car le produit de l'assujettissement renforcé sur les médicaments au poids prépondérant sera soustrait du chiffre d'affaires retenu pour ceux pour lesquels les recettes des entreprises et les dépenses de la sécurité sociale sont mieux maîtrisées.

Ensuite, sont intégrés dans l'assiette du montant M les chiffres d'affaires des laboratoires exploitant certains médicaments pris en charge au titre des soins de suite et de réadaptation (SSR), ainsi que les achats de Santé publique France pour la constitution de stocks stratégiques, financés par l'État et l'ONDAM.

Enfin, au regard du retard rencontré dans les délais de déclaration par les entreprises, une majoration forfaitaire sera appliquée, dès le premier jour puis tous les quinze jours, sans être restituée si la contribution se révélait *in fine* nulle.

D. LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

L'article 41 du PLFSS élargit les prérogatives des administrations et des organismes de sécurité sociale pour détecter et sanctionner la fraude. Dans la double mesure où ils concernent autant les prélèvements que les prestations et où la récupération des sommes indues peut être lue sous l'angle du recouvrement aussi bien que sous celui d'une économie, il semble pertinent de l'analyser avec les mesures en recettes (+ 48,4 millions d'euros attendus) plutôt qu'en dépenses.

- Premièrement, les greffiers des tribunaux de commerce seront autorisés à communiquer aux régimes, à Pôle emploi et à l'UNÉDIC, les renseignements sur les déclarations frauduleuses, par exemple en matière de détachement, de recours à l'activité partielle ou d'accidents du travail, dont ils peuvent disposer *via* la tenue du registre du commerce et des sociétés (RCS). Comme l'indique l'annexe IX du PLFSS, « *des modifications de statut, des changements fréquents de siège social [...], des cessions de parts sociales multiples précédant une liquidation judiciaire peuvent constituer pour le greffier des indices lui faisant soupçonner qu'une société a été créée ou reprise dans le seul but d'être le support à des fraudes* ».

- Deuxièmement, les procédures de sanction administrative applicables dans les caisses locales des branches famille et vieillesse sur l'actuel fondement de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale seront alignées sur celles, plus simples, prévues pour la branche maladie à l'article L. 114-17-1 du même code.

- Troisièmement, ledit article L. 114-17-1 est modifié pour que les pénalités maximales prononcées en cas de fraude au remboursement par la branche maladie soient portées à 300 % du préjudice financier et huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), qui sera 3 666 euros en 2023, ou à 400 % du préjudice et seize fois le PMSS en cas de fraude en bande organisée, contre 200 % et quatre fois le PMSS ou 300 % et huit fois le PMSS aujourd'hui. Ce barème sera plus dissuasif face aux moyens de certains réseaux, parmi lesquels l'annexe IX du PLFSS cite les pharmaciens, transporteurs et fournisseurs.

- Quatrièmement, l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale⁽¹⁾ dispose certes que les agents chargés du recouvrement des créances nées après le constat d'une infraction au travail dissimulé ont accès au fichier des comptes bancaires (FICOBA) que gère la direction générale des finances publiques (DGFIP), mais leur droit de communication ne s'étend pas au fait d'interroger les banques sur les soldes des comptes des débiteurs lorsque ces derniers excipent de leur

(1) Article 8 de la loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude ; article 25 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

insolvabilité, parfois délibérément organisée, pour ne pas restituer les indus. Cette faculté utile sera en conséquence ouverte aux contrôleurs.

- Cinquièmement, est étendu aux caisses de MSA le droit dont disposent déjà les URSSAF, en application de l'article 22 de la LFSS pour 2021, de croiser leurs données avec celles qu'ils obtiendraient de tiers : sont notamment visées les plateformes numériques de vente d'animaux, susceptibles de ne pas déclarer leur activité et donc de ne pas contribuer au financement des régimes agricoles.

- Sixièmement, plusieurs organismes sociaux et l'inspection du travail verront leur compétence de police judiciaire consolidée, avec le droit d'enquêter sous pseudonyme, contre les montages sur internet les plus sophistiqués.

III. LES MOUVEMENTS ENTRE LES SPHÈRES ÉTATIQUE ET SOCIALE

Le PLFSS répartit certaines ressources et certaines charges entre les organismes de sécurité sociale (A), ainsi qu'entre l'État et ces derniers (B).

Les développements ci-après n'abordent ni les cotisations que l'État paie en tant qu'employeur d'agents titulaires et contractuels, ni les prestations de sécurité sociale qu'il assume, ni les subventions d'équilibre ou les garanties qu'il apporte à différentes caisses ou satellites des ROBSS ⁽¹⁾.

A. 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 ou d'apporter des ressources à des fonds de financements* ».

Leur volume et leur complexité excluent un commentaire à l'échelle du présent rapport pour avis. Comme chaque année, ces transferts entre branches et organismes sont énumérés et commentés de manière exhaustive dans les annexes III et IV du PLFSS.

- Il importe néanmoins de s'intéresser à la modification des flux qu'entraîne l'**article 10 du PLFSS**, qui transfère de la branche maladie à la branche famille une partie du coût des indemnités journalières (IJ) du congé maternité.

En l'état, leur totalité est assumée par cette première branche, sans toutefois être comprise dans l'ONDAM. Le Gouvernement propose de laisser à la branche maladie la charge des IJ pour la période pré-natale du congé, centrée sur les risques

(1) Cf. « jaune » Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale *annexé au PLF pour 2023*.

de santé spécifiques à la grossesse, et d'attribuer à la CAF – qui assume depuis l'origine les IJ du congé paternité – celle afférente à la période post-natale du congé.

Cela revient à transférer ainsi 60 % du coût des IJ du congé maternité.

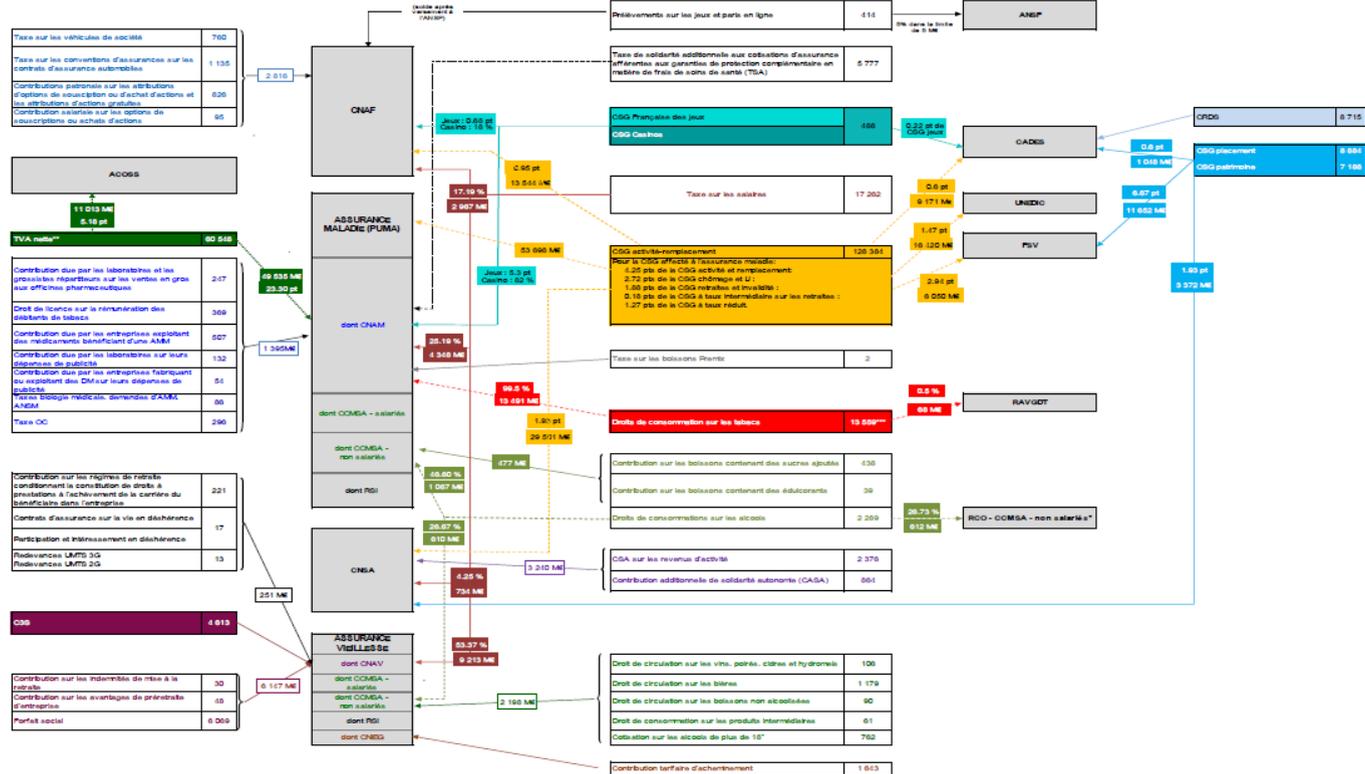
Neutre à l'échelle des ROBSS, la mesure soulagera les comptes de la branche maladie de 2 à 2,2 milliards d'euros par an entre 2023 et 2026, sans faire obstacle à ce que la branche famille conserve un excédent de 1,3 milliard d'euros pour l'année à venir et de 0,7 milliard d'euros à la fin de la période.

- Parmi les mesures nouvelles, l'annexe III du PLFSS fait également mention d'un transfert de 100 millions d'euros de la branche AT-MP en faveur de la branche maladie. Ce transfert doit permettre de compenser le fait que certains accidents du travail seraient sous-déclarés, cela se traduisant par un surcoût pour l'assurance maladie.

L'annexe III précise que le chiffrage retenu doit permettre d'« *atteindre un montant correspondant au bas de la fourchette d'estimation du coût des sous-déclarations estimé dans son avis par la commission chargée de l'évaluation [de ce phénomène] qui [...] s'est fondée sur les dernières données épidémiologiques pour réestimer son ampleur* ».

SCHEMA RÉCAPITULATIF DES TRANSFERTS DE RECETTES INTERNES À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2023

(en millions d'euros)



* Le RCO désigne le régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) des non-salarisés agricoles.

Source : annexe III du PLFSS pour 2023.

B. LES RELATIONS FINANCIÈRES AVEC L'ÉTAT

Seront abordés le schéma de compensation des exonérations et réductions de prélèvements sociaux en 2023 **(1)**, puis la stabilisation du poids des impositions de toutes natures dans le financement de la sécurité sociale **(2)**.

1. La compensation des allègements sociaux

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

a. Les grands principes

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

– toute mesure de réduction ou d'exonération instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi dite Veil ⁽¹⁾ ;

– toute mesure soit de réduction ou d'exonération de contributions, soit de réduction ou d'abattement d'assiette de cotisations ou contributions instituée à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 13 août 2004 ⁽²⁾ ;

– toute mesure de transferts de charges.

Conformément à l'article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale, **il revient aux seules LFSS de créer ou modifier des réductions ou exonérations de cotisations ou de contributions non-compensées aux ROBSS ou établies pour une durée égale ou supérieure à trois ans** ⁽³⁾.

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 compensées par l'affectation de crédits budgétaires. Ces exonérations sont les seules qui restent concernées par le

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

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

(3) Modifié par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, l'ancien IV de l'article L.O. 111-3 est devenu ce nouvel article L.O. 111-3-16 sur le fondement de la loi organique, précitée, du 14 mars 2022, laquelle a également prévu un monopole des LFSS pour les allègements sociaux de plus de trois ans.

principe de compensation intégrale. Il faut cependant noter que l'ensemble des exonérations ciblées ne font pas l'objet d'une compensation.

La LFSS pour 2019 a consacré une évolution supplémentaire : 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'est appuyé, pour cet ajustement, sur un rapport remis en octobre 2018 au Parlement en application de l'article 27 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour 2018-2022, qui clarifie les contours d'une solidarité financière renouvelée entre les deux sphères.

b. Le schéma de compensation

En ne retenant que les exonérations, c'est-à-dire les minorations de l'assiette ou du taux de tel prélèvement, le montant des allègements généraux et ciblés représente 59,6 milliards d'euros en 2021, 66,1 milliards d'euros en 2022 et 70,8 milliards d'euros en 2023 ⁽¹⁾.

Pour l'année à venir, 70,2 % des mesures ciblées seront compensées.

Si l'on ajoute les exemptions d'assiette ⁽²⁾, le total s'élève à 67,7 milliards d'euros en 2021, 74,6 milliards d'euros en 2022 et 79,9 milliards d'euros en 2023.

MONTANTS DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET CIBLÉS (ROBSS) DE 2021 À 2023

(en millions d'euros)

	2021	2022 (P)	Évolution	2023 (P)	Évolution
ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX ET MESURES DE MODULATION DES TAUX	51 200	57 206	12%	61 777	8%
Réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale/ AG	20 530	24 143	18%	26 884	11%
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales	8 017	8 620	8%	8 948	4%
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales pour les régimes spéciaux	0	0	-6%	0	-1%
Baisse du taux de cotisations maladie des travailleurs indépendants	777	822	6%	853	4%
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales travailleurs indépendants	762	862	13%	895	4%
Baisse du taux de cotisation maladie de 6 points pour les régimes spéciaux (L.241.-2-1 CSS)	-121	-116	-4%	-112	-3%
Baisse du taux de cotisation maladie de 6 points (L. 241-2-1 CSS)	21 470	23 131	8%	24 575	6%
Dont part compensée par crédits budgétaires	426	257	-40%	267	4%
EXONÉRATIONS CIBLÉES COMPENSÉES ET NON COMPENSÉES	8 389	8 778	5%	9 041	3%
EXONÉRATIONS CIBLÉES COMPENSÉES	6 122	6 211	1%	6 347	2%

Source : annexe IV du PLFSS pour 2023.

En 2023, les allègements généraux et exonérations ciblées porteraient sur la branche maladie pour 36,5 milliards d'euros, sur la branche vieillesse pour 18,9 milliards d'euros, sur la branche famille pour 15,1 milliards d'euros, sur la branche autonomie pour 0,4 milliard d'euros et sur la branche AT-MP pour 0,2 milliard d'euros.

(1) Ce montant ne s'élevait qu'à 10 milliards d'euros au cours des années 1990, puis 20 milliards d'euros en 2010 et 33 milliards d'euros en 2018.

(2) L'annexe IV du PLFSS définit les exemptions comme les « dispositifs qui dérogent au premier alinéa de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, selon lequel l'assiette des contributions sociales et, par renvoi de l'article L. 242-1, des cotisations de sécurité sociale du régime général sont composées de toutes les sommes, ainsi que les avantages et accessoires en nature ou en argent qui y sont associés, dus en contrepartie ou à l'occasion d'un travail [...], quelle qu'en soit la dénomination ».

Après plusieurs années de baisse, le poids des compensations opérées par le budget général de l'État repartirait à la hausse pendant l'année à venir.

L'effort passerait de 5,4 milliards d'euros en 2022 à 6,2 milliards d'euros en 2023 : comme l'indique l'exposé des motifs de l'article **11 du PLFSS**, « *cette hausse est liée [...] à la dynamique intrinsèque des dispositifs compensés, mais aussi au renforcement de certains dispositifs afin de soutenir l'emploi et le pouvoir d'achat des Français, notamment l'extension de la déduction forfaitaire patronale sur les heures supplémentaires [...], applicable à compter d'octobre 2022 aux entreprises employant entre 20 et 250 salariés* » ⁽¹⁾.

ALLÈGEMENTS CIBLÉS COMPENSÉS PAR DES CRÉDITS (ROBSS) DE 2021 À 2023

(en millions d'euros)

Mission du budget général de l'État	2021	2022	2023
Travail et emploi	6 122	6 211	3 347
Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales	348	364	378
Outre-mer	1 227	1 301	1 350
Culture	17	28	29
Écologie, développement et mobilité durables	58	37	38
Médias, livres et industries culturelles	10	10	11
Recherche et enseignement supérieur	232	281	295
Cohésion des territoires	6	4	2
Sport, jeunesse et vie associative	1	1	1
Total hors mesures « covid-19 »	6 122	6 211	6 347
Plan d'urgence face à la crise sanitaire	3 680	554	
Plan de relance	32	31	
Total des mesures (covid-19)	3 712	585	
Total y compris mesures « covid-19 »	9 834	6 796	

Source : annexe IV du PLFSS pour 2023.

2. La stabilisation 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.

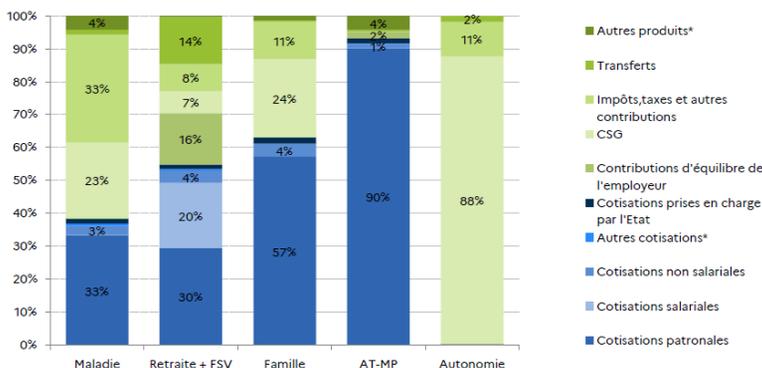
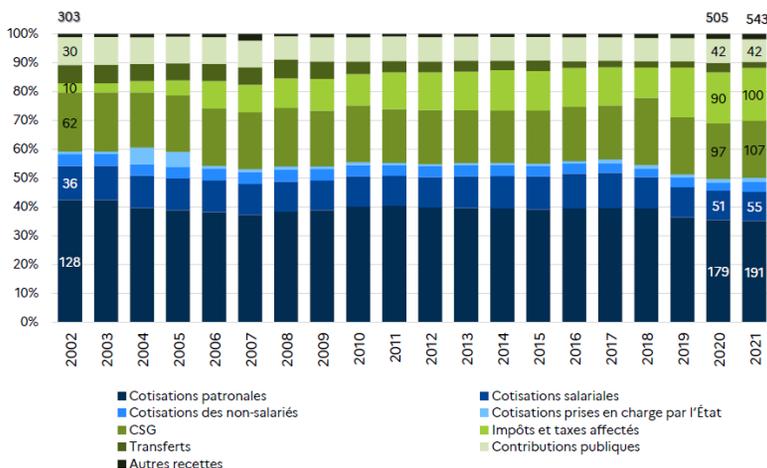
Les trente dernières années ont vu l'affectation croissante d'impositions de toutes natures (ITN) aux ASSO, avec la création de la CSG en 1991 et le transfert successif de prélèvements fiscaux comme la taxe sur les salaires (TS), divers droits d'accises, la contribution sociale de solidarité des sociétés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

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

(1) Article 2 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

STRUCTURE DES RECETTES BRUTES DES ROBSS ET DU FSV DE 2002 À 2021

(en pourcentage)



Source : annexe III du PLFSS pour 2023.

En 2023, le poids des cotisations dans les recettes des ROBSS et du FSV devrait être de 57,7 %, contre 38,6 % pour celui des impositions.

La répartition de ces deux types de ressources, ainsi que des produits financiers, dont sont retranchées les charges liées au non-recouvrement, se trouve également dans l'annexe IV du PLFSS.

L'article 23 du PLF pour 2023 prévoit une hausse de 0,48 point de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, qui passerait à 28,48 % de son rendement, soit 61,24 milliards d'euros (+ 1,03 milliard d'euros).

Outre le dynamisme de la compensation de baisses de cotisations antérieurement instituées, l'exposé des motifs de cet article cite la nouvelle compensation liée la baisse de cotisations des travailleurs indépendants prévue par la loi du 16 août 2022, précitée (774 millions d'euros).

L'évaluation préalable du même article du PLF mentionne aussi deux mesures de périmètre :

– une réduction de cotisations à hauteur de six points sur les salaires inférieurs à 2,5 fois le SMIC pour certaines entreprises ultramarines (dispositif LODEOM), antérieurement compensée par des crédits, le sera désormais au moyen de la TVA (265 millions d'euros) ;

– en sens inverse, la compensation à la MSA au titre des exonérations pour les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), ne prendra plus la forme d'un transfert de TVA, mais celle de crédits inscrits sur la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales* (– 427 millions d'euros).

TAUX DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2013 À 2023

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



Source : commission des finances d'après le tome I de l'annexe Voies et moyens jointe au PLF pour 2023.

SECONDE PARTIE : LES DÉPENSES

PRÉVISIONS DES DÉPENSES DES ROBSS DE 2018 À 2026

(en milliards d'euros et en pourcentage)

	2018	2019	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution 2022-2023	Évolution 2023-2026
Maladie	213,1	218,1	240,3	235,4	241,9	238,6	243,6	249,4	254,6	- 1,4 %	6,7 %
AT-MP	13,4	13,6	13,3	13,9	16,2	14,8	15,5	15,5	15,8	- 8,6 %	6,8 %
Famille	49,9	49,9	50	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4	8,6 %	11,0 %
Vieillesse	236,7	241,3	246,1	250,5	261,9	273,7	289,7	303,3	313,7	4,5 %	14,6 %
autonomie	<i>s.o</i>	<i>s.o</i>	<i>s.o</i>	32,6	35,4	37,3	39,14	40,5	41,7	5,4 %	11,8 %
Total consolidé	499,5	509,2	536,5	567	589,3	601,4	626,9	650	668,4	2,1 %	11,1 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2023.

Note : ce tableau présente des totaux consolidés, c'est-à-dire prenant en compte les transferts au d'un même régime et les transferts internes à chaque branche ainsi que les transferts opérés entre les différentes branches des ROBSS au titre de prises en charge de prestations ou de subventions d'équilibre. Les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

Les dépenses des ROBSS traduisent l'ampleur de la crise sanitaire liée au covid-19 : après une croissance de 1,9 % entre 2018 et 2019, les dépenses consolidées des ROBSS ont cru brutalement, à hauteur de 5 % entre 2019 et 2020 et de 5,7 % entre 2020 et 2021. La branche maladie a supporté la majeure partie de cette augmentation, ses dépenses augmentant de plus de 10 % entre 2019 et 2020. La création de la cinquième branche par la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a également concouru à cette augmentation marquée des dépenses des ROBSS.

L'année 2022 reste caractérisée par les incidences budgétaires de la crise sanitaire, mais devrait marquer le début de la normalisation progressive des dépenses des ROBSS, dont la croissance devrait atteindre 3,9 %. Si la croissance de ces dépenses ralentit de manière tendancielle à partir de 2022, elle devrait rester supérieure aux niveaux d'avant-crise. L'accélération brutale de l'inflation à compter de l'année 2022, et les revalorisations de pensions et prestations sociales qu'elle a entraîné, contribuent notamment à la croissance importante des dépenses des ROBSS en 2022 et en 2023.

Cette hausse durablement marquée des dépenses de sécurité sociale témoigne de l'importance de cette couverture pour les assurés, mais également de nombreuses réformes menées depuis 2018 visant à consolider la protection sociale et les conditions de son exercice. Les exemples en sont nombreux. Parmi les plus décisifs, peut être cité le Ségur de la santé, qui a permis entre autres la revalorisation de 183 euros nets par mois des personnels non médicaux des établissements de santé et des EHPAD, puis des agents et salariés des ESMS ⁽¹⁾ et des travailleurs des

(1) En application des accords dits Laforcade du 28 mai 2021.

métiers du secteur social et médico-social ⁽¹⁾. L'instauration d'un tarif plancher pour les soins à domicile par la LFSS pour 2022, ou encore le déploiement progressif des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 », notamment sur le volet de la lutte contre la désertification médicale (cf. *infra*), témoignent également de la volonté de consolidation et d'égalité réelle du système de santé.

La volonté de réforme devrait se traduire en 2023 par une nouvelle croissance de 2,1 % des dépenses des ROBSS, qui atteindraient 601,4 milliards d'euros. Cette augmentation s'explique à la fois par la croissance du montant des prestations servies, et par de nouvelles mesures en dépenses, mais est moins rapide que celle observée en 2020 et en 2021. Si la modération de la croissance des dépenses est permise par la baisse de la pression épidémique et donc par la baisse des coûts liés à la crise, elle ne doit pas masquer des hausses de dépenses importantes, notamment pour les branches vieillesse et autonomie. Des mesures nouvelles, présentées ci-après, ainsi que l'évolution de la démographie et des besoins expliquent ces évolutions.

La programmation des dépenses de sécurité sociale dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027

Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 prévoit en son article 17, de la même manière que la précédente loi de programmation, la trajectoire de l'objectif de dépenses des ROBSS pour les années 2023 à 2025. Le FSV est compris dans cette programmation, à la différence de la programmation de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

D'après l'article 17 du projet de loi de programmation des finances publiques, les dépenses des ROBSS devraient atteindre 601,8 milliards d'euros en 2023, 627,3 milliards d'euros en 2024 et 650,3 milliards d'euros en 2025. Cette augmentation en euros courants se traduit par une stabilisation des dépenses des ROBSS dans le PIB à 21,8 %.

Cette programmation, examinée par le Parlement au même moment que le PLFSS pour 2023, appelle plusieurs remarques. Tout d'abord, la progression proposée du niveau de dépenses maximales des ROBSS sur la période est de 8 %, tandis que la dernière LPPF proposait une évolution de l'ordre de 4 % sur trois ans. Même en intégrant l'incidence de l'inflation, cette progression reste plus importante que celle prévue lors de la dernière loi de programmation.

En outre, les rythmes de croissance annuels prévus sont de 4,2 % et de 3,7 %. Ces évolutions annuelles prévues pour la période 2023-2025 dépassent à la fois celles prévus lors de la dernière LPPF (2,1 % et 2,2 %) et se maintiennent également à un niveau élevé, proche de celui observé entre 2018 et 2020 (2 % et 5,4 %), quand bien même l'année 2020 avait été marquée par les dépenses exceptionnelles liées à la crise du covid-19.

(1) Annoncée lors de la conférence des métiers du 18 février 2022.

I. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

Les dépenses de santé sont appréhendées par le biais de deux indicateurs aux périmètres différents :

– la branche maladie des ROBSS couvre l’ensemble des dépenses de santé réalisées par les différentes caisses de sécurité sociale, en premier lieu la CNAM et son réseau de 102 caisses primaires d’assurance maladie (CPAM). Depuis 2017, la branche maladie du régime général des salariés du privé gère également les dépenses de santé des fonctionnaires. D’autres régimes spéciaux disposent de leur propre caisse d’assurance maladie : c’est le cas par exemple de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fer français (CPRP SNCF) pour les assurés du régime spécial de la SNCF ;

– l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM), instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, est composé de six sous-objectifs (cf. *infra*). Il se distingue des dépenses de santé des ROBSS par son périmètre. Si l’ensemble des ROBSS sont intégrés dans le calcul de l’ONDAM, le périmètre de ce dernier est interbranches : il excède le périmètre strict de la branche maladie, pour inclure également des dépenses d’indemnités relevant de la branche AT-MP et, depuis 2021, l’ensemble du financement par la nouvelle branche autonomie des établissements médico-sociaux (objectif global de dépenses (OGD)).

A contrario, alors que la branche maladie intègre quatre risques (maladie, maternité, invalidité et décès), l’ONDAM n’inclut pas l’intégralité des dépenses de la branche maladie : il exclut par exemple les indemnités journalières de maternité et les prestations invalidité et décès. Sont également exclues de l’ONDAM les charges de gestion de la branche. Enfin, l’ONDAM tient compte des recettes atténuatives venant minorer la norme de dépenses, comme les remises sur les produits de santé ou les taxes sur les organismes complémentaires (OC) ⁽¹⁾.

(1) Haut Conseil pour l’avenir de l’assurance maladie (HCAAM), Rapport sur la régulation du système de santé, 27 mai 2021.

COMPOSITION DE L'ONDAM ET DES COMPTES DES BRANCHES POUR 2022

Branche maladie, maternité, invalidité décès	Branche AT-MP	Branche Autonomie
<p>I. Prestations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en espèce = IJ maternité ❖ Prestations invalidité décès ❖ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ❖ Actions de prévention hors FIR ❖ Autres prestations <p>II. Charges techniques</p> <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations légales maladie et maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire* ❖ Remises conventionnelles pharmaceutiques ❖ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant ❖ Prestations en espèce (hors IJ maternité), prestations en espèce suite à AT <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement ❖ Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux et en centres de santé ❖ Autres transferts (ABM, ATIH, FAC dont ANOPEC...) <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations pour incapacité temporaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature ❖ Prestations en espèce suite AT <p>I. Prestations pour incapacité permanente</p> <p>II. Charges techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ prise en charge des cotisations ACAATA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) ❖ Dotations aux fonds amiante <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>
		<p>I. Prestations maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement <p>I. Prestations autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en espèces (AEEH, congé proche aidant) ❖ Action de prévention, formation ❖ Plan d'aide à l'investissement <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH) + financement MDPH ❖ Dotation FIR, GEM, MAIA ❖ Autres transferts (ANAPATHI) <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>

*Hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales

Source : annexe V du PLFSS pour 2023.

Note : les dépenses du champ de l'ONDAM sont identifiées par la partie grisée.

Si l'incidence des dépenses de crise reste marquée en 2021 (A) comme en 2022 (B), elle devrait s'atténuer fortement en 2023 et serait remplacée par des dépenses hors crise en hausse (C).

A. DES DÉPENSES DE SANTÉ EN VOIE DE NORMALISATION EN 2021 MAIS QUI RESTENT MARQUÉES PAR LA CRISE SANITAIRE

Les dépenses de la branche maladie ont atteint 235,4 milliards d'euros en 2021, soit 7,4 % de plus que l'objectif initial, fixé à 219,1 milliards d'euros par l'article 42 de la LFSS pour 2021. Fort logiquement, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM, qui constituent une part importante des dépenses de la branche, ont également dépassé la prévision.

- Les dépenses constatées relevant du champ de l'ONDAM ont dépassé la prévision initiale fixée à 225,4 milliards d'euros pour atteindre 240,1 milliards d'euros (+ 6,5 %).

ONDAM FIXÉ ET RÉALISÉ EN 2021

(en milliards d'euros et en pourcentages)

Sous-objectifs	Objectif LFSS 2021	Objectif 2021 revu par la LFSS pour 2022	Constat 2021 (PLFSS pour 2023)	Évolution entre l'ONDAM initial et l'ONDAM réalisé	Évolution entre l'ONDAM révisé et l'ONDAM réalisé
Dépenses de soins de ville	98,9	105	105,2	+ 6,4 %	+ 0,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,9	95,5	96,8	+ 4,2 %	+ 1,4 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	13,6	14,2	14,4	+ 5,9 %	+ 1,4 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	12,4	0 %	- 0,8 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	3,8	4,3	4,3	+ 13,5 %	0 %
Autres prises en charge	3,8	7,3	7	+ 84,2 %	- 4,1 %
TOTAL	225,4	238,8	240,1	+ 6,5%	+ 0,5 %

Source : commission des finances à partir des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 2022, du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022.

La quasi-totalité de ce dépassement est liée aux dépenses liées à la crise sanitaire, qui ont dépassé de 14 milliards d'euros la prévision pour ces dépenses qui était, en LFSS pour 2021, de 4,3 milliards d'euros. Ces dépenses liées à la crise ont ainsi atteint 18,1 milliards d'euros ⁽¹⁾. Les tests de dépistage constituent le premier poste de dépenses de crise (7,1 milliards d'euros, pour 160 millions de tests réalisés).

DÉPENSES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE EN 2021

(en milliards d'euros)

Dépenses de dépistage	7,1
Dotations à Santé publique France pour l'achat de vaccins, l'organisation de la campagne vaccinale et des dépenses supplémentaires dont des traitements)	4,3
Rémunération des personnels de la campagne de vaccination	1,7
Financements supplémentaires pour les établissements sanitaires et médico-sociaux	3,6
Dépenses supplémentaires d'indemnités journalières	0,9
Dotations complémentaires du FIR (dispositif « tester, alerter, protéger », <i>contact tracing</i>)	0,4
Dépenses au titre de la délivrance de masques	0,1
TOTAL	18,1

Source : commission des finances à partir du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022.

(1) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022. Cette donnée représente un montant brut, avant déduction de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires

● **L'ONDAM pour 2021 est resté dynamique par rapport à 2020, en augmentant de 8,7 %.** Ce dynamisme s'est inscrit dans la continuité de celui de l'année 2020, au cours de laquelle il avait connu une croissance de 9,4 %.

ONDAM ET ONDAM HORS COVID POUR 2017 À 2021

	2017	2018	2019	2020	2021
ONDAM	2,2 %	2,2 %	2,7 %	9,4 %	8,7 %
ONDAM hors covid	2,2 %	2,2 %	2,7 %	3,3 %	6,3 %

Source : commission des finances à partir des projets de lois de financement pour la sécurité sociale pour 2020 et pour 2023.

Si les dépenses de l'année 2021 ont comme celles de l'année 2020 fluctué au rythme des différentes vagues épidémiques et restent marquées par l'importance des dépenses liées à la crise sanitaire (18,3 milliards d'euros), il existe une différence majeure entre ces deux exercices : tandis que la croissance de 2020 s'expliquait très majoritairement par des dépenses liées à la crise du covid-19 (l'ONDAM hors covid était en hausse de 3,3 %, l'ONDAM covid-19 inclus de 9,4 %), la croissance observée en 2021 s'explique majoritairement par des dépenses étrangères à la crise. **L'ONDAM hors covid atteint en effet un taux de croissance de 6,3 %, et celui de l'ONDAM covid inclus s'élève à 8,7 %.**

La croissance de l'ONDAM hors dépenses de crise s'explique par plusieurs facteurs :

– la montée en charge des augmentations de rémunération des agents des établissements de santé et médico-sociaux, en application des accords du « Ségur de la santé ». Le coût pour 2021 de ces mesures, non définitif, est de 9,3 milliards d'euros (soit 7,8 milliards d'euros de plus qu'en 2020) ⁽¹⁾ ;

– le réajustement de l'activité après la baisse de 2020, à hauteur de 5,1 milliards d'euros ⁽²⁾, comme en témoigne la croissance des dépenses de soins de ville en nature, qui ont fortement augmenté entre 2020 et 2021 (+ 14,3 %) ⁽³⁾. Les revalorisations d'honoraires décidées par voie conventionnelle ont également tiré les dépenses à la hausse (+ 600 millions d'euros) ;

– les indemnités journalières de droit commun ont cru de 5,4 % et ont dépassé de 500 millions d'euros la prévision, sans que les causes de cette hausse ne puissent être distinctement identifiées ;

– la composante « hôpital » de l'ONDAM est en forte hausse également, principalement en raison du dynamisme des dépenses de la liste en sus (+ 1,2 milliard d'euros par rapport à 2020) qui traduit le recours accru à des thérapies innovantes coûteuses, notamment en oncologie.

(1) Cour des comptes, op. cit.

(2) Ibid.

(3) Caisse nationale d'assurance maladie, Charges et produits pour 2023, date 2022.

Le rôle des négociations conventionnelles dans la croissance soutenue des dépenses de soins de ville

Au-delà du rattrapage naturel des soins entre 2020 et 2021, il convient de noter que la croissance des dépenses de soins de ville est très importante, et ce depuis plusieurs années : entre 2010 et 2021, elle a progressé trois fois plus vite que l'inflation en tendance annuelle et, depuis 2015, elle a toujours dépassé l'objectif fixé ⁽¹⁾. Cette croissance rapide a été confortée et permise par des conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé libérales qui ont entraîné, depuis 2015, 4,7 milliards d'euros de dépenses nouvelles. Les possibilités de régulation des conventions sont en effet peu nombreuses, et jamais utilisées. Par exemple, si à l'issue des négociations l'entrée en vigueur des textes conventionnels est soumise à l'approbation des ministres, le non-respect de la trajectoire financière prévue en LFSS n'est pas un motif de refus d'approbation ⁽²⁾.

La prochaine convention médicale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, en cours de négociation, devra intégrer pleinement la question des modalités de rémunération de la médecine de ville, en contrepartie d'incitations financières axées sur les objectifs de santé publique les plus urgents, dont la désertification médicale (cf. *infra*).

Elle devra aussi, et c'est essentiel au regard des besoins non pourvus des assurés, rendre la médecine générale plus attractive. Dans cet objectif, une réflexion spécifique doit être menée concernant la rémunération des médecins généralistes, très sensible aux transferts d'actes au bénéfice d'autres professionnels de santé (comme les pharmaciens) et fondée sur la réalisation de volumes d'actes importants. Comme le préconise la Cour des comptes dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2022, il conviendrait de rendre le revenu des médecins généralistes moins sensible à la réalisation d'actes à faible valeur ajoutée médicale, au bénéfice par exemple d'une part plus importante de la forfaitisation dans la rémunération.

B. UN ONDAM RÉVISÉ À LA HAUSSE POUR 2022 EN RAISON DES INCIDENCES BUDGÉTAIRES DE LA CRISE SANITAIRE

L'objectif de dépense de la branche maladie devrait atteindre 241,9 milliards d'euros en 2022, contre une prévision de 228,6 milliards d'euros (+ 5,8 %).

Par conséquent, l'ONDAM fait également l'objet d'une rectification à la hausse en PLFSS pour 2023, et devrait atteindre 245,9 milliards d'euros, et non 236,8 milliards d'euros comme prévu en LFSS pour 2022. Cet objectif incluait une hausse sous-jacente de 2,7 % hors effets du « Ségur de la santé » et de la crise sanitaire, et reposait sur une hypothèse de circulation du virus maîtrisée. S'il diminuait de 1 % en valeur absolue par rapport à 2021, les dépenses hors surcoûts relatifs à la crise sanitaire devaient augmenter de 3,8 %.

La rectification proposée en PLFSS pour 2023 augmente donc de 9,1 milliards et de 3,8 % l'objectif initialement fixé.

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

(2) *Ibid.*

ONDAM INITIAL ET RÉVISÉ POUR 2022

Sous-objectifs	Objectif LFSS 2022	Objectif 2022 revu par la LFSS pour 2023	Dont dépenses en lien avec la crise sanitaire	Dont mesures visant à lutter contre l'inflation	Évolution entre l'ONDAM initial et l'ONDAM révisé
Dépenses de soins de ville	102,5	107,3	4,9	0	+ 4,7 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	95,3	97,1	0,2	1,9	+ 1,9 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	14,3	14,6	0	0,2	+ 2,1 %
Contributions aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	13,3	13,8	0	0,2	+ 3,8 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régionale	5,5	6,3	0,2	0	+ 14,5 %
Autres prises en charge	3,8	6,8	1,2	0	+ 78,9 %
TOTAL	236,8	245,9	6,6	2,3	+ 3,8 %

Source : commission des finances à partir de LFSS pour 2022, du PLFSS pour 2023 et du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022.

Plusieurs raisons justifient la rectification à la hausse de l'ONDAM pour 2022.

Les conséquences de la crise sanitaire sur les dépenses du champ de l'ONDAM expliquent la plus grande partie de cette révision à la hausse. La LFSS pour 2022 prévoyait en effet une dotation de 4,9 milliards d'euros de dépenses liées à la crise sanitaire. Ce montant s'est rapidement révélé insuffisant au regard de la vigueur de la cinquième vague épidémique : dès le 15 avril 2022, le comité d'alerte sur les dépenses de l'ONDAM indiquait que « *la provision de la LFSS pour 2022 destinée à couvrir les dépenses liées à l'épidémie de covid risque d'être significativement dépassée* »⁽¹⁾. Tout en confirmant ce risque de dépassement, le comité d'alerte, dans son avis du 30 mai 2022, a rappelé que l'article 115 de la LFSS pour 2022 avait suspendu l'obligation de proposer des mesures de redressement⁽²⁾.

La provision destinée à la prise en charge des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire a finalement dû être augmentée de 6,53 milliards d'euros,

(1) Avis du comité d'alerte n° 2022-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 15 avril 2022.

(2) Avis du comité d'alerte n° 2022-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 30 mai 2022.

pour atteindre 11,5 milliards d’euros. Le coût des tests de dépistage représente ainsi une enveloppe totale de 6 milliards d’euros, en retrait de 1,1 milliard par rapport au coût des tests en 2021.

DÉPENSES SUPPLÉMENTAIRES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE EN 2022

(en milliards d’euros)

Dépenses de dépistage (en sus de la provision de 1,6 milliards d’euros inscrite en LFSS pour 2022)	3,4
Dotations à Santé publique France pour l’achat de vaccins, l’organisation de la campagne vaccinale et des dépenses supplémentaires dont des traitements)	1,2
Dépenses supplémentaires d’indemnités journalières	1,7
Dotation complémentaires du FIR (dispositif « tester, alerter, protéger »)	0,23
TOTAL	6,53

Source : commission des finances à partir du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022.

Le contexte inflationniste (l’inflation a atteint 5,4 % en moyenne annuelle au cours de l’année 2022, après s’être élevée à 1,6 % en 2021) **explique quant à lui 2,3 milliards d’euros de dépassement de l’ONDAM initialement fixé** : les établissements de santé et médico-sociaux ont vu le coût de leurs achats et de leurs dépenses énergétiques augmenter (+ 800 millions d’euros de dotations supplémentaires). La revalorisation anticipée du point d’indice de 3,5 % intervenue le 1^{er} juillet 2022 a également pesé sur les dépenses du système de santé à hauteur de 1,5 milliard d’euros.

Des mesures salariales tirent également à la hausse l’ONDAM, à hauteur de 60 millions d’euros de surcoûts : les agents de la filière socio-éducative bénéficient désormais du complément de traitement indiciaire du « Ségur de la santé » (+ 359 millions de dépenses en 2022, et un coût de 500 millions d’euros en années pleine) ⁽¹⁾.

(1) Cour des comptes, rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

Le « Ségur de la santé »

Les premières mesures du « Ségur de la santé » ont été mises en œuvre en application de la LFSS pour 2021. La principale de ces mesures est la revalorisation salariale de 183 euros net dont ont d'abord bénéficié les personnels non médicaux exerçant en établissements de santé ou en Ehpad, que l'établissement soit public ou privé. Ce complément de traitement indiciaire a ensuite été progressivement étendu à un ensemble large d'acteurs de la santé et du soin. Les accords dits « Laforcade » du 28 mai 2021 ont tout d'abord étendu le bénéfice de la mesure aux agents et salariés des établissements et services médico-sociaux (ESMS) financés en tout ou partie par l'assurance maladie.

Enfin, le complément de traitement a été étendu aux agents et salariés du secteur social lors de la conférence des métiers du 18 février 2022.

En 2022, les dépenses liées au « Ségur de la santé » représentent 12,7 milliards d'euros, dont 10,3 milliards d'euros de revalorisations salariales au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces dépenses comprennent notamment l'extension de revalorisation aux professionnels de la filière socio-éducative, en application des mesures annoncées le 18 février 2022. Sont concernés par cette extension les professionnels de l'accompagnement des personnes dans les différents secteurs de l'intervention sociale (protection de l'enfance, handicap, autonomie, hébergement, insertion, etc.), par exemple les éducateurs spécialisés ou techniques, les techniciens de l'intervention sociale et familiale, conseillers en économie sociale et familiale, psychologues.

Le PLFSS pour 2023 traduit la fin de la montée en charge du « Ségur de la santé », avec 700 millions d'euros de mesures supplémentaires, dont 600 millions d'euros de revalorisation salariale. Le coût total annuel pour 2023 atteindra 13,4 milliards d'euros, dont 10,9 milliards d'euros de mesures salariales, 1,7 milliard d'euros d'investissement en santé et 800 millions d'euros de mesures visant l'amélioration de la coordination des acteurs (télésanté, exercice coordonné, offre de soins psychiatriques et psychologiques...).

Les mesures prises pour soutenir le système de santé et garantir l'accès aux soins urgents et non programmés, découlant de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés, contribuent à hauteur de 200 millions d'euros au dépassement.

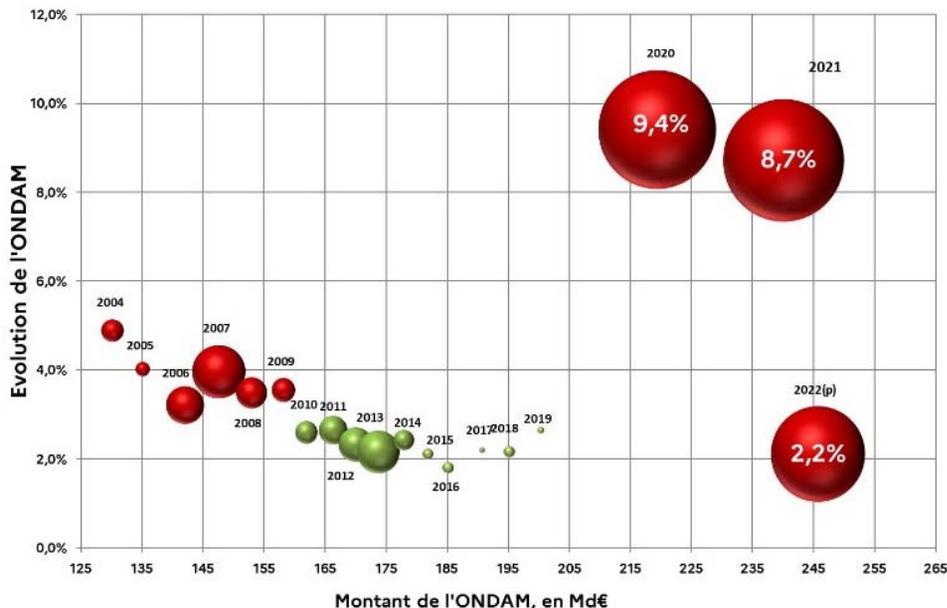
L'ONDAM médico-social est également supérieur de 50 millions d'euros à la prévision, en raison de la délégation de 31 millions d'euros pour la couverture de la prime grand âge⁽¹⁾, non prise en compte par la LFSS pour 2022, et par le rehaussement de 20 millions d'euros des dépenses au titre des résidences autonomie et accueil de jour et au titre des plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion du trouble du neuro-développement (TND).

Enfin, les dépenses de soins de ville hors crise ont poursuivi leur croissance pour atteindre 100,1 milliards d'euros, soit 3,9 % de plus qu'en 2021 et 310 millions d'euros de plus que le sous-objectif voté en LFSS pour 2022. Cet écart serait dû à une dynamique plus forte que celle anticipée lors de la construction du sous-objectif

(1) Créée par le décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, la prime « Grand âge » est versée aux aides-soignants, aux auxiliaires de puériculture de la fonction publique hospitalière, aux accompagnants éducatifs et sociaux de la fonction publique hospitalière ainsi qu'aux agents contractuels exerçant des fonctions similaires à ces agents qui exercent leur activité auprès des personnes âgées.

(+ 500 millions d'euros). Les dépenses de produits de santé suivent une tendance similaire, excédant de 400 millions d'euros la prévision initiale.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES RELEVANT DU CHAMP DE L'ONDAM DEPUIS 2004



Source : rapport de la commission de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 2022.

Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2022, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteignent 245,9 milliards d'euros, soit une évolution à périmètre constant de 2,2 %.

Ces différents éléments, et notamment l'importance du contexte inflationniste et les mesures du « Ségur de la santé », expliquent également la croissance de l'ONDAM pour 2022 par rapport à l'ONDAM pour 2021 (+ 2,4 %). Le ralentissement de la croissance de l'ONDAM témoigne cependant de la modération progressive des dépenses liées à la crise sanitaire.

C. UN ONDAM POUR 2023 QUI TRADUIT LA BAISSÉ DES DÉPENSES DE CRISE MAIS RESTE EN HAUSSE CONCERNANT LES DÉPENSES HORS CRISE

L'ONDAM pour 2023 est fixé à un niveau élevé, bien qu'inférieur à celui de 2022 en raison du recul des dépenses de crise (1). Plusieurs mesures nouvelles, à la fois de dépenses supplémentaires et d'économies, expliquent également son évolution (2).

1. Un ONDAM pour 2023 fixé à 244,1 milliards d'euros

Le PLFSS pour 2023 propose de fixer l'ONDAM à un niveau de 244,1 milliards d'euros en 2023, soit 0,7 % de moins que l'ONDAM pour 2022 tel que révisé par le PLFSS pour 2023. L'ONDAM pour 2023 devrait ainsi représenter 8,8 % du PIB.

La prévision repose sur une hypothèse de circulation maîtrisée du covid-19 et d'une activité médicale des différents professionnels de santé comparable aux années antérieures à la crise sanitaire. **La légère diminution de l'ONDAM s'explique par conséquent par le reflux marqué des dépenses liées à la crise sanitaire.** Elles devraient atteindre un milliard d'euros, contre 11,5 milliards d'euros en 2022.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM ET DE SES SOUS-OBJECTIFS EN 2022 ET 2023

(en milliards d'euros et en pourcentage)

Sous-objectif	2022 révisé	Prévision 2023	Évolution
Dépenses de soins de ville	107,3	103,9	- 3,2 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	97,1	100,7	+ 3,7 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	15,3	+ 4,8 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8	14,6	+ 5,8 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,3	6,1	- 3,2 %
Autres prises en charge	6,8	3,4	- 50,0 %
Total	245,9	244,1	- 0,7 %

Source : commission des finances à partir du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Cette diminution faciale de l'ONDAM ne doit cependant pas masquer la croissance de 3,7 % de l'ONDAM hors crise, qui retrace l'évolution de dépenses plus structurelles. Plusieurs éléments expliquent cette croissance significative :

- l'importance des mesures nouvelles et de l'inflation représentent notamment 2,4 point de contribution, et expliquent la majeure partie de la croissance de l'ONDAM hors crise. 700 millions d'euros sont notamment consacrés au financement des effets de l'inflation ;

- 700 millions d'euros de dépenses supplémentaire sont prévues au titre du « Ségur de la santé », en application des mesures déjà programmées en LFSS pour 2021 ;

- 1,4 milliard d'euros liés à l'effet en année pleine de la revalorisation du point d'indice de 3,5 % sont prévus dans la programmation. La revalorisation explique notamment le dynamisme des sous-objectifs « établissements de santé » et « établissements médico-sociaux » ;

- 800 millions d'euros au titre de l'incidence de l'inflation sur les charges des établissements sont comptabilisés ;

– un montant proche de 800 millions d’euros de dépenses supplémentaires au titre la vie conventionnelle en ville (dont le financement de mesures prises dans le cadre du plan « ma santé mentale » et la poursuite de la montée en charge de la convention des infirmiers libéraux et des pharmaciens), de la trajectoire des produits de santé décidée dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé (CSIS – la hausse des produits de santé devrait atteindre 3 %, soit une évolution plus importante que celle retenue lors du CSIS), et des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux.

L’ONDAM pour 2023 intègre également un milliard d’euros de provision au titre des mesures de lutte contre l’épidémie, un montant en nette diminution par rapport à 2022. Cette provision vise à couvrir principalement l’achat de vaccins et la poursuite de la campagne de vaccination. Le rapporteur pour avis souligne toutefois le caractère par nature incertain de cette provision, dont la sollicitation dépendra de l’évolution de la situation épidémique.

À titre de comparaison, la croissance de l’ONDAM hors dépenses de crise reste supérieure aux niveaux de croissance observés, toutes dépenses comprises, avant la crise sanitaire (2,2 % en 2019).

En sens inverse, cette croissance sera limitée par des mesures d’économie sur la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude, pour un objectif total de 900 millions d’euros (– 0,7 point).

Parmi ces mesures d’économie peuvent être citées les dispositions de l’article 30. Ce dernier propose notamment de permettre au comité économique des produits de santé (CEPS) d’instaurer des remises de manière unilatérale pour lui permettre de conclure plus rapidement les négociations avec les industriels et améliorer l’accès au remboursement de droit commun. Il propose également de créer un modèle de financement pour les thérapies innovantes, et notamment les thérapies géniques, pour lesquelles il est fréquent que l’exploitant présente une revendication tarifaire dépassant les références habituelles. Cela fait actuellement peser une contrainte financière importante sur les établissements de santé et reporte le risque de financement sur l’assurance maladie. Serait fixé un forfait initial payé par l’établissement, qui serait ensuite complété directement par l’assurance maladie et non plus par l’établissement lui-même. Cela permettrait donc de limiter le risque supporté par l’assurance maladie par un paiement en plusieurs échéances, dont chacune serait conditionnée à des résultats cliniques observés en vie réelle.

Le même article 30 propose la mise en place d’un système de référencement périodique pour la prise en charge de certains médicaments génériques. Cela doit renforcer la concurrence entre les acteurs, et ainsi générer des économies pour l’assurance maladie, tout en garantissant l’approvisionnement en médicaments. Le rapporteur pour avis considère toutefois qu’il convient de rester vigilant aux possibles effets paradoxaux, et notamment au risque de fragilisation des médicaments matures.

Enfin, l'article 30 propose de créer un dispositif contraignant, assorti de sanctions, pour inciter les industriels qui disposent de produits remboursés matures et de produits plus récents, sur lesquels ils seraient tentés de capitaliser, à maintenir l'accès à leurs médicaments les plus anciens. Les économies permises par l'article 30 devraient représenter 43 millions d'euros en 2023, avant de croître progressivement pour atteindre 257 millions d'euros en 2026 ⁽¹⁾.

2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses

Parmi les nombreuses mesures en dépenses du PLFSS se distinguent deux ensembles de mesures : celles visant à renforcer le déploiement de la prévention, de la vaccination et du dépistage (a) et celles confortant la lutte contre la désertification médicale et contre les excès de l'intérim médical et paramédical (b).

a. Mesures visant le déploiement de la prévention, de la vaccination et du dépistage

Plusieurs mesures du PLFSS pour 2023 visent à renforcer la prévention et de manière générale les actes permettant de limiter le risque de développement de pathologies, dont la vaccination et le dépistage. **Le coût net minimum de ces mesures devrait être compris entre 977,1 millions d'euros et 980,1 millions d'euros.**

La prévention s'impose comme l'un des facteurs d'amélioration de l'état de santé de la population et comme une source de modération des dépenses de santé à long terme. Si le montant des dépenses de prévention a triplé entre 2019 et 2021 à la faveur des dépenses de lutte contre l'épidémie, passant de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 16,9 milliards d'euros en 2021 ⁽²⁾, la croissance des dépenses de prévention hors crise sanitaire est plus modérée. Elles atteignent 5,7 milliards d'euros en 2020 et 5,8 milliards d'euros en 2021 ⁽³⁾.

COÛT ESTIMÉ DES MESURES DE PRÉVENTION, DE VACCINATION ET DE DÉPISTAGE COMPRISES DANS LE PLFSS POUR 2023

(en millions d'euros)

Prolongation des mesures liées à l'épidémie de covid-19	957
Mise en place des rendez-vous de prévention	9,6
Élargissement du dépistage des IST sans ordonnance et avec prise en charge intégrale	Entre 6 et 9
Ouverture aux femmes majeures de la contraception d'urgence sans ordonnance et intégralement prise en charge	16
Ouverture aux pharmaciens et infirmiers de la prescription de vaccins	- 11,5
TOTAL	Entre 977,1 et 980,1

Source : commission des finances à partir de l'annexe IX du PLFSS pour 2023.

(1) Annexe IX du PLFSS pour 2023.

(2) DRESS, Les dépenses de santé en 2021, édition 2022.

(3) Ibid.

• L'article 16 s'inscrit dans la continuité des mesures prises pour la lutte contre le covid-19, et vise spécifiquement les mesures de prévention contre le virus, à savoir la vaccination et l'isolement des personnes contaminées.

En cas de crise sanitaire grave et exceptionnelle, il est possible de déroger aux dispositions de droit commun pour le remboursement des frais de santé et la délivrance des prestations en espèce dont les indemnités complémentaires versées par l'employeur ⁽¹⁾. Plusieurs mesures ont ainsi été prises au plus haut de la crise du covid-19. D'une part, des modalités dérogatoires d'ouverture d'indemnités journalières et des indemnités complémentaires versées par l'employeur ont été mises en œuvre (sans conditions d'ouverture de droit, sans application de délai de carence, sans prise en compte pour les durées maximales des indemnités déjà versées aux assurés cas contact, présentant les symptômes en attente de dépistage, ou placés en quarantaine). D'autre part, l'assurance maladie a assuré des prises en charge intégrales de certains frais de santé, dont les injections et les consultations liées à la vaccination, les transports vers les centres de vaccination.

Enfin, un mécanisme visant à neutraliser le niveau exceptionnellement bas des revenus des travailleurs indépendants en 2020, pris en compte pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité, a été instauré par décret, en application de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire.

Ces dispositions ne peuvent toutefois pas être prises pour une durée supérieure à un an : les articles 93 et 96 de la LFSS pour 2022 et l'article 13 de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire ont permis de les prolonger jusqu'au 31 décembre 2022, mais ils arrivent également au terme de leur validité. Si elle marque un reflux depuis plusieurs mois, la crise sanitaire n'est pas terminée, et il apparaît nécessaire de prolonger ces mesures de prévention et de limitation de la propagation de l'épidémie.

L'article 16 du PLFSS pour 2023 vise donc à prolonger certaines de ces mesures dérogatoires jusqu'au 31 décembre 2023 au plus tard. Les mesures prolongées seraient les suivantes :

– conditions dérogatoires d'indemnisation par la sécurité sociale et les employeurs des assurés ayant réalisé un test PCR positif et devant s'isoler, en prévoyant des conditions dérogatoires à l'ouverture des indemnités journalières, au délai de carence de trois jours et aux durées maximales de versement de ces indemnités. Concernant le complément employeur, les dérogations pourront porter sur les conditions d'ancienneté, les secteurs d'activité ouvrant droit à indemnisation, les durées maximales de versement et le délai de carence. La prolongation des arrêts de travail dérogatoire pour les personnes contaminées devrait représenter 883 millions d'euros ;

(1) Articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1-1 du code du travail.

– conditions dérogatoires de prise en charge par l’assurance maladie des actes et injections liés à la vaccination contre le covid, permettant d’exonérer les assurés de ticket modérateur. Cette disposition devrait entraîner un coût de 54 millions d’euros environ ;

– reconduction de la neutralisation des revenus de l’année 2020 pour le calcul des indemnités journalières des indépendants. Le coût de cette mesure est estimé à 20 millions d’euros environ.

Ainsi, le coût total des dispositions prévues à l’article 16 devraient représenter 957 millions d’euros environ en 2023.

• L’article 17 a pour objet la mise en place de rendez-vous de prévention, à plusieurs âges considérés comme étant des moments clés dans la vie des assurés.

Plusieurs constats motivent cette nouvelle mesure : selon l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail (ANSES), seul 5 % des adultes ont une activité physique suffisante pour être protectrice. Par conséquent, 95 % de la population française adulte est exposé à un risque de détérioration de santé par manque d’activité physique ou d’un temps passé assis excessif. Or, ces personnes présentent des taux de mortalité et de morbidité plus élevés ⁽¹⁾.

Les assurés recevront une invitation aux rendez-vous de prévention, puis des relances, à une fréquence qui reste à définir. Ces consultations seront intégralement prises en charge par l’assurance maladie, sans avance de frais. Ces nouveaux rendez-vous s’ajoutent aux consultation « santé sexuelle » à destination des jeunes de 20 à 25 ans et aux rendez-vous de prévention de la dépendance à destination des personnes âgées de plus de 70 ans.

Plusieurs âges clés sont identifiés pour améliorer ou maintenir l’état général de santé :

– entre 20 et 25 ans, la prévention primaire doit permettre le repérage des conduites à risque, et notamment addictives et alimentaires, ainsi que, pour les femmes, la prévention du cancer du sein et du col de l’utérus ;

– entre 40 et 45 ans, le repérage des facteurs de risque, l’accompagnement dans le changement des habitudes de vie et le repérage de pathologies doivent permettre de prévenir l’apparition de maladies chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaire. Ces changements peuvent être l’arrêt du tabac, la sensibilisation au dépistage des cancers ou encore la connaissance des symptômes d’alerte des AVC et infarctus ;

(1) Avis de l’Agence nationale de sécurité sanitaire de l’alimentation, de l’environnement et du travail relatif à l’évaluation des risques liés aux niveaux d’activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées, 18 janvier 2022.

– entre 60 et 65 ans, le dépistage des facteurs de risques reste important, mais s’accompagne de la prise en charge des troubles auditifs, visuels, olfactifs, ainsi que des troubles de la locomotion.

D’après les estimations de l’INSEE, environ 800 000 assurés de 25 ans, 865 000 assurés de 45 ans et 679 000 personnes de 65 ans devraient bénéficier de cette mesure. Le taux de recours estimé ne devrait être que de 15 % en 2023, puis devrait croître pour atteindre 45 % à 50 % en 2025. D’après les estimations du Gouvernement, le coût de la mesure devrait par conséquent être de 9,6 millions d’euros en 2023, et devrait croître progressivement pour atteindre 28,9 millions d’euros en 2025 ⁽¹⁾.

Ces estimations doivent toutefois être considérées avec prudence : le coût de la mesure dépendra du taux de recours et du tarif qui sera retenu (46 euros, soit le tarif d’une consultation chez un spécialiste, ou 25 euros, soit le tarif d’une consultation classique par un généraliste).

Cependant, si un tel dispositif de prise en charge préventive globale de la santé venait à faire ses preuves, des économies devraient être enregistrées à plus long terme. À titre d’exemple, le coût social des 41 000 décès évitables causés par la consommation d’alcool est estimé à 118 milliards d’euros. Le coût social du tabac est également proche de 120 milliards d’euros ⁽²⁾. Les diabètes, les maladies cardiovasculaires et les cancers représentent un quart des dépenses annuelles de l’assurance maladie, soit près de 50 milliards d’euros ⁽³⁾. Dès lors, les conséquences positives du développement et de la systématisation de la prévention sont potentiellement massives pour l’assurance maladie.

• L’article 18 propose d’élargir à d’autres infections sexuellement transmissibles (IST) que le VIH le dépistage sans ordonnance et la prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans.

La feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, qui couvre quant à elle la période 2017-2023, fait de la lutte contre les IST un axe majeur. Dans cette optique, la LFSS pour 2022 a permis aux assurés d’obtenir la prise en charge complète du dépistage du VIH par sérologie en laboratoire sans prescription médicale.

Un dispositif similaire gagnerait à être appliqué aux autres IST, dont la prévalence est en hausse. À titre d’exemple, la syphilis est en augmentation marquée chez les femmes, avec une hausse des cas de 26 % entre 2016 et 2018, et de 116 % dans les départements d’outre-mer. Au cours de la même période, les infections à

(1) *Annexe IX au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.*

(2) *Pierre Kopp, Le coût social des drogues en France, Observatoire français des drogues et des tendances addictives, 10 septembre 2015.*

(3) *Cour des comptes, La politique de prévention en santé, les enseignements tirés de l’analyse de trois grandes pathologies, Communication au comité d’évaluation et de contrôle des politiques publiques de l’Assemblée nationale, novembre 2021.*

gonocoque ont cru de 53 % ⁽¹⁾. Si l'augmentation des dépistages peut expliquer une partie de cette hausse, « *une augmentation réelle de l'incidence est très probable, notamment dans la mesure où le nombre de diagnostics d'infection à gonocoque chez des patients symptomatiques augmente* » ⁽²⁾.

Parallèlement à la recrudescence des IST, le nombre de dépistage a fortement diminué durant la crise sanitaire : en 2020, le nombre de dépistages d'infections à *Chlamydia trachomatis* a diminué de 6 % dans les laboratoires privé et de 30 % dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), celui des infections à gonocoque de 5 % dans les laboratoires et 28 % dans les CeGIDD, et celui de la syphilis de 6 % et de 31 % ⁽³⁾.

Il apparaît donc nécessaire d'encourager la reprise des dépistages, ce que propose de faire cet article de plusieurs manières :

– en permettant le remboursement partiel sans ordonnance en laboratoire de biologie médicale du dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles que le VIH (le dépistage du VIH bénéficiant d'ores et déjà de ce remboursement partiel ⁽⁴⁾) ;

– en permettant le remboursement intégral du dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et gonocoque pour les personnes de moins de 26 ans.

Les dépistages réalisés sans ordonnance en laboratoire seront pris en charge par l'assurance maladie, pour un coût estimé compris entre 6 et 9 millions d'euros.

• L'article 19 propose de renforcer l'accès à la contraception en étendant aux femmes majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie, sans prescription médicale.

La contraception d'urgence est utilisable dans les jours suivant un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non désirée. Deux méthodes de contraception d'urgence existent : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre.

La délivrance en pharmacie de la pilule de contraception d'urgence est possible sans prescription pour toutes les femmes, sauf pour les mineures, pour qui elle est gratuite sans prescription. En cas de prescription, elle est remboursée à 65 % pour les personnes de plus de 26 ans et à 100 % pour les personnes de moins de 26 ans.

(1) Santé publique France, Bulletin de santé publique sur la surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes, novembre 2019.

(2) Ibid.

(3) Santé publique France, Bulletin de santé publique sur la surveillance du VIH et des IST bactériennes, décembre 2021.

(4) Article L. 162-13-2

Malgré les conditions d'accès adaptées au caractère d'urgence de ce type de contraception, selon la Haute autorité de santé (HAS), une grossesse sur trois resterait non prévue et la moitié de ces grossesses fait l'objet d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) ⁽¹⁾.

Selon la HAS, les principales limites à l'usage de la contraception d'urgence sont les difficultés d'accessibilité, les freins financiers et la gratuité limitée aux mineurs, et la réglementation encadrant la délivrance en milieu scolaire. La HAS note également que l'impossibilité de délivrer aux garçons mineurs une PCU est un frein supplémentaire à la responsabilité partagée des hommes et des femmes.

L'article 19 propose donc d'élargir aux femmes majeures la délivrance avec prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie, sans prescription et quel que soit l'âge de la personne.

Au regard du nombre de boîtes de PCU vendues par an en pharmacie (5,93 millions) et du prix moyen d'une boîte de contraception d'urgence (4,52 euros), ainsi que des remboursements déjà pris en charge par l'assurance maladie, le coût potentiel de la mesure atteindrait 16 millions d'euros par an.

• L'article 20 vise à permettre aux pharmaciens, aux infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé.

Les articles 15 et 16 de la loi n° 21-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ont permis aux pharmacies et aux laboratoires de biologie médicale d'administrer des vaccins.

L'article 20 du PLFSS pour 2023 propose de compléter cette disposition par une compétence de prescription des vaccins au bénéfice des infirmiers, des pharmaciens d'officine et de pharmacies à usage intérieur ainsi que des laboratoires de biologie médicale. La liste des vaccins devrait être fixée par voie réglementaire et devrait concerner tous les vaccins du calendrier des vaccinations recommandées ou obligatoires.

En outre, les sages-femmes disposent d'ores et déjà d'une compétence de prescription des vaccins de la femme et de l'enfant, dans des conditions fixées par décret ⁽²⁾. L'article 20 propose de préciser leur champ de compétence, en indiquant qu'elles peuvent prescrire certains vaccins dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé après avis de la HAS et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, et peuvent administrer certains vaccins dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de HAS.

(1) Haute autorité de santé, recommandations en santé publique, contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance, avril 2013.

(2) Article L. 4151-2 du code de la santé publique.

Cette mesure poursuit un double objectif : d'une part, faciliter l'accès à la vaccination, et d'autre part générer des économies pour le système de santé.

L'assurance maladie prévoit que 800 000 vaccins seront prescrits en pharmacie en 2023, soit un tiers des prescriptions (au total, 2,5 millions de vaccins sont prescrits par an). Or, le différentiel de coût pour l'assurance maladie entre une prescription par le médecin est une prescription par le pharmacien n'est pas négligeable : le coût de la prescription est respectivement de 25 ou 26 euros ⁽¹⁾ et de 9,6 euros ⁽²⁾. Au regard de ces différents éléments, l'économie est estimée à 11,55 millions d'euros en 2023. Pour les années 2024 et 2025, les prévisions fournies dans l'annexe IX du PLFSS pour 2023 prévoient une augmentation de la part des vaccins prescrits par les pharmaciens, qui passerait à 35 % puis à 44 %. L'économie augmenterait en conséquence, atteignant 12,5 millions d'euros puis 11,4 millions d'euros.

L'annexe IX ne permet toutefois pas d'estimer l'économie permise par l'ouverture de la prescription aux infirmiers, « *faute de connaître en mai 2022 la tarification de cette prescription* » ⁽³⁾. Le rapporteur pour avis déplore ce manque d'informations, qui ne permet pas d'estimer l'économie totale permise par cette mesure. En outre, s'ajoute à cette économie les moindres dépenses de long-terme permises par la simplification du parcours vaccinal permise par cette disposition.

(1) Le tarif de la consultation est de 25 euros pour la consultation du médecin traitant et de 26 euros pour la consultation d'un médecin généraliste qui n'est pas le médecin traitant.

(2) Annexe IX. du PLFSS pour 2023.

(3) Ibid.

**Bilan du dispositif du « 100 % santé » :
des effets significatifs mais inégaux selon les secteurs**

Le dispositif « 100 % santé », instauré par la LFSS pour 2019, a pour objectif de supprimer les restes à charge sur certaines audioprothèses, prothèses dentaires et lunettes, *via* un financement conjoint de l'assurance maladie et des mutuelles ⁽¹⁾, afin de limiter le renoncement aux soins et de faire diminuer la charge financière que représentent ces équipements pour les assurés. L'audiologie était, avant la réforme, particulièrement sujette au renoncement aux soins : en 2008, 66,5 % des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives très graves à totale n'étaient pas équipées.

Concrètement, pour chacun des trois secteurs concernés, un panier « 100 % santé » regroupant des équipements intégralement remboursés a été créé. Les prix de ces équipements sont plafonnés et la prise en charge par l'assurance maladie et la mutuelle a été revalorisée. Les audioprothésistes, les opticiens et les dentistes ont désormais l'obligation de fournir un devis comportant au moins une offre appartenant au panier « 100 % santé ». Si les résultats du dispositif sont globalement convaincants, ils sont inégaux selon les secteurs :

– concernant les audioprothèses, pour lesquelles le renoncement aux soins étaient auparavant significatifs, la pénétration des équipements « 100 % santé » est très satisfaisante : en janvier 2021, 42 % des équipements délivrés relevaient du panier. Ce taux s'est ensuite stabilisé à 38 % au cours de l'année 2021 ⁽²⁾ ;

– les prothèses dentaires du panier « 100 % santé » représentent 55,6 % des équipements délivrés en 2021, signe du succès de la mesure ;

– la réforme a toutefois eu moins d'effets sur les équipements optiques, pour lesquels les restes à charge étaient déjà plus faibles et des offres sans reste à charge existaient déjà. En 2021, seulement 16,9 % des paires de lunettes sont composées d'au moins un équipement « 100 % santé ». Toutefois, le dispositif appliqué au secteur optique bénéficie proportionnellement plus aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) : 98,3 % des paires de lunettes délivrées aux bénéficiaires de la CSS en 2021 relèvent du panier « 100 % santé ».

Le rapporteur spécial souligne la nécessité de mener des évaluations régulières du dispositif, les données disponibles à ce jour n'offrant pas un recul très important et pouvant être biaisées par les effets de rattrapage du covid-19. Il salue toutefois le renforcement de l'accompagnement des professionnels par l'assurance maladie et l'augmentation des visites et contrôles par les CPAM, tous les professionnels de santé n'ayant pas accueilli le dispositif avec le même enthousiasme. En septembre 2021, 10 600 opticiens ont par exemple reçu un courrier de l'assurance maladie les invitant à poursuivre leurs efforts en matière de présentation des offres « 100 % santé » ⁽³⁾. Le rapporteur pour avis invite à prolonger cet effort en intensifiant les contrôles et les sanctions pour les opticiens qui ne prendraient pas pleinement part à la mise en œuvre du « 100 % santé ».

Le rapporteur salue les propositions formulées par l'assurance maladie dans son rapport « Charges et produits pour l'année 2023 », notamment l'extension du « 100 % santé » à de nouveaux produits, dont les semelles orthopédiques et l'orthodontie.

b. Mesures de lutte contre la désertification médicale et le recours excessif à l'intérim médical

Le PLFSS pour 2023 comprend deux mesures renforçant la lutte contre la désertification médicale. **Plusieurs mesures de la stratégie « Ma santé 2022 » visant le même objectif ont déjà été mises en œuvre et sont venues compléter les dispositifs existants.** Peuvent notamment être citées les mesures visant à libérer du temps médical en s'appuyant sur d'autres professionnels de santé. **Dans cette optique, le déploiement des assistants médicaux est en cours, et s'avère très efficace.**

D'après les informations communiquées au rapporteur, une enquête réalisée par la CNAM souligne que les médecins, assistants et patients sont très satisfaits du dispositif et que ces médecins augmentent leur patientèle et leur file active. D'après les éléments obtenus de la part de la CPAM, si tous les médecins avaient un assistant médical, les problèmes d'accès sur le territoire seraient quasiment réduits à néant.

Les médecins qui embauchent un assistant médical bénéficient d'une aide financière de l'assurance maladie, allant de 36 000 euros la première année en zone sous-dense à 7 000 euros pour la troisième année.

La création de la catégorie des infirmiers en pratique avancée (IPA) par la loi de modernisation de notre système de santé vise également à créer une nouvelle catégorie de professionnels de santé, ayant vocation à exercer de manière collective avec un médecin et à suivre les patients du médecin, notamment pour le suivi des maladies chroniques.

Le rapporteur pour avis recommande toutefois que soit facilité l'accès à la formation des IPA et que soit révisé son contenu, afin de permettre à un plus grand nombre de candidats de pouvoir y postuler. En effet, la durée de deux années complètes d'études rend cette filière inaccessible à un grand nombre de personnes. Une place plus importante pourrait par exemple être laissée à la formation continue.

L'exercice collectif est également permis par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créés en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé et fortement encouragés par « Ma santé 2022 ». Ces communautés permettent l'exercice collectif de plusieurs catégories de professionnels de santé sur un territoire. Les CPTS bénéficient de financements de l'assurance maladie à condition qu'ils concluent un contrat décliné de l'accord conventionnel interprofessionnel signé entre les professionnels impliqués, la CPAM et l'ARS.

(1) Pour les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable ou pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

(2) Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

(3) CNAM, rapport « Charges et produits » pour 2023, septembre 2022.

Enfin, des incitations financières à l'installation dans les zones sous-denses existent, dont par exemple le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) qui ouvre droit à une aide forfaitaire de 50 000 euros permettant de faire face aux investissements liés à l'installation, si l'installation se fait en zone sous-dense et que le médecin participe au dispositif de permanence des soins.

Le LFSS pour 2023 apporte de nouveaux éléments en soutien à cette volonté de lutter contre la désertification médicale.

• L'article 23 vise à créer une quatrième année de diplôme d'études spécialisée de médecine générale, qui se déroulerait en priorité dans les zones sous-denses.

Toutes les spécialités médicales à l'exception de la médecine générale comprennent, au cours de l'internat de médecine, une phase de consolidation permettant aux étudiants en médecine d'accéder au statut de docteur *junior* et d'exercer dans le cadre de leur stage une activité en autonomie.

L'article 23 propose d'ajouter cette année supplémentaires aux étudiants en médecine générale. Elle serait exercée en priorité dans les zones sous-denses. Les modalités pratiques de cette mesure seront toutefois fixées après réception des propositions d'une mission interministérielle. L'incidence budgétaire de cette mesure ne sera visible qu'à partir de 2026, étant donné que la première promotion d'internes concernée est celle qui débute l'internat en 2022.

Le rapporteur pour avis salue cette mesure, qui va dans le sens d'une nécessaire revalorisation de la médecine générale, délaissée pendant quelques années par les étudiants en médecine, et pourtant essentielle pour les assurés. Il déplore toutefois les incertitudes qui entourent cette mesure, dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas connues à ce jour. En outre, l'article L. 632-2 du code de l'éducation tel que modifié par l'article 23 indiquerait seulement que les stages sont réalisés « *en priorité dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique* », c'est-à-dire « *les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* ». Cette rédaction reste peu précise et ne permet pas de savoir comment cette priorité sera rendue effective, ni si l'installation dans ces zones sera impérative ou non pour les étudiants en médecine.

• L'article 24 propose de simplifier et de rationaliser les aides à l'installation.

D'après le rapport du sénateur Bruno Rojouan, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, 30 % de la population française vit dans un « désert médical », 1,6 million d'assurés renoncent chaque année à des soins médicaux, et l'attente pour avoir rendez-vous chez un ophtalmologiste peut atteindre 189 jours ⁽¹⁾.

(1) Rapport d'information de M. Bruno Rojouan, fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, « Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard », 29 mars 2022.

Il existe de nombreux dispositifs visant à inciter les médecins libéraux à s'installer ou à rester dans les zones les plus fragiles :

– l'assurance maladie propose quatre contrats différents dans cette optique : le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de transition pour les médecins (COTRAM), le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) et le contrat de solidarité territoriale médecins (CSTM) ;

– l'État propose le contrat de début d'exercice (CDE) à destination des médecins exerçant depuis moins d'un an, et étant donc déjà installés ;

– certaines collectivités territoriales proposent des aides de soutien à la primo-installation et à l'installation dans leurs territoires.

La diversité des dispositifs et des intervenants ainsi que les différences de critères d'accès à chacun des dispositifs sont toutefois peu lisibles et entraînent l'existence de doublons qui entrent en concurrence.

L'article 24 propose de supprimer le CDE, financé par l'État, et de renvoyer l'ensemble des dispositifs à la discussion conventionnelle. Les partenaires conventionnels devront donc redéfinir le paysage des aides à l'installation, avec un objectif de simplification. Le CDE reste toutefois maintenu pour les étudiants et les remplaçants, qui ne peuvent prétendre aux aides conventionnelles. En outre, les aides octroyées par l'assurance maladie ne font l'objet d'aucune modification.

En complément de cet effort de rationalisation, dont les effets ne seront visibles qu'à long-terme, l'article 26 propose de créer un guichet unique et un comité d'aide à l'installation dans chaque département, dont la mission sera de coordonner l'action des différents acteurs publics du territoire.

En termes budgétaires, cette mesure constitue une économie de trois millions d'euros, qui sera néanmoins compensée dans des proportions inconnues dans le cadre du nouveau dispositif simplifié, décidé par la prochaine convention médicale de 2023.

• **En complément de ces mesures d'accompagnement des jeunes médecins, l'article 25 du PLFSS pour 2023 propose d'encadrer l'intérim médical et paramédical en établissements de santé**, dont la croissance est exponentielle depuis quelques années. Au-delà des incidences potentielles sur la qualité et la continuité des soins, un recours excessif à l'intérim médical engendre des coûts significatifs et essentiellement subis pour les établissements. Les inconvénients de l'intérim sont particulièrement marqués concernant les jeunes médecins, qui n'ont pas d'autres expériences préalables sur lesquelles s'appuyer, à l'exception des stages effectués lors des études de médecine.

La disposition proposée repose sur l'interdiction de l'intérim médical et paramédical en début de carrière. Ne pourront être recrutés par cette modalité d'exercice que les professionnels justifiant d'une activité préalable d'une durée minimale, qui sera définie par décret, effectuée dans un cadre autre qu'un contrat

de mission conclu avec une entreprise de travail temporaire. D'après les informations communiquées au rapporteur pour avis, la durée minimale d'exercice préalable serait de deux ans.

D'après l'annexe IX, l'économie permise par cette mesure représenterait 8,2 millions d'euros pour les personnels médicaux et 31,2 millions d'euros pour les personnels paramédicaux, soit une économie totale de 39,4 millions d'euros.

Les mesures de lutte contre la fraude

Le PLFSS pour 2023 comporte plusieurs mesures de lutte contre la fraude aux prestations sociales, en sus des dispositions de l'article 41 (cf. *infra*).

L'article 42 propose d'étendre la procédure de déconventionnement d'urgence à d'autres catégories de professionnels de santé que les professionnels de santé libéraux et en centres de santé. Le déconventionnement d'urgence, créé par l'article 104 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, permet de suspendre rapidement le conventionnement d'un professionnel de santé à titre conservatoire lorsqu'il est constaté une violation particulièrement grave de ses engagements conventionnels, notamment en cas de préjudice financier pour l'assurance maladie. Après l'adoption de cet article, cette procédure pourra être appliquée à d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens, les distributeurs de la liste des produits et prestations (LPP), les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés. D'après l'annexe IX, le gain réalisé par la mise en œuvre de cette mesure serait de 5 millions d'euros par an.

L'article 43 vise à limiter les arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation aux arrêts prescrits par le médecin traitant du patient, ou aux cas dans lequel ce dernier a consulté le médecin prescripteur au cours de l'année qui précède la prescription de l'arrêt. Cette mesure vise à réduire les cas d'abus sur les arrêts de travail, favorisés par l'absence de suivi des patients. 27 % des arrêts de travail issus d'une téléconsultation sont en effet prescrits par un médecin autre que le médecin traitant de l'assuré, et la CNAM note une hausse exponentielle de la quantité d'IJ prescrites en ligne, *via* des plateformes de téléconsultation. Au regard du montant des IJ prescrites par téléconsultation en 2021, soit 95 millions d'euros, et de l'hypothèse que la moitié de ces prescriptions a été réalisée par un autre médecin que le médecin traitant, l'économie permise serait, d'après l'annexe IX, de 47,5 millions d'euros. Le rapporteur souligne toutefois le caractère optimiste de cette estimation, fondé sur des hypothèses maximalistes.

Enfin, l'article 44 vise à permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de facture. Cette mesure renforce le droit existant, qui permet d'établir une sanction sur la base d'un contrôle par échantillonnage puis extrapolation, mais pas de récupérer l'indu en lui-même. Concrètement, cette mesure permettrait aux caisses de procéder à une évaluation forfaitaire d'un indu à partir du contrôle partiel de l'activité d'un professionnel de santé, à l'issue d'une procédure contradictoire. À défaut d'accord, la caisse pourra notifier l'indu forfaitaire, qui pourra faire l'objet d'un recours contentieux.

D'après l'annexe IX, la notification d'un indu extrapolé à la suite de contrôles par échantillonnage permettra de majorer de 10 % le montant des sommes notifiées pour fraudes, entraînant un gain de 5 millions d'euros.

II. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Alors que la croissance des dépenses de la branche retraite est restée modérée en 2021 (A), les effets de l'inflation devraient être massifs en 2022 (B) et en 2023 (C).

A. LA MODÉRATION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE PAR LA FAIBLESSE DE LA REVALORISATION APPLIQUÉE EN 2021

Les dépenses de la branche retraite atteignent en 2021 250,5 milliards d'euros, pour un objectif fixé en LFSS pour 2021 à 251,9 milliards d'euros.

L'année 2021 a été caractérisée par un niveau de revalorisation des pensions particulièrement bas (+ 0,4 % en moyenne pour l'ensemble des régimes après + 0,7 % pour l'ensemble des régimes en 2020) ⁽¹⁾, expliqué par la faiblesse de l'inflation.

Les dépenses de la branche vieillesse incluent également celle du fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont la mission est de financer au moyen de recettes qui lui sont affectées des avantages vieillesse non-contributifs, le minimum vieillesse (ASPAs et des anciennes allocations pour lesquelles il n'y a pas de nouveaux bénéficiaires) et les cotisations afférentes aux périodes non travaillées. Cette prise en charge relève de la solidarité nationale : elle ne repose pas sur la logique contributive qui caractérise le fonctionnement de droit commun des régimes de sécurité sociale.

Les dépenses du FSV s'élèvent en 2021 à 19,3 milliards d'euros, en faible augmentation par rapport à 2020 (0,7 %).

La croissance de ses dépenses par rapport à 2020 s'explique principalement par la croissance du nombre de bénéficiaire de l'ASPAs, passés de 460 720 personnes en 2020 à 501 395 personnes en 2021. En outre, il convient de noter que l'année 2021 marque la fin du financement du minimum contributif par le FSV, qui avait soutenu ses dépenses jusqu'en 2020.

Si les prises en charge de cotisations ont légèrement cru (+ 1,6 %), cette croissance ralentit significativement par rapport à 2020.

La baisse des prises en charge des périodes de chômage et des IJ expliquent ce net ralentissement. En effet, au cours de cette dernière année, le FSV a pris en charge l'activité partielle et les nombreuses indemnités journalières liées à la crise sanitaire (les dépenses de prise en charge des cotisations avaient alors augmenté de 7,3 % par rapport à 2020). La normalisation de la situation économique et sanitaire a conduit à modérer les dépenses de prises en charge de cotisations du FSV.

(1) Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

B. DES DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2022 TIRÉES PAR L'INFLATION

L'objectif de dépenses de la branche vieillesse est rectifié à 261,9 milliards d'euros en 2022, pour une prévision initiale de 256,6 milliards d'euros. L'objectif revu dépasse donc de 2,1 % la prévision et de 4,6 % les dépenses constatées pour 2021.

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation :

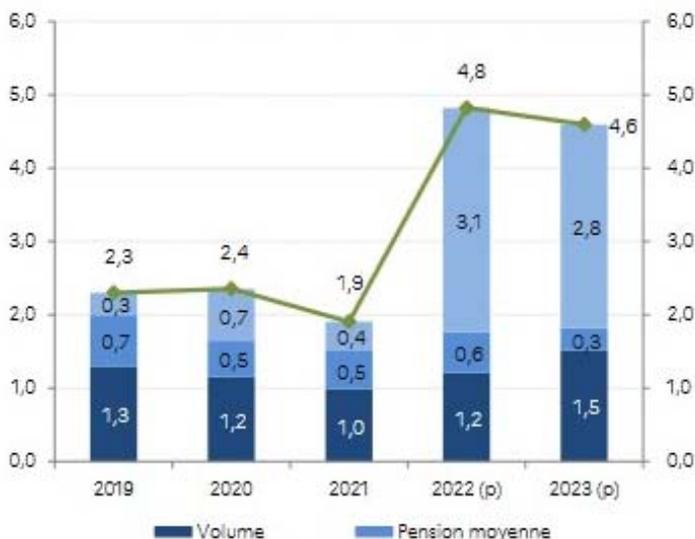
– un effet volume, avec l'augmentation des effectifs de retraités en raison, d'une part, de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du *baby-boom* et, d'autre part, par l'allongement de l'espérance de vie. Le ratio démographique du régime se dégrade donc, pour atteindre 1,3 cotisant pour un retraité, contre 1,6 cotisant pour un retraité au début des années 2000 ;

– un effet valeur, avec la croissance de la pension moyenne des retraités hors revalorisation (effet noria, le niveau de pension des nouveaux retraités étant en moyenne et tendanciellement plus élevé que le niveau des pensions des retraités qui décèdent) ;

– **un effet revalorisation, dont l'effet serait très marqué en 2022 après plusieurs années de faible inflation.** En effet, deux revalorisations sont intervenues au cours de l'année : la revalorisation « de droit commun » de 1,1 % au 1^{er} janvier 2021, puis la revalorisation anticipée de 4 % au 1^{er} juillet 2022, en application de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat. Il convient toutefois de noter que la revalorisation de juillet 2022 est une anticipation de la revalorisation de 2023, et sera donc imputée sur son niveau : cette dernière ne s'élèvera donc qu'à 0,8 %.

Concernant les dépenses de la branche retraite du régime général (qui représentent 90 % des dépenses de pensions), l'effet volume contribuerait à 1,2 point de croissance et l'effet noria à 0,6 point de croissance sur le périmètre des droits propres, tandis que l'effet revalorisation expliquerait 3,1 points de croissance.

CONTRIBUTION DES DIFFÉRENTS FACTEURS À L'ÉVOLUTION DES DROITS PROPRES



Source : commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

Les dépenses du FSV seraient en net repli par rapport à 2021, diminuant de 6,5 %⁽¹⁾. Les différentes composantes de cette dépense suivent toutefois des évolutions divergentes :

- les dépenses de prise en charge de cotisations devraient diminuer de 9,6 %, à la faveur de la baisse du nombre de chômeurs faisant l’objet d’une prise en charge (– 9,5 %). La prise en charge de périodes d’activité partielle décroît également par rapport à 2021. Les prises en charge de cotisations maladie, invalidité et AT-MP augmenteraient toutefois (+ 7,4 %), en raison de la vague épidémique du début de l’année 2022 ;

- les dépenses de prise en charge de prestations devraient augmenter de 4,6 %, principalement en raison de la revalorisation anticipée des pensions de 4 % au 1^{er} juillet (cf. *infra*), pesant sur les dépenses du minimum vieillesse.

(1) Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

C. DES EFFETS PERSISTANTS DE L'INFLATION EN 2023 ET DES DÉPENSES STRUCTURELLEMENT EN CROISSANCE

Si les effets en année pleine des revalorisations sont significatifs en 2023 (1), cette tendance haussière devrait également se poursuivre par la suite, soulevant des interrogations quant à la soutenabilité du régime de retraite à droit constant (2).

1. L'objectif de dépenses et les dépenses du FSV

L'objectif de dépenses serait de 273,3 milliards d'euros en 2023, en hausse de 4,5 % par rapport à 2022.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2019	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution entre 2022 et 2023	Évolution entre 2023 et 2026
241,3	246,1	250,5	261,9	273,7	289,7	303,3	313,7	4,5 %	14,6 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

Cette augmentation importante des dépenses de retraite s'explique en premier lieu par l'inflation : les pensions sont indexées sur l'inflation et ont fait l'objet d'une revalorisation anticipée de 4 % en juillet 2022 en application de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat. Les effets de l'inflation sont conséquents : en 2023, les revalorisations de pensions liées à l'inflation porteraient l'essentiel de la progression des charges de la branche, soit 4,5 % (contre une croissance de 4,2 % des recettes). L'incidence des effets volume et noria serait moindre : sur le périmètre des droits propres seulement, l'effet volume expliquerait une hausse de 1,5 point de croissance, l'effet noria 0,3 point de croissance, tandis que les revalorisations contribueraient à hauteur de 2,8 points à la croissance.

Les dépenses du FSV devraient sensiblement croître entre 2022 et 2023 (+ 7,2 %). Les dépenses de prise en charge des cotisations augmenteraient de 8,5 % et celle de prise en charge des prestations de 4,5 %.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2019	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution entre 2022 et 2023	Évolution entre 2023 et 2023
18,8	19,1	19,3	18	19,3	19,7	20	20	7,2 %	3,6 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

La hausse de la cotisation forfaitaire engendrée par la hausse du SMIC devrait peser sur la prise en charge de cotisations par le FSV, tandis que la revalorisation des pensions continuerait à augmenter les dépenses de prestations.

2. L'évolution des dépenses après 2023

À partir de l'année 2023, les effets du vieillissement démographique se feront sentir nettement sur la branche vieillesse, par l'augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite. Le conseil d'orientation des retraites (COR) confirme ce changement démographique majeur : le nombre de retraités de droit direct devrait passer de 16,8 millions de personnes en 2020 à 23,1 millions de personnes en 2070, en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby-boom. Par conséquent, « *le rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités diminuerait sensiblement, passant de 1,7 cotisant à 1,2 cotisant par retraité de droit direct en 2002 à l'horizon de la projection [l'année 2070]* » ⁽¹⁾.

L'importante croissance des cohortes partant en retraite au cours des années à venir entraîne deux conséquences majeures, l'une systémique et l'autre plus opérationnelle :

– **après avoir retrouvé un solde excédentaire en 2021, le solde des régimes obligatoires de base de retraite devrait progressivement se dégrader entre 2021 et 2032**, sous l'effet de la croissance des dépenses de retraite. Entre 2023 et 2026, elles augmenteraient par exemple de 16,4 %, tandis que les dépenses ne croitraient que de 10,3 % ⁽²⁾. D'après les projections, la capacité du régime à revenir à l'équilibre dépend des conventions retenues et des évolutions de la croissance économique, mais est très incertaine ;

– d'un point de vue opérationnel, **la forte augmentation du nombre de dossiers à traiter représente un défi pour la CNAV et les CARSAT**, qui ne sont pas dimensionnées pour absorber une quantité de demandes beaucoup plus importante que les capacités actuelles. Le rapporteur pour avis souligne la nécessité de garantir à la CNAV et aux CARSAT la possibilité de traiter l'afflux de nouveaux dossiers. La future COG devra prendre en compte cet aspect.

(1) Conseil d'orientation des retraites (COR), Rapport annuel, septembre 2022.

(2) Annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

III. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

Si les dépenses de la branche famille sont stables depuis plusieurs années comme en 2021 (A), les effets de la revalorisation des prestations seront marqués en 2022 (B) et en 2023, année au cours de laquelle des mesures nouvelles concourront également à augmenter les dépenses (C).

A. DES DÉPENSES QUI REFLÈTENT EN 2021 LE RALENTISSEMENT DE LA NATALITÉ

Les dépenses de la branche famille atteignent en 2021 48,9 milliards d'euros, pour un objectif fixé en LFSS pour 2021 à 49,3 milliards d'euros. Si les dépenses de la branche ont diminué de 1,1 milliard d'euros par rapport à 2020, elles ont augmenté de 0,3 % à périmètre constant ⁽¹⁾.

Cette différence s'explique par le transfert à la CNSA de l'allocation pour l'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) dans le cadre de la création de la branche autonomie.

Les dépenses de prestations légales, qui comprennent les prestations légales directement versées par la CNAF, les prestations au titre de l'action sociale et les prestations financées par la CNAF et versées par d'autres branches ou organismes, ont diminué de 0,6 % à périmètre constant par rapport à 2020, reflétant la baisse tendancielle du nombre d'enfants couverts par les prestations (entre 2011 et 2019, le nombre des naissances a baissé de 823 000 à 753 000 ⁽²⁾). La faiblesse de la revalorisation des prestations (0,1 %) explique également la modération des dépenses de la branche.

B. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE MARQUÉES PAR LA REVALORISATION DES PRESTATIONS

En 2022, les dépenses de la branche devraient atteindre 50,9 milliards d'euros, pour une prévision initiale de 49,7 milliards d'euros. Le montant total des prestations versées devrait augmenter de 4 %, essentiellement en raison de la revalorisation, anticipée au 1^{er} juillet, à hauteur de 4 %, de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), qui s'ajoute à la revalorisation légale de 1,8 % appliquée au 1^{er} avril.

(1) Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

(2) Cour des comptes, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2022.

C. DES DÉPENSES DYNAMIQUES EN 2023, EN RAISON DE L'EFFET DES REVALORISATIONS EN ANNÉE PLEINE ET DES MESURES NOUVELLES

L'évolution des dépenses de la branche serait significative entre 2022 et 2023, année au cours de laquelle elles atteindraient 55,3 milliards d'euros (+ 8,6 %). Cette croissance s'explique d'une part par l'évolution naturelle des dépenses (1) et d'autre part par l'incidence des mesures nouvelles (2).

1. Les déterminants de l'évolution hors mesures nouvelles

Avant prise en compte de l'incidence des mesures nouvelles, le montant total des prestations financées par la CNAF augmenterait de 2,1 % (1). Concernant les prestations légales seulement, la hausse de 2,9 % s'expliquerait par l'extension en année pleine des revalorisations de l'année 2022. Entre 2023 et 2026, les dépenses de la branche famille resteraient dynamiques (+ 11 % sur la période).

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2019	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution entre 2022 et 2023	Évolution entre 2023 et 2026
49,9	50	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4	8,6 %	11,0 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses

● **L'article 36 du PLFSS pour 2023 propose de modifier et d'élargir le bénéfice du dispositif du complément de libre choix du mode de garde (CMG).**

Le CMG solvabilise la garde par un assistant maternel, une garde à domicile ou une micro-crèche (2) pour les familles qui exercent une activité professionnelle, sont en parcours d'insertion ou qui recourent à certains modes d'accueil pour leur enfant de moins de six ans. Le montant du CMG est modulé en fonction des ressources et de la composition de la famille.

(1) Commission des comptes de la sécurité sociale, rapport de septembre 2022.

(2) À condition que cette dernière ait opté pour un financement direct par le CMG plutôt que par la prestation de service unique (PSU), également financé par la branche famille.

BARÈME DE CALCUL DU CMG « EMPLOI DIRECT » APPLICABLE

Barème applicable au CMG « emploi direct » ¹			
Enfant à charge	Revenus (R)		
	Inférieurs à	Inférieurs à	Supérieurs à
1 enfant	21 320 €	47 377 €	47 377 €
2 enfants	24 326 €	54 102 €	54 102 €
3 enfants	27 372 €	60 827 €	60 827 €
Par enfant en plus	3 026 €	6 725 €	6 725 €
Montants au 1er juillet 2022			
	CMG maximal	CMG intermédiaire	CMG minimal
Enfant de moins de 3 ans	498,33 €	314,24 €	188,52 €
Enfant de 3 à 6 ans	249,16 €	157,15 €	94,26 €

Source : annexe IX du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

En 2020, 715 000 foyers bénéficiaient du CMG « emploi direct – assistant maternel » et 55 490 foyers bénéficiaient du CMG « emploi-direct – garde à domicile », pour une dépense respective de 5,12 milliards d’euros et de 264 millions d’euros. Le CMG « structure » comptait quant à lui en juin 2020 81 000 foyers bénéficiaires, pour une dépense de 524 millions d’euros⁽¹⁾.

Malgré le nombre important de bénéficiaires, le mode de calcul du CMG « emploi direct » présente plusieurs inconvénients. Tout d’abord, il induit des restes à charge et des taux d’efforts horaires souvent supérieurs à ceux observés en cas de recours à une crèche. Cette situation tend à décourager certaines familles de se tourner vers l’emploi direct, alors que les assistants maternels constituent l’offre d’accueil la plus riche sur le territoire. En outre, ce mode de calcul fondé sur un barème forfaitaire et un plafond de prestation entraîne des effets de seuils importants selon les ressources des bénéficiaires, et induit un taux d’effort plus élevé pour les foyers ayant des ressources modestes et pour les foyers ayant les besoins d’heures de garde les plus importants. Le taux d’effort décroît au contraire avec la hausse des revenus. En comparaison, la participation des familles en accueil en établissement d’accueil du jeune enfant (EAJE) est proportionnelle à leur recours et aux ressources, entraînant un taux de participation relativement uniforme.

Il convient également de noter que le CMG ne solvabilise pas la garde d’enfant au-delà de six ans, pourtant très utile notamment pour les familles monoparentales, et que le CMG ne peut être partagé en cas de résidence alternée de l’enfant.

Pour répondre à ces limites, l’article 36 propose la mise en œuvre de plusieurs dispositions, dont l’entrée en vigueur est prévue en 2025 :

- rapprochement du barème des modes d’accueil individuels de celui des crèches, par le calcul d’un CMG horaire, permettant de tenir compte du niveau de recours, et linéaire, correspondant à un niveau de taux d’effort fonction des ressources et de la composition du foyer. D’autres paramètres sont également aménagés par cet article, afin de tirer les conséquences de la rénovation du mode de

(1) Annexe IX du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

calcul : il supprime notamment la règle d'un plafonnement du CMG à 85 % de la dépense du parent, et ne différencie pas le calcul du CMG selon l'âge des enfants. Le coût de la réforme des modes de calcul du CMG représenterait environ 312 millions d'euros pour la première année d'application ;

– extension du CMG « emploi direct » aux enfants âgés de 6 à 12 ans à la charge des familles monoparentales. Le coût de cette extension serait de 319 millions d'euros pour la branche famille au titre du CMG et de 149 millions pour l'État, au titre de la compensation de la déduction forfaitaire de cotisations patronales et des crédits d'impôts applicables ;

– permettre le partage du CMG « emploi direct » en cas de résidence alternée de l'enfant à charge. Si cette mesure entraîne un coût nul à cadre juridique constant, l'application du nouveau mode de calcul du CMG à cette extension devrait représenter 12 millions d'euros pour la branche famille et 5 millions d'euros pour les dépenses de l'État.

Un dispositif de compensation pour les perdants est également prévu par le PLFSS 2023 (il s'agirait d'une allocation différentielle correspondant à l'écart entre le montant moyen de CMG reçu au préalable et du CMG reçu après la réforme). D'après les informations fournies au rapporteur spécial, les perdants de la réforme qui seront donc bénéficiaires de cette compensation sont les familles bénéficiaires les plus aisées et celles ayant le niveau de recours le plus faible. *A contrario*, les familles les moins aisées et celles ayant un taux de recours élevé seront gagnantes à la réforme.

Le coût total de ces mesures serait de 474 millions d'euros en 2025 pour la branche famille, et de 112 millions d'euros pour l'État.

• L'article 37 vise à permettre la continuité des ressources des salariés lors des congé maternité, d'adoption, de paternité et d'accueil de l'enfant.

Les salariés peuvent bénéficier lors de l'arrivée d'un enfant d'indemnités journalières (IJ) maternité, adoption et paternité, afin d'éviter une baisse de leurs ressources. En 2020, 540 000 assurées ont bénéficié d'un congé maternité et 320 000 assurés d'un congé paternité. Il existe deux modes de versement possible de ces IJ : soit directement à l'assuré, soit, en cas de subrogation, à leur employeur qui assure alors le maintien total ou partiel de la rémunération l'assuré. Concrètement, l'employeur avance le montant des IJ, et bénéficie ensuite d'un remboursement de l'assurance maladie. La subrogation permet de limiter le délai de paiement, au bénéfice des parents.

La moitié des employeurs sont subrogés et assurent directement le maintien de salaire. Toutefois, le taux de subrogation diverge selon les secteurs d'activité et la taille de l'entreprise. En outre, les taux de subrogation sont moins élevés pour le risque maternité et pour les salariés précaires. À titre d'exemple, dans les entreprises comprenant 1 à 9 salariés, la part du montant indemnisé subrogé est de 17 %, contre 54 % dans les entreprises de 250 à 4 999 salariés ⁽¹⁾.

(1) Annexe IX du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

L'article 37 propose de généraliser progressivement la subrogation des IJ maternité, paternité et adoption. Cette mesure s'accompagne d'un délai de paiement garanti par les caisses aux entreprises, dont la durée n'est pas définie dans l'article 37, mais qui pourrait être, d'après l'annexe IX, de sept jours. Ce dispositif permettra donc de limiter le délai de paiement pour les assurés, tout en prémunissant l'entreprise de difficultés de trésorerie.

Le rapporteur pour avis constate que la mesure en elle-même n'aurait qu'un impact en trésorerie sur l'assurance maladie, à hauteur de 145 millions d'euros. Il est donc possible de s'interroger sur la place de cet article en loi de financement de la sécurité sociale, cette dernière devant contenir des dispositions « *ayant un effet sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou sur les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes et applicables* » ou « *des dispositions modifiant les règles relatives à la gestion des risques par les régimes obligatoires de base ainsi que les règles d'organisation ou de gestion interne de ces régimes et des organismes concourant à leur financement, si elles ont pour objet ou pour effet de modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale* » ⁽¹⁾.

L'annexe IX signale toutefois que l'extension de la subrogation pourrait avoir pour effet d'encourager le recours aux congés parentaux, entraînant un coût supplémentaire de 12,7 millions d'euros.

La généralisation de l'intervention de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) : une montée en charge qui reste progressive

L'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a prévu la mise en place d'un service d'intermédiation financière des pensions alimentaires, confié à l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA). Ce dispositif repose sur l'intermédiation de l'ARIPA, qui perçoit le montant de la pension et la reverse ensuite au parent créancier. Tout manquement entraîne le recouvrement direct par l'agence.

La montée en charge du dispositif s'est cependant révélée assez lente au cours des premiers mois : le dispositif devait alors faire l'objet d'une demande d'au moins un des deux parents et du juge dans les situations de violences intra-familiales. Les avocats et les juges ne se sont que peu saisis de l'outil.

Afin de favoriser le recours au dispositif, la LFSS pour 2022 a prévu en son article 100 que toutes les pensions alimentaires nouvellement fixées seront versées par l'ARIPA, sauf en cas de refus commun de la part des parents.

Ces nouvelles modalités sont applicables depuis le 1^{er} mars 2022 pour les divorces devant la justice comportant une pension alimentaire à fixer. Elles seront étendues en 2023 aux divorces par consentement mutuel et aux autres décisions de justice concernant une pension alimentaire.

La systématisation du dispositif a logiquement entraîné la hausse des dossiers traités par l'ARIPA : d'après les réponses au questionnaire budgétaire du rapporteur pour avis, au 30 juillet 2022, 83 607 pensions ont fait l'objet d'une intermédiation ou d'un versement, soit 210 % de plus qu'au mois de juillet 2021.

(1) Article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

IV. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

Les dépenses de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) connaissent une croissance modérée en 2021 **(A)**, 2022 **(B)**, et 2023 **(C)**.

A. DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN HAUSSE EN 2021

Les dépenses de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) atteignent 13,9 milliards d’euros en 2021, pour un objectif fixé en LFSS pour 2021 de 14,1 milliards d’euros. Elles sont en légère hausse par rapport à 2020 (+ 1 %). Les dépenses de prestations expliquent l’essentiel de cette hausse (+ 2 %) : après une année 2020 peu coûteuse pour la branche en raison de la crise sanitaire, le nombre d’accidents professionnels a augmenté en 2021.

Par conséquent, les dépenses du champ de l’ONDAM (indemnités journalières et remboursements de soins) ont augmenté de 3,9 %. Les prestations hors ONDAM sont en revanche demeurées stables (cet ensemble est principalement composé des rentes pour incapacité permanente).

Il convient également de noter que les transferts versés ont fortement diminué par rapport à 2020 (– 4,6 %) en raison de l’amélioration de l’équilibre de du régime des salariés agricoles et des mines (CANSSM). Les dépenses liées à l’exposition à l’amiante ont également décliné, en raison de la baisse du public bénéficiaire.

B. UNE INCIDENCE IMPORTANTE DE LA REVALORISATION SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2022

En 2022, les dépenses de la branche atteindraient 14,2 milliards d’euros, pour une prévision initiale de 14,1 milliards d’euros, et seraient en hausse par rapport à 2021 (+ 3,5 %).

Les indemnités journalières poursuivraient leur croissance, entraînant une hausse de 4,6 % des dépenses relevant du champ de l’ONDAM. Les prestations hors ONDAM seraient également en hausse en raison de la revalorisation anticipée des pensions au 1^{er} juillet 2022(cf. *infra*).

Les autres prestations et notamment les dépenses de prévention seraient toutefois en baisse (– 7,3 %), en raison de l’arrêt des dépenses exceptionnelles accordées aux entreprises pour faire face à la crise.

C. DES DÉPENSES POUR 2023 MARQUÉES PAR L'EFFET EN ANNÉE PLEINE DES REVALORISATIONS ET PAR LE DYNAMISME DES DÉPENSES RELEVANT DU CHAMP DE L'ONDAM

Les objectifs de dépenses de la branche pour 2023 sont fixés à 14,8 milliards d'euros, en hausse de 4,2 %.

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros et en pourcentage)

2019	2020	2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution entre 2022 et 2023	Évolution entre 2023 et 2023
13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8	4,2 %	6,8 %

Source : commission des finances à partir de l'annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Note : les dépenses des années accompagnées d'un astérisque sont prévisionnelles.

Les prestations relevant du champ de l'ONDAM poursuivaient leur hausse (+ 5,1 %), en raison du dynamisme des IJ. Les prestations hors ONDAM continueraient également à croître en 2023, en raison de l'effet en année pleine des revalorisations intervenues en 2022.

V. LES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE

En application de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, **la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en 2004, gère désormais la branche « autonomie », cinquième branche de la sécurité sociale.** La CNSA est donc devenue une caisse nationale de sécurité sociale et bénéficie de recettes propres (1,9 point de CSG), alors qu'elle était auparavant financée en grande partie par la branche maladie.

Tandis que les dépenses de la branche se sont avérées proches de l'objectif en 2021 (A), elles ont crû de manière significative en 2022 (B), dynamique qui devrait se poursuivre en 2023 (C).

A. L'IMPORTANCE DES FINANCEMENTS ACCORDÉS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) AU SEIN DES DÉPENSES DE LA BRANCHE POUR 2021

• **Les dépenses de la branche autonomie atteignent en 2021 32,6 milliards d'euros**, pour un objectif fixé en LFSS pour 2021 de 31,6 milliards d'euros.

Trois catégories de dépenses peuvent être distingués en 2021 :

– 26,8 milliards d'euros, soit la majeure partie des dépenses de la branche, sont consacrés au financement des ESMS accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. Ces dépenses sont

retranscrites par l'OGD de l'ONDAM. 2,9 milliards d'euros de mesures nouvelles se sont ajoutées à l'augmentation tendancielle de 0,8 %, dont la poursuite de la revalorisation salariale du « Ségur de la santé » et de ses prolongements, (57 % des mesures nouvelles), la compensation des surcoûts et des pertes des établissements sociaux et médico-sociaux liés au covid-19 (23 %), et la poursuite de la convergence tarifaire dans les EHPAD (7,5 %) ;

– le financement de l'AEHH et l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui représente 1,2 milliard d'euros ;

– les transferts vers les départements pour le co-financement de l'APA et de la PCH, pour 3,2 milliards d'euros ⁽¹⁾.

B. UNE AUGMENTATION SOUTENUE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE EN 2022

L'objectif de dépenses pour 2022 est rectifié pour atteindre 35,4 milliards d'euros, soit un milliard d'euros de plus que le montant fixé en LFSS pour 2022 et 8,6 % de plus qu'en 2021.

L'évolution de plusieurs catégories de dépenses explique cette croissance :

– **les dépenses de prestations sociales augmentent de 8 %**, soutenues principalement par la PCH, dont le montant augmente de 18 %. Cette augmentation importante traduit la compensation aux départements des dépenses au titre de la PCH « parentalité » mise en place en 2021 et l'instauration par la LFSS pour 2022 d'un tarif national minimal de 22 euros pour l'ensemble des soins à domicile ;

– le financement des établissements et services médico-sociaux augmente de 6 %. Les dépenses en faveur des établissements accueillant des personnes handicapées sont notamment en hausse de 10 %.

Le taux de reconduction de l'OGD est fixé à 0,47 %, tandis que le montant des mesures nouvelles atteint 1,8 milliard d'euros. Ce montant résulte principalement des mesures nouvelles liées aux revalorisations salariales mises en œuvre dans le cadre du « Ségur de la santé » et de son extension à d'autres personnels non médicaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux (pour un coût d'un milliard d'euros environ, cf. *supra*). L'extension du dispositif au secteur social a représenté un surcoût de 300 millions d'euros en 2022.

Il convient également de noter que 67 millions d'euros sont dédiés en 2022 au renforcement de l'augmentation du taux d'encadrement en EHPAD et au déploiement des EHPAD centres territoriaux de ressources.

Dans le champ du handicap, 67 millions d'euros sont prévus pour financer la création de places supplémentaires ;

(1) Annexe VII du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

– enfin, les charges de gestion courantes et les autres charges augmentent de 12 %. Elles sont constituées pour l’essentiel de dépenses informatiques, d’animation, de prévention et d’études.

C. EN 2023, UNE CROISSANCE DES DÉPENSES SOUTENUE PAR LE TAUX DE RECONDUCTION ET LES MESURES NOUVELLES

La croissance des dépenses de la branche, qui atteint 5,4 % entre 2022 et 2023, s’explique par leur dynamisme naturel (1) et par des mesures nouvelles dont le coût excède 800 millions d’euros (2).

1. Le maintien d’une croissance dynamique des dépenses de la branche

La tendance haussière des dépenses de la branche se poursuit dans le PLFSS pour 2023 : **l’objectif de dépenses de la branche atteint 37,3 milliards d’euros, en hausse de presque 2 milliards d’euros par rapport à 2022.**

ÉVOLUTION PRÉVISIONNELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d’euros et en pourcentage)

2021	2022*	2023*	2024*	2025*	2026*	Évolution entre 2022 et 2023	Évolution entre 2023 et 2026
32,6	35,4	37,3	39,1	40,5	41,7	5,4 %	11,8 %

Source : commission des finances à partir de l’annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Note : les dépenses des années accompagnées d’un astérisque sont prévisionnelles.

L’ambition du PLFSS concernant l’autonomie peut également se lire dans l’objectif global de dépenses (OGD) fixé par l’ONDAM : il devrait croître de 5,1 % pour les établissements et services pour personnes âgées et de 5,2 % pour les établissements et services pour personnes handicapées en 2023, dans un contexte où l’ONDAM hors crise croît de 3,7 %. Le taux de reconduction compris dans le calcul de l’OGD atteint 2,28 %, un niveau exceptionnellement élevé s’expliquant par la prise en compte de l’effet en année plein de la revalorisation du point d’indice (+ 300 millions d’euros).

L’évolution des prestations hors mesure nouvelles explique également cette évolution, dont la croissance des dépenses d’APA et de PCH, qui atteindraient 3,5 milliards d’euros en 2023 contre 3,3 milliards d’euros en 2022. Les dépenses d’AAEH suivent également une hausse tendancielle, et atteindraient 1,5 milliard d’euros en 2023.

Au total, les dépenses de prestations de la branche (APA, PCH, AJPA et AEEH) augmenteraient de 7 % en 2023, pour s’établir à 5,1 milliards d’euros ⁽¹⁾.

(1) Annexe VII du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Il convient également de noter que le déploiement du plan de relance de l'investissement du « Ségur de la santé » poursuit son déploiement en 2023 dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Ces dépenses sont intégrées au plan France Relance à hauteur 1,5 milliard d'euros.

2. Les mesures nouvelles ayant un effet en dépenses

La croissance des dépenses de la branche s'explique également par 817 millions d'euros de mesures nouvelles en dépenses, dont 200 millions destinés à financer la poursuite des revalorisations du « Ségur de la santé » (90 millions pour les dispositions du Ségur initial et 112 millions d'euros pour les mesures d'extension issues de la conférence des métiers d'avril 2022).

COÛT DES MESURES NOUVELLES EN 2023

(en millions d'euros)

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles en 2023
Revalorisations salariales (hors revalorisation du point d'indice)	75	131	206
Domicile	124	-	124
Créations de places	5	110	115
Actualisation des coupes Pathos	106	-	106
Renforcement des ressources humaines en Ehpad	52	-	52
Centres de ressources territoriaux	40	-	40
Mesures autisme	-	67	67
Autre mesures	40	67	107
TOTAL	442	375	817
TOTAL et revalorisation du point d'indice	623	533	1 156

Source : annexe VII du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Poursuivant le même objectif de revalorisation des emplois, l'objectif de dépenses pour 2023 prévoit également le renforcement des ressources humaines en Ehpad, pour un coût de 52 millions d'euros. L'objectif de recrutement pour 2023 est de 3 000 personnes, pour un objectif de 50 000 recrutements entre 2022 et 2027. Le rapporteur pour avis souligne l'enjeu de formation qui accompagne cette augmentation des effectifs, par ailleurs bienvenue : il s'agit de recruter les professionnels du soin en établissements sociaux et médico-sociaux, mais également de les former et de les garder. Sur ce dernier point, de nombreux efforts restent à faire.

En parallèle, de nouvelles places seront créés, pour un coût de 115 millions d'euros, et 106 millions d'euros seront dédiés à l'augmentation des dotations de soins, résultat de l'actualisation des coupes « Pathos » (il s'agit de l'outil utilisé par les établissements pour évaluer les niveaux de soins nécessaires, à partir des situations cliniques observées).

Le déploiement des centres de ressources territoriaux est poursuivi pour un coût de 40 millions d'euros, dans l'objectif de poursuivre le virage domiciliaire.

Dans le champ des personnes en situation de handicap, le PLFSS pour 2023 prévoit 100 millions d'euros de crédits supplémentaires pour créer de nouvelles places. Des mesures spécifiques à l'autisme (plateforme de coordination et d'orientation, unités résidentielles pour adultes autistes...) sont également financées, à hauteur de 67 millions d'euros.

Deux mesures « de lettres » ont également une incidence sur les dépenses de la branche pour 2023 et les années à venir.

• L'article 34 propose la mise en place d'un temps dédié à l'accompagnement et au lien social dans le cadre des services à domicile pour les personnes éligibles à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), jusqu'à deux heures par semaine.

Cette mesure répond à deux limites principales du soin à domicile, fréquemment dénoncées par les acteurs du secteur. Tout d'abord, les journées de travail comprennent des temps de trajet importants, qui réduisent d'autant le temps réel d'intervention. Ensuite, et par voie de conséquence, les soins doivent être réalisés rapidement et se limitent donc aux gestes techniques essentiels, sans qu'il soit possible pour les professionnels de nouer une interaction en profondeur avec les patients.

La mise en place d'un temps dédié à la vie sociale et à l'échange présente dès lors de multiples bénéfices : au-delà de la prévention de la perte d'autonomie et du repérage des fragilités chez les personnes âgées, qui constituent l'objectif central de la mesure, la mise en place de ce temps privilégié de lien social devrait améliorer les conditions d'exercice des professionnels concernés et renforcer la dimension humaine des métiers du soin en allant au-delà des gestes techniques. Enfin, cela contribuera à densifier les journées de travail et à diminuer le caractère haché des plannings. Par conséquent, les rémunérations devraient être augmentées et le temps passé dans les transports rapporté au temps d'intervention devrait diminuer.

D'un point de vue concret, les départements, *via* les maisons départementales de l'autonomie, proposeront obligatoirement deux heures de sociabilité au domicile des bénéficiaires de l'APA, qui pourront accepter ou non cette possibilité. Ces heures seront mobilisables au-delà du plafond du plan d'aide, afin de permettre aux personnes ayant déjà mobilisé toutes les possibilités de leur plan d'aide de bénéficier de la mesure. Cette dernière sera co-financée, à hauteur de 40 % par la CNSA et de 60 % par les départements, dans le cadre de la compensation de droit commun des dépenses d'APA par la CNSA ⁽¹⁾.

Un reste à charge sera également appliqué au bénéficiaire sur ces heures, ce qui aura probablement pour effet de dissuader une partie des bénéficiaires

(1) *a du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale*

potentiels. D'après les estimations du Gouvernement ⁽¹⁾, le taux de recours serait de 50 %. En prenant en compte ce taux de recours estimé, le nombre de bénéficiaires de l'APA (830 000 personnes en 2023, en hausse tendancielle), le coût moyen de deux heures de soins, le coût pour la sécurité sociale atteindrait 73 millions d'euros en 2024, 149 millions d'euros en 2025 et 230 millions d'euros en 2026.

Le rapporteur pour avis souligne l'intérêt de cette mesure, mais également les difficultés budgétaires que pourraient rencontrer certains départements pour sa mise en œuvre, ainsi que la possible modération du recours en raison de l'existence d'un reste à charge, supporté par des personnes âgées en perte d'autonomie et pour certaines en difficulté financière.

Cette mesure sera mise en place au 1^{er} janvier 2024, afin de pouvoir définir le contenu de ces heures de sociabilité et de mener les concertations nécessaires avec le secteur du soin à domicile et les départements.

• L'article 35 vise à renforcer l'habitat inclusif par la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée.

Actuellement, il existe deux aides à destination des personnes en perte d'autonomie souhaitant se tourner vers un mode de vie plus collectif. Le forfait habitat inclusif (FHI), octroyé par les ARS, est financé par le fonds d'intervention régional (FIR) et bénéficie aux porteurs de projet. L'aide à la vie partagée (AVP), issue d'une expérimentation pérennisée en 2020, est au contraire une aide individuelle, versée par les conseils départementaux avec participation de la CNSA, (à hauteur de 80 % jusqu'au 31 décembre 2022 ⁽²⁾). En 2022, 22 millions d'euros ont été versés par le FHI et 23 millions pour l'AVP pour le financement de projets de vie partagée.

Or, le cumul de ces aides est source de complexité et va à l'encontre de la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite « 3DS »), selon laquelle l'habitat inclusif constitue désormais une compétence départementale ⁽³⁾. Par conséquent, l'article 35 propose l'extinction progressive du FHI. Pour ce faire, il prévoit :

– l'instauration d'une participation de la CNSA au taux de 65 % entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2024, et pour une durée de sept ans, pour les départements s'engageant dans l'AVP par la signature d'un accord avec la CNSA ;

– l'instauration d'une participation de la CNSA à hauteur de 50 % à compter du 1^{er} janvier 2025 pour les départements s'engageant dans l'AVP.

(1) Annexe IX du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(2) 4^o de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales dans sa version issue de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022.

La réduction progressive des concours de la CNSA doit aboutir après 2031 à une prise en charge de la moitié des dépenses d'AVP.

Les incidences budgétaires de la mesure dépendent en réalité fortement du nombre de projets d'habitat inclusif. À volume constant d'habitats inclusifs, l'extinction du FHI et la reprise des financements de l'AVP serait nul. Toutefois, cette mesure de simplification et le portage partagé entre les départements et la CNSA devrait stimuler les créations de projets. Par conséquent, le coût estimé de la mesure serait de 52 millions d'euros en 2023, de 62 millions d'euros en 2024, puis de 73 millions d'euros en 2025.

• Enfin, l'article 33 du PLFSS vient compléter l'article 44 de la LFSS pour 2022 qui instaurait un tarif plancher de 22 euros (pouvant être augmenté de trois ans au titre de la qualité des soins) et prévoyait l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023 de la réforme de la tarification des soins à domicile. Certaines mesures législatives manquent cependant au cadre fixé en LFSS pour 2022, empêchant la publication des mesures réglementaires. **L'article 33 du PLFSS pour 2023 tire donc les conséquences de cette évolution attendue et propose de poursuivre la réforme de la tarification des soins à domicile.**

En effet, en application de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, le financement de l'activité de soins exercée par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) devra désormais comprendre « *une dotation globale relative aux soins, dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées* »⁽¹⁾, en lieu et place d'une dotation fixe comme c'est le cas actuellement.

La Cour des comptes soulignait en effet dans un rapport de 2021⁽²⁾ les limites du mode de financement des soins à domicile par dotation fixe, qui « *déconnecte les ressources de l'activité et ne permet pas de prendre en compte la qualité des services* ». Ce fonctionnement maintenait des inégalités entre SSIAD, fragilisant leur situation financière, et les incitait à adapter leur patientèle à leur financement, et non l'inverse. Par conséquent, les situations nécessitant le plus de soins étaient celles qui étaient le plus souvent refusées par les SSIAD, ou le nombre de patients était réduit pour pouvoir prendre en charge les cas les plus lourds. Concernant les SPASAD, la Cour souligne que l'absence de rémunération du temps de coordination entre intervenants limite le développement de l'offre (seuls 378 SPASAD existaient en 2019)⁽³⁾.

L'instauration d'un financement en fonction du niveau de dépendance devrait donc limiter l'occurrence de ces situations de « tri » des patients. Plusieurs dispositions législatives manquaient pour pouvoir mener à son terme cette réforme

(1) 1^o du II de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Cour des comptes, *Les services de soins à domicile, une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2021.*

(3) Ibid.

du financement. L'article 33 du projet de loi permet d'y remédier, en prévoyant plusieurs mesures, dont le caractère obligatoire du recueil des données nécessaires pour le calcul de la dotation à une fréquence régulière, ou encore l'instauration de contrôles par la CNSA.

Le coût estimé de cette mesure devrait être compris entre 39 millions d'euros en 2023 et 49 millions d'euros en 2026.

EXAMEN EN COMMISSION

Au cours de sa réunion du mercredi 12 octobre 2022, la commission examine, pour avis, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274).

M. le président Éric Coquerel. Avant d'examiner les 53 articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023, dont la commission des finances s'est saisie pour avis, je donne la parole à M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Ce premier budget de la sécurité sociale de la législature est marqué par le reflux des effets de la crise sanitaire mais aussi par les ambivalences de la conjoncture, avec une bonne tenue de la masse salariale, en hausse de 5 %, nuancée néanmoins par une inflation importante, à hauteur de 4,3 %. Il s'agit aussi du premier PLFSS examiné à la suite de la révision du cadre organique dont notre collègue Thomas Mesnier a été à l'origine, en 2021.

Les chiffres que je donnerai concernent le périmètre le plus large, celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Après un déficit record de 39,7 milliards d'euros en 2020, dont je n'ai pas besoin de rappeler les causes, le solde est arrêté à - 24,3 milliards en 2021. L'amélioration s'explique par une progression des recettes une fois et demie plus importante que celle des dépenses. Le Gouvernement et le Parlement ont donc bien fait de soutenir la trésorerie des entreprises et les emplois des Français : sans une telle politique, les comptes se seraient davantage dégradés pendant la crise et leur redressement, ensuite, aurait été moindre.

Pour 2022, le solde se résorberait à - 17,8 milliards, soit une consolidation de 3,6 milliards d'euros par rapport à la prévision. Là aussi, l'explication se trouve du côté des recettes, qui atteindraient 571,7 milliards d'euros cette année, soit une hausse de 5,3 %, les dépenses atteignant 589,6 milliards d'euros, soit une hausse de 3,9 %. La Cour des comptes souligne le fort rebond du produit de la contribution sociale généralisée (CSG), des cotisations et des taxes affectées, dont la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

En 2023, compte tenu des hypothèses de croissance et d'évolution des prix et de la masse salariale – et que le Haut Conseil des finances publiques (HCFP) a majoritairement tenues pour « plausibles » et « crédibles » – le déficit s'établirait à 6,8 milliards d'euros, avec une hausse respective des recettes et des dépenses de 4,1 % et de 2,1 %.

Trois branches seraient en déficit : la branche maladie, pour 6,5 milliards d'euros, la branche vieillesse, pour 3,5 milliards d'euros et la branche autonomie, pour 1,1 milliard d'euros. Les autres branches seraient excédentaires : la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), pour 2,2 milliards d'euros, et la branche famille, pour 1,3 milliard d'euros. Le FSV serait aussi en excédent, pour 0,8 milliard d'euros.

Les mesures du PLFSS en recettes confirment l'ambition réformatrice de l'exécutif et de notre majorité. Nous soutenons le pouvoir d'achat et la santé des particuliers ainsi que l'activité de plusieurs catégories de professionnels, tout en luttant contre la fraude.

Ce projet aménage le calendrier de l'avance du crédit d'impôt pour les services à la personne avec l'objectif d'accompagner les besoins de la population, de baisser le reste à charge des ménages et d'encourager le travail déclaré, plus protecteur pour tout le monde.

Le tabagisme est un enjeu de santé publique important. Pour éviter les effets paradoxaux de l'inflation et tenir compte de la consommation de produits alternatifs mais tout aussi pathogènes, nous révisons les paramètres de l'accise et assujettissons davantage le tabac à chauffer.

Nous prolongeons d'un an la fameuse exonération de cotisations à raison de l'embauche de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dans la production agricole (TO-DE), sur laquelle nous allons revenir lors de la discussion des amendements. Vous connaissez mon intérêt pour ce secteur – lors de la précédente législature, j'ai été rapporteur spécial d'une partie des crédits de la mission *Agriculture, alimentation, forêt et affaires rurales*.

Enfin, nous prévoyons d'importantes simplifications en matière de recouvrement en poursuivant son unification autour des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour que les employeurs aient un interlocuteur unique et que l'administration soit plus efficace ; en renforçant les compétences des agents de contrôle et, en même temps, le droit à l'erreur des contrôlés ; enfin, en ouvrant aux médecins libéraux qui participent à la régulation du service d'accès aux soins (SAS) un régime déclaratif neutre quant aux sommes levées mais beaucoup plus simple en termes de calcul.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a apuré 17,8 milliards d'euros en 2021 ; elle devrait avoir apuré 18,6 milliards d'euros fin 2022 et envisage d'apurer 17,7 milliards d'euros en 2023. Cette année, ses émissions se sont négociées à des taux situés entre 0,47 % et 3 %.

Nous sortons de deux années d'exceptionnelle sollicitation de la sécurité sociale, principalement de la branche maladie. Après une croissance de 1,9 % entre 2018 et 2019, les dépenses des ROBSS ont crû brutalement, à hauteur de 5 % entre 2019 et 2020 et de 5,7 % entre 2020 et 2021.

En 2021, les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ont atteint 240,1 milliards d'euros, soit 6,5 % de plus que la prévision fixée par la LFSS pour 2021. Les dépenses de dépistage ont constitué la plus importante des dépenses de crise au cours de cette année 2021.

L'ONDAM pour 2022 est également révisé à la hausse, à hauteur de 9,1 milliards d'euros, par rapport à la LFSS pour 2022, en raison cette année encore de l'ampleur des dépenses de crise. En effet, alors que ce dernier texte prévoyait une dotation pour les dépenses de crise de 4,9 milliards d'euros, les dépenses liées à l'épidémie de covid-19 ont finalement atteint 11,5 milliards.

La croissance inédite des dépenses des ROBSS était justifiée par la crise sanitaire que nous traversons. Notre système de sécurité sociale a été à la hauteur des enjeux et n'a laissé personne de côté, ce dont nous pouvons nous réjouir.

Le PLFSS pour 2023 marque l'entrée dans une normalisation progressive des dépenses sociales, qui devraient augmenter de 2,1 % entre 2022 et 2023.

Cette trajectoire, naturelle après une période exceptionnelle, ne témoigne en aucun cas d'un recul de nos dépenses sociales. La baisse faciale de l'ONDAM s'explique par la diminution des dépenses de crise : de 11,5 milliards d'euros en 2022, la dotation de crise s'élève à 1 milliard d'euros en 2023.

L'ONDAM minoré des dépenses de crise augmente quant à lui de 3,7 % en 2023, progression qui demeure soutenue. À titre d'illustration, cet ONDAM retraité augmentera plus vite que l'ONDAM d'avant la crise du covid-19 toutes dépenses comprises.

Les mesures nouvelles, l'incidence de l'inflation et les revalorisations salariales sont les trois principaux déterminants de la croissance de l'ONDAM hors crise. Ainsi, 1,4 milliard d'euros est lié à l'effet en année pleine de la hausse du point d'indice des agents publics à hauteur de 3,5 % intervenue à l'été dernier ; 800 millions d'euros sont également programmés pour couvrir les conséquences de l'inflation sur les charges des établissements.

J'appelle votre attention sur quelques mesures nouvelles de ce PLFSS.

Tout d'abord, la prévention, le dépistage et la vaccination constituent l'un des axes les plus forts du texte. Plusieurs articles y sont consacrés, pour un coût total de 980 millions d'euros environ, dont ceux relatifs à la création de trois nouveaux rendez-vous de prévention intégralement pris en charge par l'assurance maladie et à l'ouverture aux pharmaciens et infirmiers d'une compétence de prescription de vaccination. Cette dernière mesure permettra non seulement de faciliter le parcours vaccinal des assurés mais également de limiter le coût de cette politique publique. Deux mesures du projet visent également à prolonger les efforts menés depuis 2018 dans la lutte contre la désertification médicale, qui reste un sujet central pour le bon fonctionnement et l'équité de notre système de santé. On ne peut à cet égard que soutenir la volonté du Gouvernement de revaloriser la médecine générale et de lui redonner la place centrale qu'elle doit occuper.

Le PLFSS pour 2023 contient également des mesures bienvenues pour les branches famille et autonomie, dont le renforcement des personnels des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), à hauteur de 3 000 pour l'année qui vient. Je salue également la mise en place, par l'article 34, d'un temps consacré à l'accompagnement et au lien social dans le cadre des services à domicile. Au delà de la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, qui constitue l'objectif central de la mesure, l'instauration de ce temps privilégié devrait améliorer les conditions d'exercice des professionnels concernés et renforcer la dimension humaine des métiers du soin, en allant plus loin que les gestes techniques.

Je vous invite donc à émettre un avis favorable à l'adoption du PLFSS pour 2023.

M. le président Éric Coquerel. Nous en venons aux orateurs des groupes.

M. Mathieu Lefèvre (RE). Les comptes sociaux s'améliorent. Vous l'avez dit, le solde se résorbe – il est plus de quatre fois inférieur à 2021 – sous le double effet de l'amélioration des recettes – l'activité est encouragée – et de la maîtrise des dépenses, après deux années exceptionnelles.

Le PLFSS prévoit un ONDAM en hausse de 3,7 %, deux fois plus que les précédents, mais je m'interroge sur l'équilibre de la branche vieillesse, dont le Conseil d'orientation des retraites (COR) évalue le déficit à 12,5 milliards d'euros en 2027 et à 20 milliards d'euros en 2030 si nous ne faisons rien. De plus, selon cet organisme, même si nous atteignons le plein emploi pendant les quinze prochaines années, notre système de retraites resterait déséquilibré. Que pensez-vous d'une telle situation ?

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). Je me souviens d'Olivier Véran, alors ministre des solidarités et de la santé, affirmant en 2020 qu'il y a eu un avant et qu'il y aura un après pour l'hôpital. Or que s'est-il passé ? Moins que rien. Les plans de restructuration se sont

succédé comme, en Île-de-France, à l'hôpital de Bichat-Beaujeon ; les soignants partent car ils n'en peuvent plus ; cet été, les urgences ont été partiellement ou intégralement fermées ; l'hôpital de Limoges, il y a une semaine, a déclenché son plan blanc ; en 2020, 4 900 lits ont été supprimés et 4 300 en 2021 ; au total, 21 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés.

Comment pouvez-vous prétendre que cet ONDAM est à la hauteur des besoins ? Tel ne sera pas le cas avec des dépenses d'assurance maladie en hausse de 6 milliards d'euros entre 2023 et 2024 quand, selon tous les observateurs, elles devraient augmenter de 4 % par an et donc s'élever à 11 milliards d'euros. Nous savons qu'une fois de plus des économies seront effectuées au détriment des hôpitaux. Vous élaborez un budget comme s'il ne s'était rien passé depuis deux ans, comme si le covid-19 n'avait pas existé, comme si les soignants ne partaient pas, comme si les urgences n'avaient pas connu de difficultés ! Vous demandez aux soignants de faire mieux avec moins ! C'est inouï !

Pensez-vous qu'avec ce PLFSS, l'hôpital est prêt à faire face à une épidémie, fût-elle de grippe, ou devra-t-il encore supporter les sous-effectifs et les nombreux problèmes qui se posent ?

Mme Marie-Christine Dalloz (LR). Les 800 millions d'euros programmés pour couvrir les conséquences de l'inflation suffiront-ils ? S'il est un lieu où le chauffage doit être maintenu au-dessus de 19 degrés, c'est bien l'hôpital.

Les 980 millions d'euros consacrés à la prévention permettront notamment de financer les trois nouveaux rendez-vous que vous avez mentionnés mais cela sera-t-il suffisant ? Plus la prévention intervient en amont, plus les économies sont ensuite importantes pour la branche maladie.

Dans nos permanences parlementaires, nous rencontrons tous des administrés qui, au sortir d'une hospitalisation, ne trouvent pas un service d'aide à domicile (SAAD) adéquat. Les associations sont saturées et assurent ne plus pouvoir prendre de nouveaux clients. La situation est donc inquiétante. Les 3 000 personnes qu'il est prévu de recruter se consacreront-elles aux soins et à l'accompagnement à domicile ou au travail administratif ?

Il est bel et bon de s'engager à lutter contre la désertification médicale mais, concrètement, comment et où ? Nos territoires souffrent, qui plus est à la suite des fermetures des urgences pendant l'été. Des questions se posent quant à la sécurité de nos concitoyens.

M. Mohamed Laqhila (Dem). Nous avons plusieurs raisons d'être satisfaits de ce PLFSS. Nous saluons les avancées en matière de prévention, de petite enfance – avec la réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG) – mais aussi l'augmentation du nombre de personnels dans les EHPAD et l'extension de la contraception gratuite.

En revanche, même si la revalorisation de l'ONDAM est historique, elle nous semble encore trop faible. De même, les économies demandées au secteur du médicament vont à l'encontre de la stratégie de réindustrialisation que nous défendons. Des problèmes se posent toujours en matière d'accès aux soins et la désertification médicale demeure. Le débat sur la quatrième année d'internat de médecine doit quant à lui se poursuivre.

Notre groupe votera en faveur de l'adoption du PLFSS.

Mme Lise Magnier (HOR). Ce PLFSS est d'abord un texte de transition à la suite de la crise sanitaire. Il assure ou pérennise des mesures pour que nous soyons prêts en cas de

nouvelle vague épidémique et conforte les établissements de santé : pour la deuxième année consécutive, aucune économie ne se fera au détriment de l'hôpital et le sous-objectif de l'ONDAM portant sur cette catégorie d'établissements, pour la première fois, dépasse 100 milliards d'euros.

Ce texte rationalise également les dépenses et ouvre de nouveaux droits dans tous les champs de la protection sociale. Les priorités sont évidemment la prévention et l'accès aux soins, le soutien aux familles et aux personnes âgées en perte d'autonomie, la lutte contre la fraude sociale. Notre groupe souscrit à de tels objectifs et soutiendra le Gouvernement lors de l'examen du texte en séance publique.

L'évaluation de la direction de la sécurité sociale (DSS) prévoit une hausse des recettes fiscales de 240 millions d'euros sur le seul tabac à chauffer alors qu'il a généré en 2021 seulement 44 millions de droits d'euros de consommation, la prévision étant sensiblement identique pour cette année. Comment expliquer une telle multiplication, par plus de six, alors que selon l'étude d'impact les volumes devraient diminuer de 31 % ? En appliquant strictement les hypothèses d'augmentation de taxe et de baisse de volume, cette mesure rapporterait 4 millions d'euros, non 240. Comment expliquer un tel chiffre ?

Mme Eva Sas (Écolo-NUPES). Nous sommes inquiets face aux contraintes que vous faites peser sur notre branche santé avec cet ONDAM, dont la Fédération hospitalière de France (FHF) juge que la hausse de 3,7 % est très insuffisante. Il progresse, certes, mais la situation énergétique, à laquelle nous sommes très sensibles en tant qu'écologistes, n'est pas prise en compte dans cette évolution.

De plus, la majorité et le Gouvernement soumettront à nouveau l'ONDAM à rude épreuve dès 2024 et 2025 puisque le projet de loi de programmation des finances publiques (LPPF) pour les années 2023 à 2027 fixe sa croissance à 2,7 % au titre de ces deux exercices, ce qui est très en deçà des besoins de notre population vieillissante.

Certaines dispositions n'en demeurent pas moins dignes d'intérêt – l'extension du CMG pour les familles monoparentales, l'ouverture de la délivrance de la pilule du lendemain – mais encore faudra-t-il que des personnels de santé soient présents sur l'ensemble du territoire pour les appliquer. C'est particulièrement le cas pour les rendez-vous de prévention. Nous n'avons en effet aucune assurance sur les politiques structurelles qui s'imposent pour que ces dispositifs s'appliquent sans affaiblir des services de santé qui le sont déjà beaucoup.

Enfin, le Gouvernement fait étalage de quelques articles anti-fraude. Dois-je vous rappeler que le HCFP s'est ému de ne voir rien de bien solide dans les mesures présentées ? Comme nous le répétons, c'est la fraude fiscale qui doit être prioritairement combattue tant elle est massive. Ne pas agir, c'est pour l'État et la sécurité sociale laisser se perdre les moyens de la solidarité et se résoudre à l'impuissance, donc à la servilité.

M. Jean-Marc Tellier (GDR-NUPES). Ce PLFSS, décrit par le Gouvernement comme un texte d'engagement et d'investissement pour notre système de santé, tourne en fait le dos aux urgences sociales du pays.

Contrairement à ce que vous prétendez, l'ONDAM n'est pas historiquement élevé. Par rapport à 2022, il diminue de 0,8 %, son enveloppe passant de 246 à 240 milliards d'euros. Vous avez expliqué qu'en 2022, nous étions face à la crise du covid-19 et qu'il convient désormais d'en revenir à un budget hors crise ou normalisé, les dépenses relatives au covid-

19 étant d'ailleurs drastiquement réduites puisqu'elles passent à un milliard d'euros, montant que la Cour des comptes et le HCFP jugent insuffisant.

Hors crise, la programmation de l'ONDAM s'élèverait à 3,7 %, ce qui correspond à 8,6 milliards d'euros supplémentaires de dépenses courantes par rapport à cette année. Il est certes supérieur aux budgets des années 2010, où sa croissance était plafonnée à 2,5 % et où se sont succédé les fermetures massives de lits et de services dans les hôpitaux publics, des cadences de travail insupportables et où la désertification médicale s'est accrue. En fait, cet ONDAM est tout aussi restrictif que les précédents. Il est même plus austéritaire que celui de 2019, à 2,7 %, mais avec une inflation alors de 0,9 % et une croissance de 1,8 % contre respectivement 4,3 % et 1 % aujourd'hui, la Cour des comptes jugeant d'ailleurs que la croissance s'établira plutôt à 0,6 %.

Les dépenses envisagées pour 2023 sont largement insuffisantes pour couvrir notamment les dépenses supplémentaires.

M. Charles de Courson (LIOT). Il n'y a pas que des mauvaises choses dans ce PLFSS, comme le report jusqu'à la fin de 2023 de l'exonération TO-DE – et sans doute au delà par voie d'amendements – et un effort en matière de prévention et dans le domaine de la petite enfance.

Il n'en est pas de même du transfert de la charge des indemnités journalières (IJ) maternité de la branche maladie à la branche famille. Il ne me paraît pas de bonne politique de faire passer son excédent de 2 milliards d'euros à un milliard d'euros. Compte tenu de notre démographie, il serait plus astucieux de prendre quelques mesures en faveur des familles ayant des enfants à charge.

Le déficit agrégé s'élève à 6,8 milliards d'euros et les dépenses de la branche vieillesse augmentent de 4 %. Nous verrons en fin d'année ou au début de l'année prochaine ce que le Gouvernement proposera en matière de retraites mais je note que, selon le COR, si l'on ne fait rien, un déficit structurel s'installera. La hausse de l'ONDAM à hauteur de 3,7 % s'entend avec la suppression des 10 milliards d'euros de dépenses qui étaient consacrées à la lutte contre le covid-19. Le maintien à ce titre d'une dépense d'un milliard d'euros seulement est un peu hardi tant nous ignorons comment l'épidémie évoluera.

M. Frédéric Cabrol (RN). Ce PLFSS, même s'il contient des éléments positifs, n'est pas plus à la hauteur que le projet de loi de finances (PLF) pour 2023 : il s'agit d'un budget d'austérité. L'État, en effet, transfère des charges, tantôt vers les entreprises, tantôt vers les assurés.

Vous avez créé une cinquième branche de la sécurité sociale mais les financements ne sont pas au rendez-vous alors que l'on pourrait imaginer, par exemple, une revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Vous transférez sur les entreprises la charge du versement des IJ à raison des congés de maternité et de paternité. Compte tenu du délai de carence, ce sont les entreprises qui devront avancer l'argent.

Pour faire face à l'augmentation des coûts du transport des malades, vous augmentez le ticket modérateur.

Enfin, l'augmentation de l'ONDAM est insuffisante alors que l'hôpital est à l'os.

Bref, ce texte comporte une majorité de mesures négatives.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Je remercie M. Lefèvre d'avoir relevé l'amélioration des comptes de la sécurité sociale. Il a aussi évoqué le rapport du COR, que j'ai lu attentivement. Quelles que soient les hypothèses retenues pour les quatre scénarios décrits, ce rapport conclut à une dégradation des comptes du système de retraites à un horizon de vingt-cinq ans. Des réformes sont donc nécessaires car, dans tous les cas, la part des dépenses de retraite dans le produit intérieur brut (PIB) restera très élevée – et plus élevée que la moyenne européenne.

M. Maudet a évoqué la situation de l'hôpital. Beaucoup de choses ont été faites dans ce domaine. Tout d'abord, le « Ségur de la santé » a permis de remettre à niveau les rémunérations des personnels, qui étaient sous-payés – c'était peut-être une des conséquences des 35 heures. Par ailleurs, le Conseil national de la refondation (CNR) comprend un volet consacré à la santé, afin de déterminer une vision de ce que l'hôpital devra être à long terme. D'ores et déjà, l'hôpital public représente une part très importante des dépenses médicales en France et la part de ces dernières dans les comptes publics est plus importante que dans les autres pays européens. Il faut mener une réflexion d'ensemble sur l'hôpital. La mission confiée aux urgences est désormais plus claire. Elles ont pâti du manque de personnel, mais elles n'ont pas été fermées. Le filtre des appels au 15 avec le SAS a permis d'en réguler l'accès. Il mérite selon moi d'être pérennisé.

Mme Dalloz et plusieurs autres orateurs ont posé des questions sur l'ONDAM. De manière générale, la LFSS fixe des objectifs, qui sont très souvent dépassés – l'ODAM est différent d'un plafond de dépenses déterminé par la loi de finances. Toute prévision est un pari, mais celle qui est retenue pour l'ONDAM en 2023 est cohérente avec l'ensemble des mesures proposées dans le PLFSS. Les conséquences potentielles de l'inflation font encore l'objet de débats. Je rappelle que, lors de la précédente législature, un tiers de la dette des hôpitaux – c'était une charge très lourde – a été reprise par la CADES *via* des concours de l'assurance maladie, ce qui leur a en partie rendu des marges de manœuvre. La situation de l'hôpital a donc bien été prise en compte.

Madame Magnier, il est prévu d'augmenter la fiscalité sur le tabac à chauffer, de telle sorte que le prix des produits concernés augmentera de 37,8 %, afin de la faire converger avec celle des autres catégories de tabacs. Je vérifierai les chiffres que vous avez cités mais du fait du fort report de la consommation en direction de ces produits, la mesure proposée devrait produire une augmentation assez nette des recettes.

Madame Sas, tous les gouvernements ont lutté contre la fraude. La fraude fiscale en est l'une des composantes. Il conviendra aussi de lutter contre la fraude sociale, d'autant que nous allons expérimenter des prestations nouvelles. Depuis une dizaine d'années, les sommes recouvrées dans ce cadre ont augmenté.

Monsieur de Courson, la part des IJ pour le congé de maternité dont le versement est transféré à la branche famille correspond à celles qui sont versées après la naissance. La mesure proposée est donc cohérente avec le traitement des IJ pour le congé de paternité.

Le versement par les entreprises des IJ pour les congés de maternité et de paternité constitue une avance de trésorerie qui sera limitée dans le temps, monsieur Cabrolhier, puisque les remboursements qui aujourd'hui interviennent dans un délai d'un mois devraient désormais être faits sous une semaine. Les entreprises ne seront donc pas particulièrement pénalisées.

La provision de dépenses prévue au titre du covid-19 passe de 11,5 milliards d'euros en 2022 à un milliard d'euros en 2023. Plusieurs éléments concourent à cette évolution : la vaccination de la population et très importante en France ; les nouveaux vaccins ciblent le variant *omicron* ; les variants qui circulent actuellement semblent moins agressifs ; enfin, on peut espérer que le dépistage sera moins massif.

EXAMEN DES ARTICLES

Article liminaire : *Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article liminaire non modifié.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er} non modifié.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2 non modifié.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble de la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 non modifiée.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022

Article 3 : *Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 3 non modifié.

Article 4 : *Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 4 non modifié.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 non modifiée.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

Article 5 : *Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers en matière de services à la personne*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 5 non modifié.

Article 6 : *Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6 non modifié.

Article 7 : *Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)*

Amendement CF24 de M. Fabrice Brun.

M. Fabrice Brun (LR). L'amendement porte sur l'exonération de cotisations et contributions sociales pour la main-d'œuvre saisonnière agricole grâce au dispositif TO-DE. Ce dernier avait été sauvé par un vote à une voix près en séance publique lors de la précédente législature, mais le seuil à partir duquel l'exonération, de totale, devient dégressive avait été abaissé aux rémunérations dont le montant va jusqu'à 1,2 fois le SMIC.

Je propose de le rétablir à 1,25 fois le SMIC. Alors que les charges supportées par les exploitations augmentent avec l'inflation, le dispositif TO-DE est indispensable aux activités agricoles à forte intensité de main-d'œuvre – arboriculture, viticulture, pépinières, maraîchage, production de fruits et légumes. Il permet à la profession d'amortir les distorsions de concurrence. Le coût de la main-d'œuvre dans l'agriculture en France est un 1,6 fois supérieur par rapport à celui pratiqué en Allemagne et 1,8 fois par rapport à l'Espagne. Il s'agit donc d'une mesure indispensable pour la compétitivité et pour l'emploi, dans un secteur en tension.

Enfin, ce dispositif nous permet de continuer à manger français et contribue donc à la souveraineté alimentaire.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Ce que vous proposez ne me semble pas constituer la meilleure solution. La commission des affaires sociales a adopté la prolongation du dispositif d'exonération TO-DE jusqu'à la fin de 2025. L'allègement est désormais entier jusqu'à 1,2 fois le SMIC et décroît jusqu'à 1,6 fois le SMIC. Passer à 1,25 fois le SMIC coûterait cher aux finances publiques sans vraiment soutenir le pouvoir d'achat et les entreprises : le salaire moyen des saisonniers est de 1,14 fois le SMIC. Je préfère que l'on soutienne la prolongation du dispositif TO-DE – pour laquelle j'avais voté lors de la précédente législature.

M. Fabrice Brun (LR). On peut à la fois prolonger le dispositif TO-DE et le renforcer, en revenant au seuil de dégressivité qui s'appliquait jusqu'en 2019. Les deux mesures ne sont pas incompatibles.

Je souligne une fois encore que le coût de la main-d'œuvre et les charges globales augmentent dans l'agriculture – comme dans tous les secteurs de l'économie. Je ne comprends pas votre argumentation.

La commission rejette l'amendement CF24.

Amendements identiques CF18 de Mme Lise Magnier et CF27 de M. Fabrice Brun.

M. Fabrice Brun (LR). Cet amendement propose de pérenniser le dispositif TO-DE, qui est indispensable pour donner à la « ferme France » les armes nécessaires pour se battre face aux distorsions de concurrence avec nos voisins européens. Je ne doute pas que le rapporteur donnera un avis favorable.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Je reviens brièvement sur l'amendement précédent pour souligner que depuis l'abaissement du seuil de dégressivité à 1,2 fois le SMIC, des allègements généraux ont été prévus au titre de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

Par ailleurs, un peu de cohérence serait nécessaire. En effet, lors de l'examen du PLFSS par la commission des affaires sociales, le groupe LR a présenté un amendement visant à prolonger jusqu'à la fin de 2025 le dispositif TO-DE, pas à le pérenniser. Cet amendement a été adopté. Je souhaitais pour ma part en proposer un qui prolonge le dispositif jusqu'à 2027 mais j'estime que nous pouvons nous rejoindre sur la version de nos collègues et demande le retrait de cet amendement.

M. Fabrice Brun (LR). La prolongation de ce dispositif indispensable peut bien entendu recueillir un consensus ; mais je continue à soutenir les demandes de la profession pour obtenir sa pérennisation.

Mme Lise Magnier (HOR). La commission des affaires sociales a en effet adopté hier un amendement qui prolonge le dispositif TO-DE jusqu'à la fin de 2025 – ce que je salue car cela donne de la visibilité aux agriculteurs pour les trois prochaines années.

Nous sommes tous convaincus qu'il s'agit d'un très bon dispositif, faute de mieux. Sa prolongation doit nous donner le temps d'inventer un système encore meilleur et plus stable.

Je retire donc mon amendement.

M. Charles de Courson (LIOT). L'un des rares articles du projet de LPFP adoptés hier soir en séance publique concernait le bornage des allègements sociaux pour les trois années à venir. Il faudrait donc prévoir une prolongation du dispositif TO-DE en cohérence. Il s'agit d'une simple remarque de méthode, car sur le fond je suis très favorable à la prolongation.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Le cadre organique dispose que la LFSS est le seul texte qui peut s'abstraire de cette limitation à trois ans des allègements sociaux.

Je demande le retrait de l'amendement CF27 et j'invite à voter lors de la séance publique en faveur de l'amendement adopté par la commission des affaires sociales, qui prolonge le dispositif TO-DE jusqu'à la fin de 2025.

L'amendement CF18 est retiré.

La commission rejette l'amendement CF27.

Amendement CF23 de M. Fabrice Brun.

M. Fabrice Brun (LR). Cet amendement propose de faire bénéficier les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) du dispositif TO-DE. Cela contribuera à encourager l'agriculture collective, qui est l'une des solutions pour poursuivre la modernisation de l'agriculture.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Les exploitations qui ont adhéré à une CUMA peuvent recourir à des saisonniers et bénéficier du dispositif TO-DE en leur nom

propre. Les CUMA emploient quant à elles surtout des personnels en contrat à durée déterminée. Je vous demande le retrait de cet amendement.

M. Fabrice Brun (LR). Les CUMA emploient bien entendu des salariés, parfois en CDI et souvent en contrat à durée déterminée (CDD). Si de votre aveu même le nombre de saisonniers auxquels elles recourent est faible, le coût le sera également. En revanche, la mesure proposée aurait une incidence positive importante pour les CUMA.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Les CUMA bénéficient déjà de nombreux avantages : exonération, sous certaines conditions, de l'impôt sur les sociétés ; aide à l'investissement, avec une majoration de dix points du taux de soutien public au titre de la mission *Plan de relance* ; exonération de droits de timbre et d'enregistrement. Ajouter le dispositif TO-DE à cette liste ne me semble pas nécessaire.

La commission rejette l'amendement CF23.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 7 non modifié.

Article 8 : Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac

Amendement CF28 de M. Charles de Courson.

M. Charles de Courson (LIOT). Je m'étais battu l'année dernière pour instaurer un dispositif fiscal spécifique sur le tabac à chauffer. Le Gouvernement avait alors déclaré qu'il allait réfléchir à la question. L'article 8 propose de créer une nouvelle catégorie fiscale pour les produits du tabac à chauffer.

Or ceux-ci étant vendus en kits et le texte faisant référence à des « unités », il serait plus astucieux de prévoir une taxation en fonction du poids. Cette question a été débattue hier au sein de la commission des affaires sociales et un amendement est en cours de rédaction en vue de la discussion en séance publique. La rapporteure générale a hésité entre une taxation au poids et un système mixte, mais je ne vois pas très bien comment ce dernier pourrait fonctionner. Un accord s'est dessiné en faveur d'une taxation au poids.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. La rédaction proposée par l'article 8 est large. Elle permettra donc de couvrir les sticks, qui sont actuellement les seuls produits mis en vente qui contiennent du tabac à chauffer, ainsi que les autres types de conditionnement susceptibles d'arriver sur le marché.

Je suis partisan de taxer les tabacs autant que possible. Coprésident du groupe d'études sur le cancer au cours de la précédente législature, je suis particulièrement engagé dans la lutte contre cette maladie. L'ajustement de la fiscalité sur le tabac à chauffer va conduire à une augmentation de 37,8 % du prix de ces produits. Cette refonte de la taxation constitue un acte fort.

Passer à une taxation au poids pourrait avoir un effet massif. Mon avis est défavorable, dans l'attente d'informations plus précises et de discussions avec la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

Mme Lise Magnier (HOR). Lors de la précédente législature, la commission des finances avait créé une mission d'information sur l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement. Son constat était clair : l'outil fiscal n'est pas un instrument de santé publique, puisque la France

reste l'un des pays européens avec la plus forte prévalence tabagique malgré sa fiscalité importante sur les produits du tabac.

Cela fait trois ans que nous abordons cette question du tabac à chauffer à l'occasion du PLF – étant entendu que les études quant à sa nocivité doivent se poursuivre. À chaque fois, on nous a répondu qu'il fallait attendre que la Commission européenne statue sur une proposition de révision de la directive de 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés. Or, cette année, le Gouvernement a décidé de légiférer, sans attendre la position de la Commission européenne. Mais la réforme de la taxation du tabac à chauffer prévu à l'article 8 revient à vouloir taxer à l'unité. C'est la raison pour laquelle nous proposons de taxer le tabac à chauffer au poids, comme le sont les produits du tabac dont la consommation implique leur combustion.

M. Jean-Philippe Tanguy (RN). Nous nous opposerons à cet article. Il ne s'agit pas de minimiser les risques du tabagisme et la nécessité de lutter contre ce dernier. Mais en l'espèce, l'enfer est pavé de bonnes intentions. Nous savons tous – et les députés de circonscriptions frontalières plus encore – que si la hausse des taxes entraîne une diminution du volume des ventes de tabac, elle conduit aussi à une augmentation considérable de la contrebande et du marché noir.

Je ne suis pas certain que l'on puisse établir un lien évident entre la hausse des taxes et la lutte contre le tabagisme, en particulier pour les classes populaires. Du fait de l'absence de contrôle de la qualité du tabac de contrebande, le risque pour la santé devient paradoxalement encore pire pour nos compatriotes dont les revenus sont les plus faibles.

Taxer le tabac ne fait pas une politique de santé publique.

Si la France se distingue malheureusement par un fort tabagisme, c'est sans doute en raison d'insuffisances dans le domaine de la prévention et de difficultés d'accès à des soins ou à un accompagnement.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. L'augmentation du prix du tabac permet tout de même de réduire la consommation, notamment des cigarettes. Ce résultat peut être cependant atténué par un report des consommateurs vers d'autres produits qu'il faut taxer davantage. Des effets de bord peuvent également se produire, en particulier dans les zones frontalières.

Il reste que l'augmentation du prix du tabac est l'un des éléments de la lutte contre le tabagisme et que l'ensemble des associations de lutte contre le cancer soutient l'utilisation de l'outil fiscal. Mais il faut en effet se préoccuper aussi des autres composantes de la politique de prévention. Des efforts importants sont consentis en sa faveur cette année. On pourrait éviter 40 % des cancers et près de la moitié d'entre eux est due au tabac. Cela fait réfléchir.

La commission rejette l'amendement CF28.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 8 non modifié.

Article 9 : *Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9 non modifié.

Après l'article 9

Amendement CF1 de M. Mohamed Laqhila.

M. Mohamed Laqhila (Dem). Cet amendement vise à clarifier et sécuriser l'assujettissement social des junior entreprises. Sans cette sécurité, 200 de ces entreprises risquent de disparaître, contraignant 25 000 étudiants à mettre fin à leur activité. C'est là pour le Parlement une occasion de manifester concrètement son attachement à notre jeunesse en permettant aux étudiants de prendre leur place dans le monde du travail et de l'entrepreneuriat.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Cette question revient assez régulièrement, mais elle relève davantage du domaine réglementaire que de la loi. Les sites des URSSAF précisent bien le mode de taxation de ces junior entreprises – qui, du reste, bénéficient déjà de certains avantages. Quant aux caisses qui appliquent mal ces dispositions, il faut leur expliquer qu'il existe une réglementation et une jurisprudence de la Cour de cassation très claires.

Les junior entreprises ont, par ailleurs, le choix du mode de cotisation, car les prélèvements peuvent être calculés forfaitairement sur la base de quatre fois le SMIC horaire ou sur celle des rémunérations réellement versées : il suffit donc de déclarer à l'URSSAF l'option choisie, même si de petites incompréhensions peuvent se produire sur le terrain.

M. Mohamed Laqhila (Dem). Il s'agit surtout de sécuriser ce régime, car les étudiants concernés sont considérés comme ayant un lien de subordination avec leur junior entreprise.

La commission rejette l'amendement CF1.

TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 10 : *Transfert du financement des indemnités journalières maternité post-natales à la branche famille*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10 non modifié.

Article additionnel après l'article 10 : *Conventionnement sélectif des médecins généralistes en exercice libéral*

Amendement CF30 de M. Fabrice Brun.

M. Fabrice Brun (LR). Monsieur le rapporteur pour avis, en tant que médecin et député d'une circonscription proche d'Agen, vous connaissez bien les problèmes de désertification médicale qui touchent nos zones rurales : selon la dernière étude réalisée par l'Association des maires ruraux de France (AMRF), il est six fois plus difficile de consulter un médecin généraliste à la campagne que dans une grande ville.

La suppression du *numerus clausus* est loin de tout régler. D'abord, un horizon à dix ans est très lointain au regard de l'urgence quotidienne que connaissent les 6 millions de Français vivant dans des déserts médicaux. En outre, même si nous formons demain plus de médecins – ce qui, au demeurant, n'est pas certain, car cela supposerait d'augmenter fortement

le nombre d'internes –, nous n'avons aucune garantie qu'ils s'installeront dans des zones sous-dotées comme l'Ardèche ou le Cantal.

L'amendement vise donc, au moins, à décourager leur installation dans les zones sur-dotées en instaurant un mécanisme de conventionnement sélectif.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Mon avis est défavorable. À court terme, tout d'abord, la mesure serait même contre-productive. Dans le département dont je suis élu, par exemple, la moitié des médecins ont plus de 60 ans. Les départs à la retraite seront donc très nombreux, alors que nous ne connaissons pas encore les effets du rehaussement du *numerus clausus*. Les nouveaux arrivants pourront donc s'installer lorsque les anciens partiront.

En deuxième lieu, à plus long terme, nous avons intérêt à revaloriser la médecine de proximité. Le médecin traitant doit être le pivot de la médecine. Or, alors que la médecine générale connaissait depuis quelques années un certain regain, je crains que la mesure proposée ne dégoûte les jeunes médecins de choisir cette spécialité et ne les pousse à choisir un autre type d'exercice, en qualité par exemple de praticiens hospitaliers ou de médecins salariés.

En outre, nous avons également instauré de fortes incitations. De fait, la situation appelle tout un panel de mesures, une seule ne résoudra pas le problème.

Enfin, la semaine dernière, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et les représentants de tous les médecins sont unanimement convenus d'assurer des accès à la médecine aux patients qui n'ont pas de médecin traitant. Ces propositions, que je vous communiquerai, sont beaucoup plus porteuses que celle qui fait l'objet de l'amendement.

M. le président Éric Coquerel. M. Brun a le mérite de chercher des solutions à un problème qui ne concerne pas que les zones rurales : la Seine-Saint-Denis aussi, par exemple, est touchée. Je préfère, pour ma part – et nous en avons discuté tous les deux –, des dispositifs de cette nature à des exonérations. Mais il faut, bien sûr, expertiser les différentes mesures.

On pourrait aussi envisager la création de corps de médecins fonctionnaires... (*exclamations de plusieurs députés des groupes RE, Dem et HOR*)... oui, bien sûr, de médecins fonctionnaires qui, en échange du paiement de leurs études, devraient exercer quelques années là où on les enverrait. Il faut, en tout cas, chercher des solutions concrètes à un problème de plus en plus criant et épineux.

M. Fabrice Brun (LR). Il n'y a jamais eu autant de médecins en France et ils n'ont jamais été aussi mal répartis. Le Gouvernement et la majorité n'ont pas pris la pleine mesure de la désertification médicale qui touche nos zones de montagne et nos zones rurales, mais aussi, comme vous l'avez dit à juste titre, monsieur le président, les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), où les statistiques montrent une véritable iniquité dans l'accès aux soins.

Si la politique incitative avait de l'effet, cela se saurait ! Je continuerai donc à faire des propositions concrètes pour répondre à cette préoccupation majeure de nos concitoyens qu'est leur santé.

Mme Émilie Bonnard (LR). Monsieur le rapporteur pour avis, vous avez évoqué le risque de « dégoûter » les médecins. Heureusement que nous ne nous sommes pas posé cette question pour les professeurs car, si nous n'avions pas d'enseignants dans nos zones de

montagne et nos zones rurales, l'accès à l'éducation ne serait pas le même ! Pour ce qui est de la couverture médicale, la situation est si dramatique que nous sommes contraints de changer d'outils. De fait, nous ne verrons pas avant de très nombreuses années les effets de la suppression du *numerus clausus* et ceux-ci seront très différents selon les territoires.

Il est exagéré de dire qu'on pourrait « dégoûter » les médecins d'exercer dans certains territoires. Je rappelle que leurs études sont payées et qu'eux-mêmes sont rémunérés, durant toute leur carrière, grâce aux cotisations sociales. Certes, il y a urgence et des mesures incitatives sont nécessaires, mais il y a là aussi une certaine exagération. En effet, on en vient quasiment à offrir des locaux aux médecins et les territoires ruraux sont le théâtre d'une surenchère qui oppose ceux de ces territoires qui n'ont pas de moyens à ceux qui en ont davantage. Ça devient vraiment n'importe quoi !

Pour obtenir une répartition plus raisonnable et permettant une couverture de soins minimale partout sur le territoire national, il va nous falloir utiliser des moyens contraignants, sans pour autant aller jusqu'à l'obligation.

M. Philippe Brun (SOC). Je souscris à cet amendement de mon homonyme Fabrice Brun. Cette mesure est en effet demandée par tous les députés de ces territoires perdus en termes d'offre médicale et dont la population a beaucoup de mal à se soigner. Nous avons d'ailleurs déjà examiné en commission des finances un amendement du groupe LR à la première partie du PLF tendant à instaurer une défiscalisation.

Nous arrivons au bout de l'efficacité des logiques incitatives. Même le salariat des médecins a ses limites. Ainsi, dans ma circonscription, les trois médecins salariés d'un centre de santé sont partis. Il faudra donc réguler, ce qui peut passer par le conventionnement sélectif que propose l'amendement. Cette démarche comporte cependant le risque d'une hausse des honoraires en cas de déconventionnement.

Une autre option, plus ambitieuse mais plus difficile à négocier avec les médecins, consisterait à appliquer à ces derniers une cartographie, à l'instar de celle qui s'applique aux professions réglementées telles que celles d'infirmière, sage-femme, pharmacien ou notaire, dont les membres ne me semblent pas être « dégoûtés » pour autant.

Toujours est-il que cet amendement est une première avancée. Les députés du groupe Socialistes et apparentés, en cohérence avec les travaux de Guillaume Garot, le voteront donc.

M. Damien Maudet (LFI-NUPES). J'abonderai dans le sens de nos deux collègues Brun. De fait, si le conventionnement sélectif n'est pas l'alpha et l'oméga et ne réglera pas tous les problèmes de désertification médicale, il peut être un premier pas : là où les médecins conventionnés sont assez nombreux, il est inutile d'en conventionner de nouveaux.

Toutefois, dans le contexte de pénurie assez généralisée que nous connaissons, il se peut que le rééquilibrage ne se fasse sentir que dans dix ans, lorsque le nombre de médecins sera plus élevé et que nous répartirons sur de bonnes bases.

Par ailleurs, vous avez certes supprimé le *numerus clausus*, mais quel est le budget offert aux universités pour accueillir les étudiants supplémentaires ? De fait, si les universités n'ont pas la capacité d'assurer la formation, le nombre d'étudiants n'augmentera pas. Or je crains que les ressources des universités soient insuffisantes.

Enfin, à la différence de Philippe Brun, je considère que le travail salarié doit être encouragé. En effet, malgré la perte en équivalents temps pleins (ETP) du fait de la réduction

du nombre d'heures que cela implique, nombre de jeunes médecins y sont plutôt favorables – comme, du reste, à l'exercice libéral en groupe dans les maisons de santé. Si une grande partie d'une génération le demande, il sera difficile de ne pas lui proposer cette alternative, qui peut du reste permettre d'organiser un grand plan de travail salarié des médecins et de créer ainsi, dans certaines zones, des centres de santé. C'est d'ailleurs le cas, notamment, en Saône-et-Loire, où cette activité, qui employait initialement trente médecins, en occupe désormais plus de soixante. C'est également le cas dans le Cantal et en Corrèze.

Cette solution n'est pas parfaite, mais il faut examiner toutes les situations, car nous ne réglerons pas le problème si rapidement. Je suis donc favorable à cet amendement.

M. Charles de Courson (LIOT). Voilà des années que nous tournons autour de cette question et nous avons évoqué à maintes reprises le conventionnement sélectif. L'un de ses effets pervers est cependant que les médecins peuvent s'adapter aux règles en s'installant en bordure de la zone déficitaire pour desservir la zone excédentaire.

Nous devrions, comme l'ont fait nos collègues de la commission des affaires sociales, voter une règle remédiant au fait que les médecins qui prolongent leur activité après avoir pris leur retraite continuent à payer des cotisations sociales ne leur créant aucun droit, ce qui n'est guère incitatif.

La mesure introduisant une quatrième année de spécialité pour les médecins généralistes est un autre aménagement bienvenu mais, comme le disait M. Maudet, la suppression du *numerus clausus* ne règle pas le problème si l'on n'augmente pas les capacités des universités en termes de formation des médecins – on ne fait que répartir la pénurie. La solution de fond que représente l'augmentation de l'offre, c'est-à-dire du nombre de médecins, prendra dix ans, et les autres mesures ne peuvent être que des palliatifs.

Mme Nadia Hai (RE). La désertification médicale touche tous nos territoires et il ne saurait être question d'opposer territoires ruraux et urbains, au vu notamment de la situation dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, mais aussi dans certains arrondissements de Paris – même si je n'en suis pas députée –, qui manquent de médecins.

La majorité n'est pas restée inactive dans ce domaine. La suppression du *numerus clausus* a ainsi produit des résultats, le nombre d'entrants étant passé en cinq ans de 4 500 à 8 500. On peut certes faire encore davantage en matière de formation, mais les progrès sont notables. Il faut cependant du temps pour former des médecins, et donc pour leur permettre d'arriver dans nos territoires.

Les collectivités peuvent elles aussi mener certaines actions. Je salue à cet égard les initiatives prises par des élus de terrain. Je pense notamment à la décision du président du département de Saône-et-Loire de salarier des médecins pour lutter contre la désertification médicale.

Nous avons, enfin, développé la télémédecine : les collectivités s'engagent, dans le cadre des maisons France services, à installer des cabines permettant de prendre en charge des cas ne requérant pas la présence d'un médecin.

Nous sommes à vos côtés dans la lutte contre la désertification médicale. Il nous faut, à cette fin, continuer à travailler sur les incitations. Je rappelle également que les dispositifs fiscaux que sont les zones franches urbaines (ZFU) et les zones de revitalisation rurale (ZRR) seront encore en vigueur en 2023.

M. Jean-Philippe Tanguy (RN). Le débat ouvert par M. Brun est très intéressant. Je suis également très sensible à la position de Mme Bonnivard et suis moi aussi choqué par la surenchère à laquelle, même si ce n'est pas leur faute, se livrent les collectivités en direction de personnes qui ont bénéficié d'études gratuites et qui, ayant reçu tous les avantages de la part de la République, sont encore privilégiées. Il y a là un vrai problème et cette mise en compétition de territoires qui sont tous en difficulté est terrible.

La volonté de travail en commun exprimée par toutes les forces politiques n'est-elle pas l'occasion de nous réunir pour trouver ensemble des réponses concrètes ? À chacun de prendre ses responsabilités : peut-être pourrions-nous porter collectivement des solutions faisant l'objet d'un vrai consensus, ce qui permettrait d'éviter la politique politicienne sur une question aussi grave et de proposer aux Français des mesures efficaces que nous pourrions tous adopter.

Mme Christine Arrighi (Écolo-NUPES). Notre groupe approuvera cet amendement. Un exemple à cet égard : la semaine dernière, dans ma circonscription, j'ai appuyé devant la commission préfectorale l'opposition d'un maire à la demande d'une pharmacie qui souhaitait quitter le quartier populaire où elle était installée pour rejoindre un grand centre commercial, car ce déménagement aurait créé un désert médical dans une zone où il n'y a déjà plus de médecin.

L'amendement, qui tend à conditionner, dans les zones urbaines ou rurales, l'installation d'un médecin à la présence ou au départ d'autres médecins, me paraît relever du même esprit que les dispositions qui s'appliquent à d'autres professions médicales et qui, à ma connaissance, n'ont pas été remises en cause.

M. Michel Lauzzana, rapporteur pour avis. Je suis opposé au référencement proposé par l'amendement, car, dans la situation actuelle, il serait contre-productif. En effet, la réglementation qui s'est appliquée à d'autres professions médicales, comme les infirmières, ne s'inscrivait pas dans un contexte de manque, comme celui que nous observons aujourd'hui avec les médecins.

Je maintiens le mot qui a fait réagir Mme Bonnivard, car j'ai vécu personnellement la baisse d'attractivité de la médecine générale. De fait, lorsque je me suis installé, les généralistes étaient considérés comme étant à peu près du même niveau que des spécialistes et on n'observait pas de décrochements, mais un désintérêt très fort pour la profession s'est manifesté dans les années qui ont suivi. Prenons donc garde aux mesures que nous allons prendre, qui risquent en outre de provoquer d'autres effets de bord.

Tout d'abord, en effet, je rappelle que les médecins ont accepté le conventionnement en contrepartie de la liberté d'installation : la remise en cause de cette dernière remettrait donc aussi en cause toutes les négociations, ce qui serait prématuré sans discussion préalable avec les différentes associations de médecins.

Par ailleurs, comme j'en suis aussi témoin à Agen, le manque de médecins est tel que des praticiens non conventionnés peuvent s'installer et gagner autant que leurs confrères en travaillant deux fois moins, ce qui aura des effets en termes d'égalité d'accès à la médecine.

La commission adopte l'amendement CF30 (amendement n° 270).

Article 11 : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11 non modifié.

Articles 12 et 13 : *Approbation, pour l'année 2023, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse*

*La commission émet successivement un avis **favorable** à l'adoption des articles 12 et 13 **non modifiés**.*

Article 14 : *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 14 **non modifié**.*

Article 15 : *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 15 **non modifié**.*

*Elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la troisième partie **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2023

TITRE I DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I^{er}

Renforcer les actions de prévention en santé

Article 16 : *Protection des populations et des travailleurs face à la Covid-19*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 16 **non modifié**.*

Article 17 : *Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 17 **non modifié**.*

Article 18 : *Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux IST autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 18 **non modifié**.*

Article 19 : *Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 19 **non modifié**.*

Article 20 : *Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 20 **non modifié**.*

Chapitre II Renforcer l'accès aux soins

Article 21 : Exonération de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21 non modifié.

Article 22 : Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 22 non modifié.

Article 23 : Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 23 non modifié.

Article 24 : Augmenter l'impact des aides à installation

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24 non modifié.

Article 25 : Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25 non modifié.

Chapitre III Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins

Article 26 : Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26 non modifié.

Article 27 : Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27 non modifié.

Article 28 : Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28 non modifié.

Chapitre IV Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 29 : Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29 non modifié.

Article 30 : Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficacité de leur prise en charge

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 30 non modifié.

Article 31 : *Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31 non modifié.

Chapitre V

Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article 32 : *Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 non modifié.

Article 33 : *Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33 non modifié.

Article 34 : *Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 non modifié.

Article 35 : *Assurer pour l'habitat inclusif la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35 non modifié.

Chapitre VI

Moderniser les prestations familiales

Article 36 : *Amélioration du soutien à la garde d'enfants : CMG horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 non modifié.

Article 37 : *Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37 non modifié.

Chapitre VII

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 38 : *Accélérer la convergence sociale à Mayotte*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38 non modifié.

Article 39 : *Moderniser la législation de sécurité sociale applicable à Saint Pierre et Miquelon*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 non modifié.

Article 40 : *Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 non modifié.

Chapitre VIII

Poursuivre les actions de lutte contre les abus et les fraudes

Article 41 : *Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41 non modifié.

Article 42 : *Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 42 non modifié.

Article 43 : *Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 43 non modifié.

Article 44 : *Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 44 non modifié.

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 45 : *Dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 45 non modifié.

Article 46 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46 non modifié.

Article 47 : *Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2023*

La commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 47 non modifié.

Article 48 : *Dotation de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et 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 48 **non modifié**.*

Article 49 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 49 **non modifié**.*

Article 50 : *Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 50 **non modifié**.*

Article 51 : *Objectifs de dépenses de la branche famille*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 51 **non modifié**.*

Article 52 : *Objectifs de dépenses de la branche autonomie*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 52 **non modifié**.*

Article 53 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission émet un avis **favorable** à l'adoption de l'article 53 **non modifié**.*

*Elle émet un avis **favorable** à l'adoption de la quatrième partie **non modifiée**.*

*Elle émet un avis **favorable** à l'adoption de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale **modifié**.*

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

N. B. : les auditions en italique ont été organisées conjointement avec la commission des affaires sociales (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, MM. Cyril Isaac-Sibille, Paul Christophe, Thibault Bazin et Mme Caroline Janvier, rapporteurs thématiques) ; les noms des personnes concernées figurent en annexe au rapport de cette commission ⁽¹⁾.

● 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*

● Administrations centrales

– Direction du budget : Mme Marie Chanchole, administratrice hors classe de l'Institut national de la statistique et des études économiques, sous-directrice de la santé, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la solidarité et de l'insertion

– *Direction de la sécurité sociale*

– *Direction générale de l'offre de soins*

– *Direction générale de la cohésion sociale*

● Organismes de sécurité sociale

– Agence centrale des organismes de sécurité sociale : M. Yann-Gaël Amghar, inspecteur général des affaires sociales, directeur

– Caisse d'amortissement de la dette sociale : M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales, président

– Caisse nationale d'assurance maladie : MM. Marc Scholler, directeur délégué chargé de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude, Damien Vergé, directeur de la stratégie, des études et des statistiques, Mmes Julie Pougheon, directrice de l'offre de soins, Veronika Levendorf, adjointe au directeur de la médiation, chargée des relations avec le Parlement

– *Caisse nationale d'assurance vieillesse*

– *Caisse nationale d'allocations familiales*

– *Fonds de solidarité vieillesse et Fonds de réserves pour les retraites*

● Organisations professionnelles

– *Fédération hospitalière de France **, *Fédération des établissements hospitaliers d'aide à la personne privés non lucratifs **, *Fédération de l'hospitalisation privée ** et *Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile*

(1) Tome II du rapport n° 339 de Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, sur le PLFSS pour 2023, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2022.

– *Syndicat des entreprises du médicament* *

– *Syndicat national de l'industrie des technologies médicales*

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique.*