

Gouverner la protection sociale : transparence et efficacité

Les notes du conseil d'analyse économique, n° 28, janvier 2016

Les dépenses de protection sociale représentent en France près de 672 milliards d'euros, soit 31,8 % du PIB. Au sein de l'OCDE, notre pays se distingue par l'importance de la part publique de ces dépenses et le morcellement institutionnel du système de protection sociale. Cette gouvernance éclatée soulève trois problèmes économiques fondamentaux. Premièrement, elle rend plus difficile la réalisation d'arbitrages collectifs sur l'importance de la dépense publique de protection sociale et sur son partage entre les différents risques. Deuxièmement, le défaut de coordination au sein d'un même risque social, entre régimes de base et complémentaires, ne permet pas de satisfaire les besoins au moindre coût pour la société. Troisièmement, cette organisation ne permet pas de faire une distinction claire entre deux types de protection sociale dont les logiques de solidarité et de financement diffèrent : les régimes qui versent des prestations contributives, dont l'objectif est d'assurer des revenus de remplacement aux revenus d'activité, et les systèmes de protection sociale qui offrent des prestations à tous les citoyens en fonction de leurs besoins, sans rapport avec leurs contributions.

Ces constats sont partagés, mais les propositions de réformes sont loin de faire consensus. Nous proposons une réforme ambitieuse de l'architecture de la protection sociale qui pourrait être envisagée sur le moyen-long terme. Elle consiste d'abord à unifier les régimes couvrant

un même risque : unifier la gouvernance des régimes de retraite obligatoires et harmoniser les règles d'accumulation des droits ; orienter la couverture du risque santé sur le panier de soins solidaire et recentrer les assurances facultatives sur la couverture des soins hors de ce panier. Il conviendrait par ailleurs de refondre l'architecture de la protection sociale avec un pôle non contributif (famille, assurance maladie, lutte contre la pauvreté) intégré dans le budget de l'État et financé par l'impôt, et un pôle contributif (retraites, assurance chômage, indemnités journalières) financé par des cotisations sociales. À plus court terme, des mesures sont préconisées pour améliorer le pilotage du risque vieillesse : la dépendance de l'équilibre du système à la croissance économique de long terme pourrait être atténuée en revenant à une indexation-salaire des rémunérations constituant le salaire de référence des pensions et en modulant le taux de remplacement par un coefficient démographique. Pour garantir une véritable protection du risque maladie, il conviendrait d'instaurer pour la dépense reconnue une couverture publique à 100 % des restes à charge au-delà d'un certain plafond, tout en garantissant l'accès à une offre de soins à tarifs opposables sur tout le territoire.

Enfin, pour obtenir des choix éclairés, il paraît nécessaire de présenter chaque année, lors des débats budgétaires, une annexe retraçant une décomposition de l'ensemble des dépenses publiques par fonction et par risque social couvert.

Cette note est publiée sous la responsabilité des auteurs et n'engage que ceux-ci.

^a École d'économie de Paris (PSE), École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Institut des politiques publiques (IPP), membre du CAE.

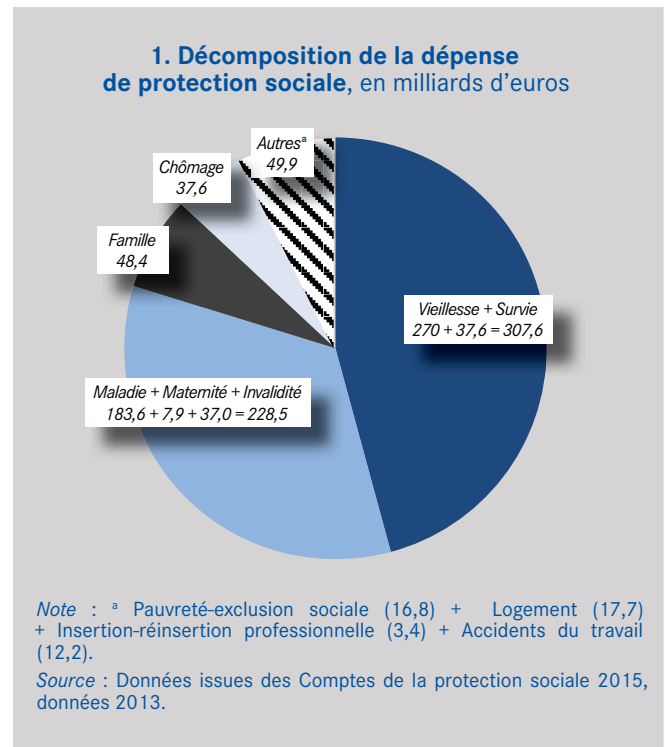
^b PSL, Université Paris Dauphine (LEDA), membre du CAE.

Les dépenses de protection sociale représentent aujourd'hui près de 672 milliards d'euros en France, soit 31,8 % du PIB¹. Ce sont en grande majorité des dépenses publiques (609 milliards d'euros, soit 28,8 % du PIB). Au cœur du « modèle français » de protection sociale, ces dépenses sont incontournables dans les débats sur l'équilibre des finances publiques. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, la croissance « spontanée » des dépenses sociales supérieure à celle du revenu national impose un pilotage renforcé, avec pour objectif de satisfaire les besoins au moindre coût, tout en réalisant des arbitrages conformes aux préférences des citoyens.

Le lent processus de construction du système français de protection sociale a abouti à une architecture complexe avec de multiples acteurs aux décisions non coordonnées, les choix d'ensemble étant finalement peu transparents. Cette *Note du CAE* vise à faire le point sur cette architecture et propose des pistes pour une restructuration permettant à la fois l'expression des choix démocratiques et l'indispensable recherche d'efficacité, en mettant l'accent sur les retraites et l'assurance maladie, qui représentent près de 80 % des dépenses de protection sociale.

Le champ de la protection sociale en France

Il n'y a pas de définition universelle du champ d'application de la protection sociale. Les arrangements institutionnels étant variables selon les pays, le périmètre est difficile à appréhender. Eurostat retient comme définition « toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les particuliers de la charge d'un ensemble défini de risques ou de besoins, à condition qu'il n'y ait ni contrepartie, ni arrangement individuel en cause » (manuel SESPROS)². En pratique, les comptes de la protection sociale incluent l'ensemble des dépenses visant à couvrir les risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, vieillesse, survie, famille, chômage, insertion et réinsertion professionnelle, logement, pauvreté et exclusion sociale, quels que soient les régimes³. Sur les 672 milliards d'euros de dépenses de protection sociale en 2013, le risque vieillesse-survie comptait pour 307 milliards d'euros et le risque maladie-maternité-invalidité pour 228 milliards d'euros (graphique 1).



Bien que les comparaisons internationales soient délicates, on peut retirer des données disponibles⁴ deux faits robustes :

- pour l'ensemble des dépenses de protection sociale (dépenses publiques et privées confondues) la France figure parmi les pays qui dépensent le plus, mais les écarts entre pays restent limités ;
- la France se distingue surtout par la part plus importante des dépenses publiques de retraite.

Notre pays se singularise aussi par le morcellement institutionnel de son système de protection sociale⁵. Au cœur du système actuel se trouve le régime général de la Sécurité sociale, créé en 1945, assurant pour la majeure partie des salariés du secteur privé les risques maladie, invalidité, vieillesse, accident du travail et famille. En dehors de la branche famille, le régime « général » n'a cependant jamais eu l'universalité qu'auraient souhaitée ses concepteurs, du fait de l'absence de participation dès son origine des fonctionnaires (déjà bien couverts), des indépendants (qui ont préféré des régimes propres) et des salariés de grandes entreprises publiques (les régimes spéciaux).

Les auteurs remercient le secrétariat général du COR pour les remarques formulées, sans engager sa responsabilité sur le contenu final de la *Note*. Ils remercient également Clément Carbonnier, conseiller scientifique au CAE, pour son aide et son soutien.

¹ Données 2013 issues des Comptes de la protection sociale 2015.

² Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale.

³ Le périmètre inclut les régimes obligatoires, les assurances collectives, les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, mais pas les assurances maladie complémentaires offertes par les sociétés d'assurance, dont la tarification n'intègre pas *a priori* de mécanismes de solidarité.

⁴ Données SESPROS d'Eurostat et la base de données SOCX de l'OCDE.

⁵ Aucun pays à notre connaissance ne dispose d'une architecture de la protection sociale - en particulier des retraites - aussi complexe que la France au sein des administrations publiques. La complexité observée à l'étranger, concerne surtout des régimes facultatifs en concurrence.

Par ailleurs, la Sécurité sociale a laissé de côté des éléments importants de la protection sociale, comblés par d'autres institutions. L'absence d'assurance chômage conduit les partenaires sociaux à créer l'UNÉDIC à la fin de 1958, une assurance hors du périmètre de la Sécurité sociale, rendue obligatoire dès l'année suivante. La faiblesse des prestations vieillesse conduit les mêmes partenaires sociaux à créer un régime complémentaire pour les cadres (l'AGIRC) en 1947 et, en 1961, son équivalent pour les non-cadres (l'ARRCO) : facultatifs à l'origine, ils deviennent obligatoires en 1972. Du côté de la branche maladie se développent des complémentaires santé pour couvrir les restes à charge des dépenses de santé non couvertes par le régime général. Celles-ci restent aujourd'hui hors du champ de la dépense publique, bien qu'elles jouent un rôle important dans la couverture maladie en France (cf. *Note CAE* n° 12)⁶.

Dépenses de protection sociale : le pilotage en question

Le partage entre financements contributif et non contributif reste inachevé

À l'origine, la Sécurité sociale a été conçue sur le modèle de l'assurance sociale : un lien fort était établi entre cotisations et prestations et l'affiliation était liée à l'exercice d'une activité professionnelle (même si les ayants droit étaient automatiquement couverts).

L'universalisation des prestations de l'assurance maladie et des prestations familiales, ainsi que la forte augmentation du contenu et des coûts des services de santé couverts par la Sécurité sociale, puis le dé plafonnement des cotisations sociales ont progressivement distendu le lien entre cotisations et prestations. En outre, la politique d'allègements de cotisations sociales employeurs sur les bas salaires et l'introduction de dispositifs de solidarité (minima sociaux, aides au logement) ont conduit l'État à prendre une part toujours plus importante au financement de la protection sociale.

Ces évolutions sur longue période vont dans le sens d'une distinction entre des régimes sociaux versant des prestations essentiellement contributives, dont l'objectif est d'assurer des revenus de remplacement en cas de perte de salaire, et un système de protection sociale s'adressant à tous les citoyens pour offrir des prestations en fonction des besoins, et sans condition de contributions passées⁷. La création en 1991 de la

CSG, qui est un impôt sur le revenu proportionnel affecté à la protection sociale en remplacement des cotisations sociales, a été à ce titre une étape décisive.

Mais la clarification n'a pas été portée à son terme : chaque régime reste financé par un mélange de cotisations et d'impôts, ce qui contribue à la faible lisibilité des prélèvements obligatoires finançant la protection sociale. Or, sans entrer dans des considérations d'économie politique de la protection sociale, la théorie économique suggère qu'une plus grande efficacité du prélèvement obligatoire peut être obtenue en attribuant un financement par cotisations sociales aux prestations contributives. Ceci tient au fait que les cotisations sociales sont un prélèvement à taux fixe et établissent un lien direct avec le niveau de bénéfice auquel l'individu accède en contrepartie. Dans ce cadre, certains résultats de la littérature montrent que les comportements d'évitement sont plus faibles⁸. Pour le dire plus précisément dans le cas français, remarquable pour la générosité de son système de retraite (base + complémentaire), l'importance des prélèvements ne sera tenable à terme que si le lien visible entre prélèvement et prestations est maintenu.

Pour des prestations non contributives comme la santé, qui sont servies à proportion des besoins, il n'y a pas d'inconvénient à définir un financement par l'impôt. En France, la règle est celle de ressources affectées. Or la littérature économique est très critique sur les impôts affectés⁹, car l'affectation crée des contraintes nuisant à l'allocation optimale des financements publics. Une illustration des rigidités ainsi créées est donnée par les obstacles mis à des projets comme l'intégration des allègements de cotisations sociales dans le barème, ou la rationalisation de nombreux prélèvements obligatoires, en partie (pas seulement) empêchés par le mélange institutionnel entre droits contributifs liés au paiement de cotisations et droits universels¹⁰.

Le tableau suivant présente schématiquement la répartition des prélèvements et des dépenses selon leur caractère contributif ou non. Au-delà de la complexité du financement de la protection sociale, la répartition entre contributif et non contributif est peu différente pour les recettes et pour les dépenses : en laissant de côté les coûts financiers, les dépenses contributives (proportionnelles aux revenus des assurés) représentent environ 54 % du total, tandis que les ressources contributives pèsent 62 %. Dès lors, une clarification du financement de la protection sociale serait envisageable sans bouleverser les grands équilibres financiers.

⁶ Obligatoires dans les entreprises privées depuis le 1^{er} janvier 2016, les complémentaires de groupe n'entrent pas dans le champ des administrations publiques car les contrats sont établis avec un choix du prestataire, une certaine latitude de choix de couverture et une autonomie financière du prestataire par rapport aux administrations publiques. Dormont B., P-Y. Geoffard et J. Tirole (2014) : « Refonder l'assurance maladie », *Note du CAE*, n° 12, avril.

⁷ Voir le rapport du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) (2013) : *Rapport d'étape sur la clarification et la diversification des ressources des régimes de la protection sociale*, juin, pour une discussion des principes de contributivité, d'universalité et de redistribution.

⁸ Pour une revue de littérature voir Saez E., J. Slemrod et S.H. Giertz (2012) : « The Elasticity of Taxable Income with Respect to Marginal Tax Rates: A Critical Review », *Journal of Economic Literature*, vol. 50, n° 1, pp. 3-50.

⁹ Wilkinson M. (1994) : « Paying for Public Spending: Is There a Role for Earmarked Taxes? », *Fiscal Studies*, vol. 15, n° 4, pp. 119-35.

¹⁰ Remarquons que la double nature juridique de la CSG en droit interne et en droit de l'Union européenne est révélatrice de cette ambiguïté : la CSG a été qualifiée d'imposition de toutes natures en droit interne en raison de sa finalité, tandis qu'elle est assimilée à une cotisation sociale en droit de l'Union européenne, compte tenu de son affectation à la Sécurité sociale.

Ressources et dépenses de protection sociale selon leur critère contributif ou non, en milliards d'euros

Risques couverts	Nature de la protection sociale	Modes de financement actuels	Coût, en milliards d'euros	Ressources utilisables, en milliards d'euros
Contributif Retraite, chômage, accidents du travail, indemnités journalières	Assurances sociales contributives	Cotisations sociales, impôts et autres contributions publiques	327,2	Cotisations sociales 396,2
Non contributif Santé, famille Logement, pauvreté et exclusion (y compris pour la vieillesse et le chômage)	Protection sociale non contributive Assistance : prestations sous conditions de ressources	Cotisations sociales, impôts et autres contributions publiques	282,3	Impôts ou autres contributions publiques 240,0
Charges financières			29,6	

Champ : Dépenses des administrations publiques et prélèvements obligatoires.

Lecture : Les dépenses non contributives des risques vieillesse et chômage (minima sociaux, droits familiaux de retraites) sont incluses dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion ou la famille.

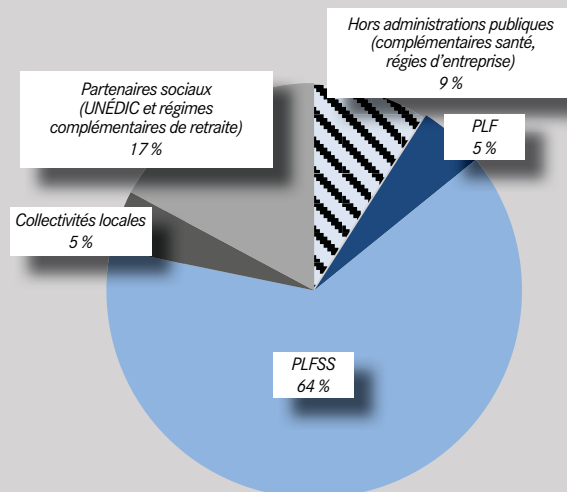
Source : Données issues des Comptes de la protection sociale 2015, données 2013.

Cette question est bien connue des spécialistes de la protection sociale et a fait l'objet de deux rapports très complets du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS)¹¹. Le HCFi-PS explore plusieurs scénarios basculant des cotisations sociales des branches « universelles » (comme la branche famille) vers des branches « contributives » (la branche vieillesse) et, à l'inverse, des financements fiscaux vers les branches « universelles ». L'objectif est de réserver les cotisations sociales aux régimes principalement contributifs. Les scénarios proposés ont tous des difficultés techniques, mais aucune ne paraît dirimante.

Gouvernance et arbitrage collectif entre les risques

Les dépenses de protection sociale ont longtemps été délaissées par le processus de contrôle budgétaire. En effet, le budget de l'État n'incluant pas les administrations de Sécurité sociale, les dépenses croissantes de la protection sociale échappent au champ des lois de finances (LF). Pour remédier à cette situation, la réforme constitutionnelle de février 1996 a accru les compétences du Parlement en matière de finances sociales en instituant le vote d'une loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) chaque année. La LFSS contient des objectifs de dépenses par branche, auquel s'ajoute un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) couvrant l'ensemble des régimes obligatoires de base. Les LFSS couvrent l'ensemble des régimes

2. La gouvernance des dépenses de protection sociale, en % du total des dépenses



Lecture : 64 % des dépenses de protection sociale en 2013 sont couvertes par le PLFSS, et 17 % sont déterminées par les partenaires sociaux.

Source : Données issues des Comptes de la protection sociale 2015, données 2013.

de Sécurité sociale, du régime général aux régimes particuliers, mais non les dispositifs non obligatoires offerts par des institutions hors des administrations publiques (complémentaires de retraite, mutuelles, etc.).

¹¹ HCFi-PS (2013) *op. cit.* et HCFi-PS (2015) : *Rapport sur la lisibilité des prélèvements et l'architecture financière des régimes sociaux*, juillet.

taires santé, prévoyance, etc.) ni les régimes obligatoires issus du paritarisme (régimes complémentaires de retraite, UNÉDIC). Au total, 24 % des dépenses *publiques* de protection sociale ne sont couvertes ni par les LFSS, ni par les LF (graphique 2)¹², alors que dans la plupart des pays d'Europe les dépenses publiques obligatoires figurent dans un même texte budgétaire soumis au contrôle parlementaire.

La gouvernance actuelle soulève deux problèmes économiques fondamentaux. Le premier tient à la difficulté de réaliser des arbitrages collectifs à partir d'une gouvernance éclatée. Le processus démocratique actuellement en place, qu'il soit parlementaire ou paritaire, ne garantit pas que les choix entre les différentes dépenses de protection sociale soient réalisés en accord avec l'expression des choix collectifs.

Le second problème tient à la mauvaise coordination des régimes de base et complémentaires au sein d'un même risque. Ce point est développé dans la suite de la *Note* pour les retraites et la couverture maladie.

La couverture du risque santé

Une maîtrise incomplète de la couverture du risque

Dans la plupart des pays développés, les dépenses publiques de santé sont élevées pour garantir l'accès aux soins. L'obligation d'assurance permet d'instaurer un partage des risques à l'échelle de la population¹³.

En France, les dépenses de santé (consommation de soins et de biens médicaux, CSBM) sont couvertes à 78 % par la Sécurité sociale et l'État, à 13,5 % par les organismes d'assurances complémentaires, le reste du financement, soit 8,5 %, étant payé directement par les ménages¹⁴. Dans le cadre de la LFSS, l'ONDAM voté par le Parlement couvre ainsi 78 % des dépenses de santé. Pour guider les parlementaires, le projet de LFSS (PLFSS) fournit des éléments chiffrés sur l'évolution du taux de couverture par la Sécurité sociale et l'État (champ de l'ONDAM) et par les organismes complémentaires, ainsi que la part des paiements directs des ménages (restes à charge). Tous ces éléments sont donnés en proportion de la CSBM, laquelle est un agrégat très large qui englobe la dépense non remboursable – soins des médecins non conventionnés ou hors nomenclature, médicaments

non remboursables. Pour la santé, il convient pourtant de distinguer ce qui relève de la dépense *reconnue*, qui est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires, et de la dépense *remboursable*, celle qui inclut pour les mêmes soins les dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire (pour les biens médicaux) et peut être couverte en partie ou en totalité par les assurances complémentaires. Si l'engagement de la dépense publique a pour finalité de garantir l'égalité dans l'accès aux soins fondamentaux, pour lesquels sont mis en place des mécanismes de solidarité (en rapport avec un panier de référence, que l'on peut appeler « panier de soins solidaire »)¹⁵, il conviendrait d'étendre l'information du Parlement sur l'évolution du taux de couverture publique, non seulement en proportion de la CSBM, mais aussi en fonction de la dépense remboursable et de la dépense reconnue.

Les tensions sur la dépense publique d'assurance maladie naissent du fait qu'en France, comme dans tous les pays développés, les dépenses de santé croissent plus vite que les autres postes de consommation. Cela ne tient pas tant au vieillissement de la population qu'aux innovations médicales, sources de progrès dans la santé et la longévité. Pour maîtriser la dépense, l'ajustement est trop souvent passé par une réduction des taux de remboursement. Si cela permet de réduire la dépense publique *stricto sensu*, contenir ainsi la progression de l'ONDAM ne permet pas de maîtriser la part des dépenses de santé dans le budget des ménages, dont le pouvoir d'achat n'est pas libéré, mais grevé passivement par la partie complémentaire de leurs dépenses de soins. En outre, la réduction des taux de remboursement comme outil de régulation budgétaire déresponsabilise les autorités en charge du pilotage du système de soins. C'est toute la dépense remboursable qu'il faut maîtriser, et non la seule dépense remboursée. Il faut souligner que ce mode de maîtrise de la dépense publique de santé a été abandonné depuis 2012, ce qui a entraîné une augmentation annuelle mécanique du taux de couverture moyen par la Sécurité sociale. Cette évolution est due pour l'essentiel à la progression, liée au vieillissement de la population, de la proportion d'assurés bénéficiant d'une couverture à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD, *cf. infra*)¹⁶. Ceci montre l'importance de mettre en place des mécanismes pertinents de respect de l'ONDAM, qui passera nécessairement dans les années à venir par une réorganisation en profondeur de la médecine de ville (encadré 1)¹⁷.

¹² $(0,05 + 0,17) / (1 - 0,09) = 0,24$.

¹³ Par ailleurs, pour des raisons éthiques incontestables, l'État ne peut pas refuser de soigner les personnes non assurées. Il est donc logique de contraindre les personnes à contribuer *ex ante* au pot commun.

¹⁴ La CSBM englobe « toutes les consommations visant au traitement d'une perturbation de l'état de santé », *cf.* Befly M., R. Roussel, J. Solard et M. Mikou (2015) : « Les dépenses de santé en 2014 », *Études et Statistiques, DREES*, n° 935, septembre.

¹⁵ Voir les développements de la *Note CAE* n° 8 : Askenazy P., B. Dormont, P-Y. Geoffard et V. Paris (2013) : « Pour un système de santé plus efficace », *Note du CAE*, n° 8, juillet.

¹⁶ Autrement dit, si on ne change rien aux taux de couverture par la Sécurité sociale des différents soins, il y a, par un effet de structure lié à l'augmentation de la proportion d'assurés en ALD, une hausse progressive du taux de couverture moyen. C'est pour contrer les effets de cette hausse que diverses participations aux frais des patients avaient été introduites avant 2012.

¹⁷ Un exemple récent et très positif de pilotage de la dépense par le panier existe dans le domaine du médicament, où la baisse des prix et le développement des génériques a permis une diffusion large et rapide d'une innovation majeure pour le traitement de l'hépatite C (sofosbuvir), voir www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2016.pdf

1. Comment respecter durablement l'ONDAM ?

Depuis 2010, la progression de l'ONDAM a été fortement freinée, avec dans le même temps une sous-exécution, dans un contexte de ralentissement des dépenses de santé (CSBM). Comment les dépenses ont-elles été maîtrisées ? L'analyse des comptes de la santé des années récentes montre que l'essentiel des économies a été réalisé sur le médicament *via* le développement des génériques et les politiques actives de baisses de prix. L'ONDAM hospitalier est respecté par construction du fait du mode de calcul des tarifs par séjour (point flottant). En revanche, la croissance de la consommation des soins de ville est plus difficile à maîtriser car elle dépend de l'activité décentralisée des professionnels libéraux et de la demande de soins émanant des assurés sociaux.

Comme le souligne la CNAMTS^a, utiliser le médicament comme source d'économie n'aura qu'un temps. Ce n'est d'ailleurs pas souhaitable à terme, car de nombreuses innovations médicales sont attendues dans le domaine du médicament. Le respect de l'ONDAM devra alors passer par une maîtrise des dépenses de ville. Les solutions peuvent se trouver dans l'allocation de la totalité des budgets – ville, hôpital et médico-social – à un responsable unique décentralisé en charge d'améliorer les parcours et doté de responsabilités étendues en matière de définition des paiements et de conventionnement des professionnels de santé (*cf. Note du CAE n° 8*)^b. Des propositions assez modérées, mais qui allaient dans ce sens, étaient contenues dans le projet initial de la loi de modernisation du système de santé ; elles ont été rejetées par les professionnels libéraux. En l'absence de véritable réforme dans l'organisation des parcours de soins, dans un cadre qui resterait celui du paiement à l'acte (source d'inefficacités décrites dans la *Note du CAE n° 8*), une solution pour maîtriser la dépense de ville serait d'affecter d'un point flottant les éléments de rémunération afin de respecter l'enveloppe fermée prédéfinie par l'ONDAM. Pour éviter les effets potentiellement délétères du point flottant (incitation à la multiplication des actes), on pourrait recourir, sur le modèle allemand, à l'application d'un tarif dégressif en fonction d'un seuil individuel de niveau d'activité défini pour chaque praticien.

^a CNAMTS (2013) : *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014*, juillet.

^b Askenazy P., B. Dormont, P-Y. Geoffard et V. Paris (2013) : « Pour un système de santé plus efficace », *Note du CAE*, n° 8, juillet.

Assurance obligatoire et complémentaires

La souscription d'une complémentaire santé est facultative pour les contrats individuels et réputée facultative pour les contrats de groupe. Cependant, l'importance des tickets modérateurs en France rend cruciale l'acquisition d'une complémentaire pour accéder aux soins, ce qui fait que la plupart des individus sont couverts : en 2012, seulement 5 % des assurés sociaux déclaraient ne pas être couverts par une complémentaire¹⁸.

Cette situation crée une confusion dans les débats publics sur l'étendue de la couverture. Comme l'assurance complémentaire est facultative et comme les personnes dépourvues de complémentaire ont généralement des revenus faibles (juste au-dessus du plafond CMU-C, lequel est inférieur à 75 % du seuil de pauvreté), il est pertinent d'évaluer la qualité de la couverture à partir des restes à charge mesurés *avant* intervention de la couverture complémentaire¹⁹. Ainsi, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) montre que, pour le centile le plus haut en termes de consommations de soins, ce reste à charge moyen est proche de 5 000 euros sur une année. Un tel résultat suggère que la Sécurité sociale ne protège pas suffisamment contre les dépenses « catastrophiques » et peut conduire à préconiser l'instauration d'un plafonnement des restes à charge (*cf. Note du CAE n° 12, op. cit.*).

Une autre source de confusion tient au fait que les organismes complémentaires cumulent les fonctions d'assurance complémentaire (ils participent à la couverture du panier de soins solidaire) et supplémentaire (ils couvrent aussi d'autres soins comme le confort à l'hôpital, la médecine alternative et les dépassements d'honoraires). Le fait que des assurances facultatives interviennent de façon importante pour compléter la couverture des soins de base est une originalité française, les assurances facultatives étant généralement cantonnées à la fonction d'assurance supplémentaire dans les autres pays européens.

Distinguer les fonctions d'assurance complémentaire et supplémentaire est important car des principes différents doivent présider à leur régulation. Parce qu'elles jouent un rôle de co-couverture pour les soins de base, les assurances complémentaires doivent définir leur financement et leurs prestations selon des principes de solidarité. En revanche, les assurances supplémentaires jouant un rôle dans l'accès à des soins de confort, on peut tout à fait admettre qu'elles soient libres de définir leurs prestations et leurs tarifs. Or la réalité française diffère de l'application de ces principes car les fonctions d'assurance complémentaire et supplémentaire sont inextricablement mêlées dans les contrats offerts par les organismes complémentaires.

¹⁸ Célant N., P. Dourgnon, S. Guillaume, A. Pierre, T. Rochereau et C. Sermet (2014) : « L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'Économie de la Santé*, IRDES, n° 198, mai.

¹⁹ Sommes non couvertes par la Sécurité sociale parmi les dépenses ouvrant droit à remboursement : tickets modérateurs, participations forfaitaires, « franchises », forfaits hospitaliers et dépassements au-delà des tarifs opposables.

On observe ainsi des logiques de solidarité radicalement différentes dans le secteur des complémentaires et pour la Sécurité sociale. Pour cette dernière, les contributions sont proportionnelles au revenu de l'individu, indépendamment de son âge et de son état de santé. En outre, le système des affections de longue durée (ALD) offre une meilleure couverture aux personnes affectées d'une maladie chronique. Cette couverture à deux vitesses équivaut à une couverture de long terme : les assurés qui ne sont pas en ALD acceptent de cotiser autant que ceux qui sont en ALD car ils savent qu'ils seront bien couverts s'ils contractent une maladie chronique. Sachant que la fréquence des maladies chroniques augmente avec l'âge, ce dispositif revient à une solidarité entre jeunes et personnes âgées.

À l'inverse, les évolutions actuelles dans le secteur des complémentaires conduisent à mutualiser les risques par tranche d'âge. En effet, des compagnies privées en concurrence sur un marché d'assurance facultatif ne peuvent offrir qu'un partage des risques limité. On aboutit, sur le marché de la complémentaire individuelle, à l'équivalent d'une tarification à l'âge qui se traduit par des contrats très coûteux pour les personnes âgées. L'obligation désormais faite aux entreprises du privé d'assurer tous leurs salariés va renforcer cette segmentation en excluant des salariés du périmètre de mutualisation des complémentaires individuelles.

Pour limiter le renchérissement prévisible des contrats de complémentaires individuelles accessibles aux retraités, un article de la LFSS 2016 instaure une labellisation des contrats afin d'organiser la concurrence sur le marché de la complémentaire pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Cette organisation est à rebours de la solidarité entre les âges de l'assurance maladie. Des principes de solidarité contradictoires sont ainsi appliqués par deux acteurs – assurance de base et complémentaires – concourant pourtant à couvrir les mêmes soins.

Le pilotage du risque vieillesse

Un système morcelé

Il existe en France une trentaine de régimes de retraite. Le découpage suit des lignes professionnelles (en particulier au sein des indépendants et des entreprises dotées de régimes spéciaux), ainsi qu'une distinction entre régimes de base et complémentaires. Par voie de conséquence, nombreux sont les retraités ayant accumulé des droits dans plusieurs régimes de retraite obligatoires : 2,8 pensions en moyenne par retraité, 25 % d'entre eux recevant quatre pensions de retraite ou plus²⁰. Un tel morcellement pourrait se justifier théoriquement de plusieurs manières.

D'abord, l'assurance vieillesse impliquant un arbitrage fondamental entre loisir et travail, on peut juger souhaitable que les indivi-

du aient la liberté de choisir, selon leur préférence, le type de travail qu'ils exercent ou leur état de santé, la part de leur revenu consacrée au financement de leur pension de retraite. Il en découle différentes options qui peuvent justifier l'existence de plusieurs régimes. C'est essentiellement pour cette raison que la plupart de nos pays voisins ont développé des régimes de retraite d'entreprise et des dispositifs d'épargne individuels, souscrits directement par les salariés ou proposés par les employeurs. Cette voie n'a pas été suivie en France, largement parce que les régimes complémentaires ont opté progressivement pour un financement en répartition, impliquant leur obligation.

Ensuite, l'existence de régimes de base et de régimes complémentaires pourrait viser à remplir deux objectifs distincts : un filet de sécurité pour l'ensemble des travailleurs et une assurance vieillesse contributive, dépendant des choix des salariés et de leurs employeurs. Cela correspond en partie au modèle dit des « trois piliers » défendu par la Banque mondiale (World Bank, 1994)²¹ : un premier pilier assurant une pension minimum, un deuxième pilier obligatoire contributif et un troisième pilier d'épargne retraite individuelle. Dans cette perspective, la distinction entre régime de base et régimes complémentaires est profonde, à la fois dans le mode de financement (en capitalisation pour les régimes complémentaires), et pour leur gouvernance.

Enfin, un argument de concurrence régulée pourrait jouer en faveur d'une multiplicité de régimes de retraite, parmi lesquels les salariés (ou les employeurs) pourraient choisir, en fonction de la performance de gestion des uns et des autres. À partir de droits et de devoirs définis de manière centralisée, la concurrence améliorerait potentiellement l'efficacité de la gestion – si les gains d'efficacité sont supérieurs aux coûts de mise en concurrence (publicité, informations, etc.).

Dans le cas français, ces arguments peinent à justifier la multiplicité des régimes de retraite, en particulier le double étage : régime de base et régime complémentaire. Lorsque les régimes complémentaires ont été rendus obligatoires en 1972, ils ont changé de nature en formant un étage du système légal obligatoire des retraites sur le principe de la répartition. On ne peut donc y voir l'expression de l'hétérogénéité des préférences individuelles, pas plus qu'un fonctionnement concurrentiel entre régimes. La distinction entre régimes de base et régimes complémentaires ne recouvre pas non plus les aspects distributifs et contributifs de l'assurance vieillesse. Ce sont en effet essentiellement les dispositifs non contributifs (minimum vieillesse, droits familiaux, prise en charge des périodes de chômage, etc.) qui effectuent la redistribution au sein des dépenses vieillesse, et non la différence de calcul des pensions entre régime de base et complémentaires.

Si la multiplicité des régimes obligatoire de retraite n'apporte pas d'avantages évidents dans l'architecture institutionnelle

²⁰ Cf. DREES, Échantillon interrégimes retraites (EIR) 2012, calculs des auteurs.

²¹ World Bank (1994) : *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Washington DC.

française, elle se traduit en revanche par un manque de coordination entre les régimes, engendrant des surcoûts administratifs, des incohérences et l'illisibilité des droits à pension pour les assurés (encadré 2).

Du fait de la complexité de la législation, de l'imbrication des règles et du manque d'outils de gestion à la disposition des assurés pour simuler leur taux de remplacement effectif, le montant de leur pension totale selon leur âge de départ, etc., les cotisants font face à un système particulièrement illisible. Des progrès importants ont été accomplis, avec le droit à l'information, la création du groupement d'intérêt public (GIP) *Info Retraite*, et aujourd'hui avec sa transformation en *GIP Union Retraite*, mais ces initiatives louables ne réduisent pas la complexité institutionnelle. À défaut d'une unification des régimes, seul un processus de rationalisation et de coordination pourra modifier substantiellement la situation.

Le morcellement institutionnel du risque vieillesse conduit aussi – c'est un aspect peu perçu par les assurés – à de

fortes difficultés de gestion. Les régimes ne bénéficient pas aujourd'hui de toute l'information sur les droits de leurs cotisants ou retraités dans d'autres régimes. Les régimes doivent ainsi réaliser des projections financières des prestations et recettes anticipées sans connaître l'ensemble des informations qui vont déterminer les comportements de départ en retraite et le montant des pensions. À titre d'exemple, les régimes de la fonction publique ne connaissent pas le montant des primes des agents, et ne peuvent donc pas estimer le taux de remplacement effectif qui leur sera offert ; les régimes ne connaissent généralement pas les durées cotisées dans les autres régimes de leurs cotisants, pas plus que leur nombre d'enfants, l'existence ou non d'un conjoint. Ces informations existent pourtant, mais le défaut de coordination, de partage de l'information, rend le pilotage des régimes particulièrement difficile. Cette situation kafkaïenne pourrait être largement améliorée avec l'avènement, à l'horizon 2017-2021, du Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) dont le but est d'obtenir un système d'information tous régimes permettant de s'affranchir des contraintes institutionnelles actuelles.

2. Incohérences et illisibilité des régimes de retraite en France

La législation hétérogène des droits à la retraite selon les régimes conduit à des situations incohérentes ou difficilement justifiables. Les droits non contributifs, censés être l'expression de la solidarité nationale, sont en fait à géométrie variable selon les régimes. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a documenté cette hétérogénéité^a mais les progrès restent à ce jour limités pour faire converger les différents dispositifs.

Le manque de coordination entre régimes entraîne aussi des difficultés pour piloter les dépenses de retraite, en particulier les dispositifs multi-régimes. Le cas du minimum contributif est un exemple éclairant : mis en place en 1983 pour garantir une pension supérieure au minimum vieillesse aux salariés ayant cotisé longtemps, ce n'est qu'en 2007, grâce à une étude de la DREES, que l'on s'est aperçu qu'une part importante des bénéficiaires du minimum contributif était des poly-pensionnés, bénéficiant d'une retraite globale nettement supérieure aux revenus visés à l'origine^b.

Pour les salariés du secteur privé, les différences de règles entre le régime général et les régimes complémentaires ont toujours été source de complications et d'incompréhensions. La décision des régimes AGIRC-ARRCO du 30 octobre 2015 d'introduire des abattements temporaires et une référence à une durée requise de cotisation différente dans les régimes complémentaires et dans le régime général, offre un bon exemple de non-coordination. L'efficacité des mesures des régimes complémentaires

sera limitée par leur seule application à une partie des pensions, et le système dans son ensemble s'en retrouve encore plus complexifié.

Le cas de la compensation démographique entre régimes de retraite – les mécanismes de transferts entre régimes pour corriger des déséquilibres démographiques entre régimes – est une autre illustration des difficultés que soulève le morcellement des régimes obligatoires de retraite, dans le cadre d'un financement en répartition. En effet, rien ne permet de présager que le découpage professionnel des régimes conduise à une évolution parallèle du nombre de cotisants et de retraite pour l'ensemble de ceux-ci. Bien au contraire, il est naturel de s'attendre à une évolution différenciée du nombre d'agriculteurs, de mineurs, de professions libérales, ou d'autres professions. Dans les pays où il existe un unique régime de retraite obligatoire public (États-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, par exemple), la compensation démographique ne se pose pas puisqu'elle est réalisée *de facto* au sein de l'ensemble des professions du pays. En France, une compensation démographique a été mise en place au niveau des régimes de base, et pour les droits directs. Les régimes complémentaires n'ont pas été inclus et doivent ainsi gérer leurs potentiels déséquilibres à venir par la constitution de réserves financières. La grande complexité des règles actuelles de compensation et leur caractère imparfait^c ne permettent pas de corriger l'incongruité d'avoir des régimes obligatoires de retraite autonomes mais financés en répartition.

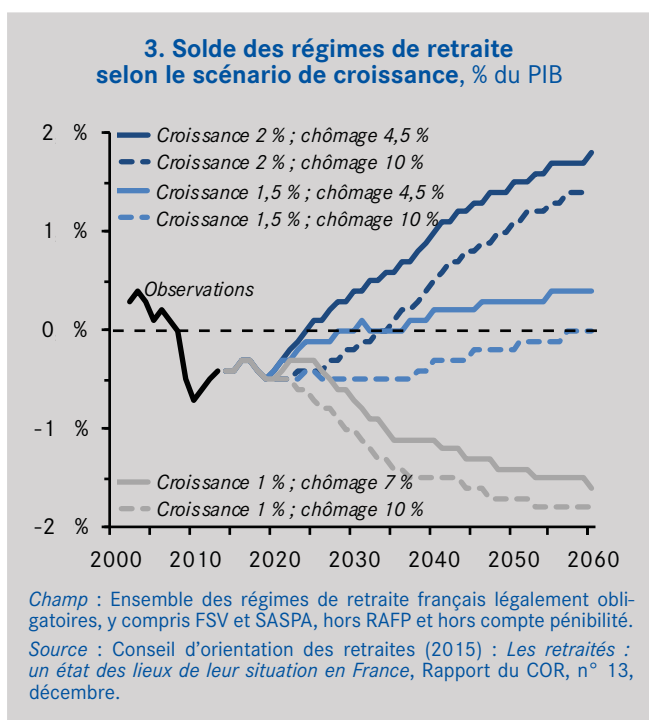
^a Voir, par exemple, Conseil d'orientation des retraites (COR) (2008) : *Retraites : droits familiaux et conjugaux*, Rapport du COR, n° 6 et Conseil d'orientation des retraites (COR) (2013) : *Retraites : un état des lieux du système français*, Rapport du COR, n° 12.

^b Bourles L., C. Burricand et F. Jeger (2007) : « Petites retraites et minimum contributif : enjeux et coûts d'une revalorisation », DREES, pour le Conseil d'orientation des retraites, séance plénière du 19 décembre 'Niveaux de vie des retraités et petites retraites'.

^c Voir, pour une description de la compensation démographique et des pistes de réforme, Conseil d'orientation des retraites (COR) (2011) : *Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation*, Rapport du COR, n° 10.

La dépendance des dépenses de retraite à la croissance économique

Un problème aujourd'hui bien identifié du pilotage de la protection sociale est la forte dépendance des dépenses de retraite au taux de croissance du PIB à long terme. Ce fait structurant a été mis en lumière par de nombreux travaux²². Le graphique 3 reproduit l'impact des hypothèses macroéconomiques sur le solde des régimes de retraite à l'horizon 2060 selon le Conseil d'orientation des retraites (COR). Les hypothèses de croissance de la productivité (et donc des salaires) jouent un rôle bien plus déterminant que celles portant sur le chômage. Dans l'hypothèse haute (2 % de croissance), les régimes dégageraient des excédents de 1 % du PIB à l'horizon 2040, quand dans l'hypothèse basse (1 % de croissance), les déficits atteindraient 1 % du PIB en 2035. Le scénario médian, avec 1,5 % de croissance, donne un équilibre financier des régimes à l'horizon 2030.



Les mécanismes en jeu peuvent se résumer de la façon suivante²³. Depuis 1987, les salaires portés aux comptes du régime général, qui rentrent dans le calcul du salaire de référence utilisé pour calculer la pension de retraite, ne sont plus revalorisés par la croissance des salaires, mais par l'inflation. Cette modification, au départ temporaire, a été rendue per-

manente par la réforme de 2003, et conduit à une baisse des taux de remplacement effectifs (mais pas des taux de remplacement du salaire de référence, ceux-ci étant inchangés)²⁴. Ce mécanisme d'indexation a des effets très puissants : au fil du temps, et avec de la croissance, les salaires augmentent plus vite que les salaires portés au compte (moins bien revalorisés), ce qui fait baisser le salaire de référence par rapport au dernier salaire perçu, et ce d'autant plus que la croissance est importante. Un mécanisme similaire est introduit dans les régimes complémentaires avec l'indexation sur les prix des valeurs d'achat et de service du point. La part des dépenses de retraite dans le PIB varie en fonction de la croissance de long terme : plus le PIB croît vite, plus la part des pensions de retraite dans le PIB diminue ; à l'inverse, si la croissance faiblit sur longue période, la part du PIB consacrée aux pensions de retraite augmente, alors même que les marges de manœuvre budgétaires diminuent.

Ce mode d'indexation est pervers à plusieurs égards.

D'abord, il induit un risque important pour les finances publiques en rendant l'équilibre financier dépendant du rythme de la croissance macroéconomique – une variable incertaine sur laquelle les responsables publics n'ont qu'un faible contrôle²⁵. Cela condamne à des révisions successives des paramètres des régimes, en fonction de l'évolution du taux de croissance de l'économie.

Ensuite, le mécanisme d'indexation opacifie l'évolution effective des taux de remplacement pour les cotisants : selon les scénarios macroéconomiques, les taux de remplacement effectifs peuvent varier considérablement (plus de 10 points d'écart pour 1 point de croissance en plus ou en moins). Au-delà de l'absence de transparence sur le choix implicite d'ajustement du taux de remplacement qui en résulte, il est fort à craindre que les individus réagissent de façon inappropriée, en épargnant trop ou pas assez pour leur retraite. L'incertitude sur les taux de remplacement effectifs diminue la valeur du système de retraite pour les assurés, et donc, logiquement, leur consentement à payer.

Enfin, ce mécanisme conduit à des redistributions non maîtrisées entre assurés. En effet, les salaires de fin de carrière, mieux valorisés, comptent plus que les salaires plus anciens, ce phénomène entraînant des redistributions selon la forme de la carrière. Les écarts entre secteur public et privé seront aussi affectés dès lors que les fonctionnaires bénéficiant d'un calcul sur leur dernier traitement ne vont pas subir le même aléa que les salariés du secteur privé.

²² Voir notamment Blanchet D. (2013) : « Retraites : vers l'équilibre en longue période ? », *Note IPP*, n° 3 ou Marino A. (2014) : « Vingt ans de réformes des retraites : quelle contribution des règles d'indexation ? », *INSEE Analyses*, n° 17.

²³ Voir Blanchet D., A. Bozio et S. Rabaté (2016) : « Quelles options pour réduire la dépendance à la croissance du système de retraite français ? », *Revue Économique*, à paraître.

²⁴ Le taux de remplacement effectif est le rapport entre la moyenne des pensions reçues l'année de la liquidation et le revenu moyen d'activité perçu lors de la dernière année d'activité. Aujourd'hui, seules la Belgique, l'Espagne et la France revalorisent les salaires portés au compte selon l'inflation.

²⁵ L'indexation sur les prix limite certes la croissance des dépenses de retraite, mais son impact effectif sur les finances publiques reste non maîtrisé, conditionnel à la croissance économique.

Ce défaut structurel peut être corrigé de plusieurs façons. Blanchet, Bozio et Rabaté (2016), *op. cit.* proposent trois scénarios de réforme pour réduire la dépendance à la croissance : des comptes notionnels, un système de point généralisé ou une réforme paramétrique d'ampleur. Le point commun à ces trois solutions est de proposer un mécanisme d'ajustement qui dépende directement de l'évolution démographique (augmentation de l'espérance de vie, ou d'un ratio démographique), sans plus faire porter l'ajustement financier sur la sous-indexation des salaires portés au compte. Même dans le cadre d'une réforme paramétrique, corriger ce défaut structurel du système de retraite français impose une réforme d'ampleur pour les régimes de base comme pour les régimes complémentaires.

Quelles options de réformes ?

Nous proposons ici une réforme ambitieuse de l'architecture de la protection sociale pouvant être envisagée sur le moyen-long terme. Afin d'enclencher un mouvement dans cette direction, plusieurs mesures peuvent être adoptées pour rendre le pilotage des dépenses plus efficace et transparent.

Une réforme ambitieuse à moyen-long terme

Une réforme ambitieuse de la protection sociale française viserait à résoudre les incohérences institutionnelles sans modifier les principes actuels de notre protection sociale. Il s'agirait de remplacer l'organisation actuelle par strates institutionnelles (État, régimes de base, complémentaires) traversant chacun des risques sociaux, par une gouvernance unifiée pour chaque risque. Cette révision de l'architecture comporterait trois éléments.

Pour les droits contributifs de retraite, la réforme consisterait à unifier la gouvernance des dépenses d'assurance vieillesse par l'instauration d'un pilote et interlocuteur unique, fédération des régimes existants. Il est important de comprendre que cette fédération n'implique pas la fusion des régimes, ni l'uniformisation des droits, mais une gouvernance unifiée, soucieuse des intérêts de l'ensemble des affiliés et leur offrant un guichet unique. Le régime fédéré pourrait proposer une harmonisation progressive des règles définissant l'accumulation des droits, tout en maintenant des efforts de contribution, et donc des droits différenciés. Il s'agirait d'une étape décisive vers la convergence des régimes par rapport à la dynamique actuelle.

Dans le cadre de ce régime fédéré, les efforts de coordination pourront reposer sur l'harmonisation en cours des systèmes

d'information des différents régimes et leur alimentation du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), afin d'aboutir à un partage de l'information tous régimes, à une information accessible aux assurés sur l'ensemble de leurs droits dans la branche vieillesse et à un pilotage coordonné des régimes. L'ensemble des équipes de soutien opérationnel des régimes (statistiques, projection, etc.) pourraient travailler de concert dans la structure fédérale et servir tous les régimes de façon efficace.

Recommandation 1. Unifier la gouvernance des régimes de retraites obligatoires. Harmoniser progressivement les règles définissant l'accumulation des droits tout en maintenant le cas échéant des paramétrages différents selon les régimes.

Cette gouvernance unifiée peut être envisagée de différentes façons. Une première option serait de donner au Parlement un rôle de pilotage des régimes d'assurance sociale, en déterminant notamment des grands objectifs annuels pour ces régimes (dépenses, solde, taux de remplacement par exemple), contrepartie de leur caractère obligatoire, tout en laissant la responsabilité de la gestion des régimes aux partenaires sociaux. Une deuxième option serait au contraire d'étendre le rôle des partenaires sociaux à l'ensemble des assurances sociales contributives (chômage, retraites, etc.), en leur appliquant les mêmes règles de gestion que celles actuellement en vigueur pour les régimes complémentaires : autonomie de gestion, capacité d'emprunt limité, etc.

Pour la santé, la réforme porterait sur les périmètres d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé. Reprenant les conclusions des *Notes du CAE* n° 8 et 12 *op. cit.*, nous proposons que les débats parlementaires sur l'effort national de santé portent sur le contenu du panier de soins solidaire, comprenant des soins essentiels qui doivent être accessibles à tous sans barrière financière. L'accès à ces soins doit être basé sur des mécanismes de solidarité et donc sans tarification à l'âge ni sélection des risques. Sur ce panier, il conviendrait d'organiser un financement unifié des soins sur un mode public décentralisé ou sous la forme d'une concurrence régulée entre caisses d'assurance²⁶. Dans ce cadre, la maîtrise de la dépense publique de santé devra passer par des arbitrages sur le contenu du panier de soins solidaire et non par le recours à des remboursements partiels. Dans cette logique, l'activité des organismes complémentaires serait recentrée sur la couverture des soins hors panier, c'est-à-dire sur l'activité d'assurance supplémentaire.

²⁶ Soulignons que ces deux formes d'organisation sont compatibles avec un financement par l'impôt : dans tous les cas, l'allocation des ressources s'effectue sous la forme d'une capitation pour chaque personne couverte, égale à l'espérance de sa dépense de soins calculée en tenant compte de ses caractéristiques observables. Par ailleurs, le financement public décentralisé se réfère à la possibilité d'une diversification des modes de paiement et du contenu du conventionnement selon les territoires, voir *Note CAE* n° 8, *op. cit.* L'hypothèse de taux de contributions et de remboursements différenciés est exclue.

Recommandation 2. Unifier la couverture du risque santé (actuellement Sécurité sociale et complémentaires) pour les soins du panier solidaire et recentrer les assurances facultatives sur la couverture des soins hors de ce panier.

Enfin, nous proposons de revenir sur la délimitation actuelle entre ce qui est du ressort de l'État et ce qui incombe à la Sécurité sociale. La distinction fondamentale à opérer se situe entre les prestations contributives et les prestations délivrées aux citoyens en fonction de leurs besoins. Les premières impliquent un financement par des cotisations sociales et font partie de la Sécurité sociale, quand les secondes ont vocation à être financées par l'impôt et sont du ressort de l'État. Revoir la délimitation entre État et Sécurité sociale n'est pas seulement motivé par un objectif de cohérence entre prestations et financement, mais aussi par les gains d'efficacité que l'on peut attendre de la transparence de prélèvements obligatoires liés à l'ouverture de droits supplémentaires, renforçant ainsi le consentement aux prélèvements obligatoires.

Cette réforme conduirait ainsi à inclure dans le budget de l'État la branche famille et la dépense publique d'assurance maladie, financées par prélèvements fiscaux²⁷. En contrepartie, les cotisations sociales actuelles relatives à la famille et à la santé seraient entièrement basculées vers la branche vieillesse, comme dans les scénarios étudiés par le HCFi-PS. La non-affectation des revenus fiscaux à la branche maladie ne modifierait pas la nature du débat budgétaire sur les dépenses maladie, structuré autour de l'ONDAM, donc des dépenses. À partir du moment où les prestations reçues par chaque individu sont sans rapport direct avec ses contributions, le débat budgétaire n'est pas fondamentalement différent pour la santé et pour d'autres postes importants comme l'éducation ou la sécurité. Cette réforme du financement n'entraînerait pas d'« étatisation » du système de soin, mais mettrait fin à la tuyauterie complexe de l'affectation des ressources.

Pour les risques donnant lieu à des prestations contributives (vieillesse, chômage, accident du travail, indemnités journalières), le principe actuel d'un fonctionnement sous la forme d'assurance sociale n'est pas à remettre en cause²⁸. La réforme envisagée rendrait plus transparent le caractère contributif des cotisations sociales en évitant le panachage des modes de financement, et en distinguant mieux ces prélèvements de la fiscalité ordinaire.

Recommandation 3. Refondre l'architecture de la protection sociale avec un pôle non contributif (famille, maladie, lutte contre la pauvreté) intégré dans le budget de l'État et financé par l'impôt, et un pôle contributif (retraites, assurance chômage, indemnités journalières) financé par des cotisations sociales.

Cette proposition n'est pas véritablement nouvelle et il faut reconnaître que des modifications apportées au fil des années dans la structure de financement de dépenses sociales vont dans cette direction²⁹. Elle reste cependant d'actualité dans la mesure où le mouvement est progressif et inachevé au stade actuel, alors que l'on gagnerait à disposer et d'une gouvernance plus claire dans le contexte de fortes contraintes budgétaires.

Quelles options à court terme ?

Si modifier l'architecture de la protection sociale apparaît comme un enjeu majeur à moyen-long terme, des mesures peuvent être envisagées à plus court terme pour améliorer le pilotage des dépenses.

Réduire la dépendance à la croissance de l'équilibre du système de retraite

Sans s'engager à court terme dans une réforme structurelle, il importe de réduire la dépendance à la croissance de l'équilibre de long terme du système de retraite français en modifiant les formules de calcul des pensions à deux niveaux : revenir à une revalorisation des salaires portés aux comptes sur la base de la croissance des salaires moyens et moduler le taux de remplacement en fonction de l'évolution démographique, de l'espérance de vie ou d'un ratio démographique. Dans le cas des régimes complémentaires un pilotage similaire peut être obtenu en indexant la valeur d'achat et de service du point sur les salaires, et en appliquant aussi un coefficient démographique modulant le taux de remplacement.

Cette réforme n'engendre pas de surcoût pour les finances publiques, ni de modification du taux de remplacement moyen. Elle conduit à faire converger le taux de remplacement affiché vers le taux de remplacement effectif. Certes, le défaut de transparence actuel est un moyen commode de réduire les taux de remplacement sans susciter trop d'opposition. Cependant, notre conviction est que la sincérité

²⁷ Figurent aussi dans le budget de l'État les prestations sous conditions de ressources visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion, qui ont toujours été financées par l'impôt.

²⁸ Les dispositifs dits non contributifs au sein de la branche vieillesse et concernant le risque chômage auraient vocation à rester dans une gouvernance de l'État, avec un financement par l'impôt.

²⁹ Le dernier exemple en date est la disposition du PLF 2016 qui consiste à « budgétiser » l'essentiel des aides au logement.

des débats est la meilleure voie pour une adhésion politique aux arbitrages qui doivent être réalisés et pour maîtriser leurs effets redistributifs. Sur un plan plus économique, le défaut de transparence sur les taux de remplacement effectif réduit l'intelligibilité des réformes, ce qui ne favorise pas l'adaptation des comportements. En outre, l'incertitude sur la croissance de long terme fait courir un risque aux finances publiques si celle-ci se révélait plus faible qu'anticipé.

Recommandation 4. Réduire la dépendance à la croissance de l'équilibre de long terme du système de retraite en revenant à une indexation-salaire des rémunérations constituant le salaire de référence des pensions et en modulant le taux de remplacement par un coefficient démographique.

Indexer également les pensions liquidées sur les salaires plutôt que sur les prix serait-il opportun ? Cela permettrait de garantir le pouvoir d'achat des personnes les plus âgées dont les besoins de consommation portent beaucoup sur les services à la personne, et de réduire encore plus la dépendance à la croissance de l'équilibre du système. Mais à dépenses constantes, il faudrait compenser cette évolution plus dynamique des pensions par une baisse des taux de remplacement à la liquidation, ce qui rendrait son acceptabilité difficile. En outre, ce choix d'indexation des pensions liquidées renforcerait les redistributions des retraités à faible durée de vie vers ceux qui vivent plus longtemps.

Pour la maladie, plafonner les restes à charge pour la dépense reconnue

Actuellement, l'activité des organismes complémentaires mêle couverture complémentaire de la dépense reconnue et couverture supplémentaire pour des biens hors panier. La régulation du secteur ne fait pas la distinction. Or, des mécanismes de solidarité devraient être appliqués pour la partie complémentaire de la couverture, tandis qu'ils n'ont pas lieu d'être pour la partie supplémentaire. Pour protéger les assurés sociaux,

un mécanisme efficace consisterait à plafonner les restes à charge : les individus dont le reste à charge annuel cumulé dépasse une somme donnée seraient couverts à 100 % par la couverture publique sur le champ de la dépense reconnue. Dans ce cas, la dépense publique offrirait à tous une couverture protectrice contre les dépenses catastrophiques. Cette protection serait effective dans la mesure où la régulation du secteur garantirait l'accès à une offre de soins à tarifs opposables sur tout le territoire³⁰.

Recommandation 5. Instaurer une couverture publique à 100 % des restes à charge au-delà d'un certain plafond, pour la dépense reconnue. Garantir l'accès à une offre de soins à tarifs opposables sur tout le territoire.

Favoriser les arbitrages démocratiques

Afin de favoriser le débat parlementaire par risque couvert, et sans attendre une réforme institutionnelle d'envergure, nous proposons d'inclure dans les documents budgétaires une décomposition de l'ensemble des dépenses publiques selon la fonction ou le risque couvert³¹. Cela permettrait de poser clairement dans le débat public l'évolution des dépenses de retraite, de santé, de chômage en parallèle aux évolutions des dépenses publiques de l'État et des collectivités locales.

Recommandation 6. Présenter chaque année, lors des débats budgétaires, une annexe retraçant une décomposition de l'ensemble des dépenses publiques par fonction et par risque social couvert.

Les incohérences de notre système de protection sociale sont devenues des obstacles forts au pilotage efficace et démocratique des dépenses de protection sociale. Si une réforme ambitieuse prendra du temps, elle est inéluctable si l'on veut préserver les hauts niveaux de couverture que nous connaissons. ●

³⁰ Ceci doit passer par une politique de conventionnement et de contractualisation avec les offreurs de soins, indispensable pour que l'offre de soins soit pilotée dans le sens des besoins, voir les *Notes du CAE* n° 8 et 12, *op. cit.*

³¹ Dans le cadre de la LOLF, les dépenses de l'État sont présentées par missions et programmes afin d'avoir une lecture générale des politiques publiques : cela ne recouvre cependant que le budget de l'État et non l'ensemble des administrations publiques.



**conseil d'analyse
économique**

Le Conseil d'analyse économique, créé auprès du Premier ministre, a pour mission d'éclairer, par la confrontation des points de vue et des analyses de ses membres, les choix du Gouvernement en matière économique.

Présidente déléguée Agnès Bénassy-Quéré

Secrétaire générale Hélène Paris

Conseillers scientifiques

Jean Beuve, Clément Carbonnier,
Manon Domingues Dos Santos,
Aurélien Eyquem

Assistant de recherche

Paul Berenberg-Gossler

Membres Agnès Bénassy-Quéré, Antoine Bozio,
Pierre Cahuc, Brigitte Dormont, Lionel Fontagné,
Cecilia Garcia-Peñalosa, Augustin Landier,
Pierre Mohnen, Corinne Prost, Xavier Ragot,
Jean Tirole, Alain Trannoy, Étienne Wasmer,
Guntram Wolff

Correspondants

Anne Perrot, Christian Thimann

Les Notes du Conseil d'analyse économique
ISSN 2273-8525

Directrice de la publication Agnès Bénassy-Quéré
Rédactrice en chef Hélène Paris
Réalisation Christine Carl

Contact Presse Christine Carl
christine.carl@cae-eco.fr Tél. : 01 42 75 77 47