

Positions de la FHF sur la contribution du Conseil de la CNSA dans le cadre de l'article 33 de la LFSS 2021

I / La question des financements à long terme de la branche autonomie s'inscrit dans un contexte particulier :

- Des finances sociales très dégradées à court (crise covid) mais aussi à moyen terme avec la perspective d'un déficit structurel de 20 à 30 Mds€ aussi bien de la branche maladie que vieillesse. En effet, au-delà de la situation exceptionnelle de 2020 - qui a vu la sécurité sociale présenter un déficit historique de près de 50 Mds€ en raison de l'effondrement de 10 % du niveau des recettes et d'une très forte augmentation des dépenses de santé – il existe dorénavant un déficit structurel dont on ne peut ignorer l'existence, du fait de l'entrée dans la société de longévité :
 - o L'augmentation du nombre de retraités qui déséquilibre les régimes de retraites. La FHF qui avait approuvé le principe de la réforme des retraites (sous de strictes réserves) ne peut que réaffirmer l'importance de ce chantier
 - o Le caractère inéluctable, sans réforme de fond du système de santé notamment en termes de pertinence des soins, de l'augmentation des dépenses de santé liées à l'avancée en âge : ainsi, les enjeux de l'autonomie sont aussi des enjeux de la branche maladie et réciproquement :
- Augmentation de l'incidence des maladies chroniques liées à l'âge
- Besoin d'accompagnement social et médicosocial dans le cadre de la branche autonomie aussi bien pour les personnes âgées que pour les personnes vieillissantes en situation de handicap, dont le nombre augmente rapidement.
- Croissance ou réduction du reste à charge : les décisions qui sont prises en matière de reste à charge à l'hôpital ou en ville, impactent directement le reste à vivre en matière d'autonomie

De ce point de vue il existe deux scénarios pour les branches maladie et autonomie :

- Un scénario catastrophe : devant la persistance des déficits, il est décidé d'augmenter massivement le ticket modérateur et le reste à charge et de ne pas mettre en œuvre l'une véritable stratégie pour l'autonomie. Dans ce cas se met en place une sécurité sociale à deux vitesses en même temps que les défauts de l'organisation de l'accompagnement médicosocial entraînent une augmentation de la perte d'autonomie, une croissance des dépenses hospitalière et de ville pour ceux qui peuvent payer des tickets modérateurs élevés. Le bénéfice en terme de rétablissement des comptes sera modéré et les conséquences en termes de santé publique désastreuses (hausse des différences d'espérance de vie entre catégories sociales, augmentation de l'incidence des pathologies chroniques)
- Un scénario solidaire et efficient : le système de santé est enfin pleinement tourné vers la prévention primaire et secondaire, l'amélioration de l'accès aux soins et la pertinence des actes, les rôles de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire sont rationalisés, dégagant d'importants gains d'efficacité, et l'amélioration de l'accompagnement à l'autonomie permet une véritable « compression de la morbidité » et des économies structurelles.

C'est évidemment dans ce scénario exigeant que s'inscrivent la FHF et le conseil de la CNSA. Rigoureux quant au pilotage de la branche autonomie et à l'efficacité de la dépense, il est néanmoins offensif en termes de réponse aux besoins des personnes âgées et en situation de handicap.

II / La nature plurielle des besoins suppose la création d'un nouveau système de financement associant des ressources de natures diverses

La FHF souscrit à l'idée selon laquelle les besoins couverts par la branche autonomie, nouveau champ de la protection sociale, sont de différentes natures. Ces besoins appellent la mobilisation d'une palette de ressources, publiques, solidaires ou privées. La FHF, fidèle à sa démarche participative, appelle le conseil de la CNSA à se saisir aussi bien de la question de l'évolution des besoins et des attentes des personnes qu'à répondre à la question délicate de leur financement.

C'est pourquoi la FHF entend formuler les ordres de grandeurs des évolutions nécessaires aussi bien en matière de dépenses que de recettes à l'horizon 2030 pour le moins.

On peut effectivement distinguer :

- Les besoins couverts par les crédits d'assurance maladie et par l'APA et la PCH (ESMS et plan d'aide d'aide à domicile),
- Les moyens nécessaires à une approche solidaire des restes à charges
- Et enfin les dispositifs assurantiels nécessaires à la couverture de besoins complémentaires pour lesquelles une aide publique est nécessaire pour les plus modestes

1/ Les besoins d'accompagnement à l'autonomie jusqu'ici couverts par l'assurance maladie ou l'APA/PCH : une évaluation succincte des besoins à l'horizon 2030 permet de crédibiliser le chiffre de 20 Mds€ de besoins supplémentaires

Ces besoins nouveaux peuvent se formaliser ainsi :

Pour le champ autonomie dans son ensemble :

- Renforcement des rémunérations en établissement comme à domicile : 5 Md€

Pour le champ des personnes âgées :

- Renforcement du nombre de solutions d'accompagnement estimé à 110 000 au minimum : 2,2 Mds€

Un renforcement des effectifs de l'ordre de 25 % par place soit 200 000 emplois (20 000 emplois / an dès 2021 : 8 Md€ à l'échéance 2030.

Ces deux axes constitue un objectif essentiel à mettre en œuvre au plus vite, au regard des délais nécessaires pour transformer et accroître l'offre et recruter le personnel (voir tableau en annexe)

Pour le champ du handicap : les développements de l'offre (rééquilibrage territorial de l'offre, développement quantitatif et qualitatif transformation de l'offre, réponse aux besoins des personnes vieillissantes en situation de handicap, représentent un effort qui peut être évalué en première intention de quelques 5 mds€ à l'échéance 2030 (besoin quantitatif de 5000 places / dispositifs qui doit faire l'objet d'expertise plus approfondie par déficience)

Pour faire face à ces dépenses il est crucial de disposer de ressources pérennes et prévisibles. Celles-ci sont de deux ordres :

- **Jusqu'en 2025 : réallouer chaque année 0,15 pts de CSG (2,2Mds€)** actuellement affectée au remboursement trop rapide de la dette sociale en reportant le remboursement de celle-ci au-delà de 2033

En effet, la loi organique d'aout 2020 a réorganisé en profondeur la gestion de la dette sociale en faisant porter la totalité des déficits générés par la crise sanitaire au financement de la sécurité sociale et en reportant à 2033 le remboursement de cette dette. Si la FHF comprend et partage la volonté de sécuriser pour les années à venir le financement de notre protection sociale, il semble contradictoire de faire porter à la sécurité sociale et à l'assurance maladie la totalité du coût de la crise sanitaire et, dans le même temps, d'investir dans la santé.

Au contraire, il paraît nécessaire que la « dette covid », qui concerne toute la nation, soit gérée par l'Etat, dans un dispositif spécifique de dette perpétuelle ou en tout cas à très long terme, commun à l'ensemble des dettes générées en 2020 par les baisses d'activité qu'a impliqué le confinement. Un tel mécanisme permettra d'en réduire le coût annuel au minimum.

Un telle démarche est indispensable à une sortie par le haut de la crise sanitaire et elle est par ailleurs en cohérence avec les annonces faites par le président de la république et la chancelière allemande sur la relance Européenne. Il apparaîtrait paradoxal que le secteur de la santé porte durant de longues années le poids de cette pandémie contre laquelle il a été le premier rempart de la nation.

En second lieu, en ce qui concerne les dettes présentes et futures portées par la CADES, il n'y aurait que des avantages à prendre une décision plus radicale reportant là aussi l'apurement de la dette à un horizon nettement plus lointain que 2033. Il existe en effet un certain paradoxe à vouloir rembourser à toute force la dette sociale dans un délai court, en consacrant à cela près de 17 Mds€/an, et de constater dans le même temps l'existence d'un déficit important justement parce que ces ressources (CRDS et CSG) ne sont pas affectées au fonctionnement système de santé.

Transférer la « dette covid » à un dispositif d'Etat et reporter à 25 / 30 ans l'amortissement de la dette sociale par la CADES permettraient de réduire drastiquement les ressources affectées au remboursement de la dette. Bien loin d'être un scénario peu rigoureux, cela évitera au contraire l'installation d'un déficit chronique en confortant les moyens du système de santé et en rendant crédibles les chantiers d'investissement massif dans la santé. De même, si la FHF salue l'affectation de 2,4 Mds€ à la CNSA pour amorcer le chantier du grand âge, il va de soi que ce financement ne sera pas suffisant et qu'il est indispensable que cette mesure prenne effet dès 2021 – 2022, et non en 2024, tellement l'attente est forte parmi nos concitoyens, en particulier après les événements dramatiques qu'a connu le secteur du grand âge durant la pandémie.

Cette affectation de 2,2 Mds€ / an, permet d'assurer un certain niveau de préfinancement des dépenses qui vont fortement croître à partir de 2025- 27 sur le modèle du Fond de Réserve des Retraites (FRR).

A compter de 2025 – 2027 selon l'avancement des plans de développement et de transformation de l'offre il est proposé que soit augmenté de 0,1 % par an (+ 1,5 Mds€) – le cas échéant en instaurant une progressivité modérée - une CSG Autonomie, dont l'assiette serait la totalité des revenus de toute nature affectée également à la branche autonomie.

2 / inverser la logique des restes à charge

Le champ de l'autonomie se caractérise – principalement dans le secteur du grand âge - par l'imposition de restes à charge définis non pas sous forme de ticket modérateur plafonné comme dans le champ sanitaire mais par des tarifs à la charge de l'utilisateur qui ne sont pas corrélés aux capacités contributives des personnes.

Ainsi, le reste à charge peut augmenter en proportion de l'importance des besoins d'accompagnement dans une logique exactement inverse à celle du régime des affections de longue durée (c'est le cas

l'APA – à domicile comme en établissement – et dans une moindre mesure de la PCH à partir d'un certain revenu). C'est évidemment massivement le cas du reste à charge en EHPAD / USLD qui est en moyenne 3 à 500 €/ mois supérieur aux ressources des personnes, selon le mode de comptabilisation retenue. Ces dynamiques qui entravent l'accès aux droits sont simplement régulées par l'aide sociale à l'hébergement qui suppose l'aliénation du patrimoine résiduel et la mobilisation préalable de l'obligation alimentaire, dans une logique d'assistantat d'un autre âge. De plus, les mécanismes puissants d'abattement de charges et d'abattement fiscal, mis en œuvre pour solvabiliser indirectement l'accès aux services accroissent les inégalités – seule la classe moyenne supérieure en bénéficie à plein – et prive la puissance publique de moyens qui font ensuite cruellement défaut pour développer un niveau de service convenable.

La FHF appelle donc à ce que soit instauré à domicile comme en établissement un bouclier autonomie : bouclier hébergement (en établissement) et reste à vivre (à domicile)

Le montant de ces besoins peut être estimé à terme, en 2030, à 5 Mds€ brut (compte non tenu des économies possible en matières d'abattement socio fiscaux) pour instaurer un bouclier hébergement dès l'entrée en établissement et réduire le reste à charge de l'APA à domicile

Pour faire face à cette dépense, il est logique de prendre en considération que, si le revenu des français ne connaît qu'une hausse très faible depuis 15 ans, en particulier pour les jeunes générations, le patrimoine moyen a, lui, au contraire doublé, avec cependant un très fort niveau d'inégalités, qui s'est au demeurant accru.

Il est donc pertinent de demander un effort sur le patrimoine d'autant que celui-ci est beaucoup plus important aux âges élevés.

Trois hypothèses peuvent être évoquées qui peuvent se combiner mais avec des effets assez différents :

- Recentrer les abattements de charges sociales dont bénéficient toutes les personnes de plus de 70 ans sur les seuls bénéficiaires de l'APA / PCH et revoir le niveau des abattements fiscaux (largement concentrés sur la classe moyenne supérieure)
- Instaurer un prélèvement d'un taux très bas sur l'ensemble des patrimoines bruts (près de 12 000Msd€) de sorte que qu'un taux de 0,2 % par exemple rapporterait 2,4 Mds€
- Instaurer un taux unique affecté au bouclier autonomie sur l'ensemble de successions et donation pourrait rapporter jusqu'à 2,5mds€ (pour un taux de 2 %) en 2022 puis progresser fortement ensuite. En effet, le fait que le nombre de successions et donations et le montant de celles-ci devraient fortement progresser d'ici 2050 rend une recette de ce type particulièrement utile pour financer le reste à vivre de la 5^{ème} branche.

Quel que soit les choix qui seront faits, et qui suppose évidemment un véritable débat de société, la FHF appelle les pouvoirs publics à acter l'apport d'une ressource nouvelle pour solvabiliser le bouclier autonomie car les besoins croîtront fortement sous le double effet de l'évolution démographique et du nécessaire renforcement des moyens humains d'accompagnement. Il s'agit sans doute là d'un point qui met en tension la décision publique et la volonté politique : en effet l'existence d'un très fort consensus politique sur la nécessité de mieux rémunérer des personnels plus nombreux, implique **également la nécessité absolue** d'apporter des ressources nouvelles à défaut de quoi la forte progression du reste à charge qui découle de ces améliorations de rémunération et d'effectif entrainera une aggravation des inégalités d'accès, à rebours des promesses de solidarité qui sous-tendent la création de la 5^{ème} branche.

3/ pour une assurance complémentaire autonomie solidaire

Malgré les efforts publics nécessaires que la FHF et le conseil de la CNSA appellent de leur vœux, il est hors de doute qu'une grande part des besoins, notamment en termes de logement et d'accompagnement au lien social, et sans doute, d'appareillages innovants, mais aussi de prévention resteront non ou insuffisamment couverts par la collectivité.

Par ailleurs, la croissance exponentielle – et qui ne s'arrêtera pas en 2030, bien au contraire – à la fois en raison de l'impact des innovations technologiques et de l'impact de la longévité (sauf rupture majeure, l'espérance de vie moyenne frôlera les 90 ans en 2050, et bien plus encore pour les femmes) - suppose d'engager un vigoureux préfinancement des ressources nécessaires.

Pour ce faire la FHF écarte cependant (sauf pour l'adaptation du logement, cf. infra) l'idée d'une assurance obligatoire qui pèserait trop sur le revenu des actifs. Elle est en revanche favorable à un **dispositif très incitatif d'assurance autonomie, strictement contrôlé par les pouvoirs publics pour en assurer l'équité**, et qui augmente le pouvoir d'achat autonomie de 3 à 500€ / mois (en € 2022)

Cette assurance devra également s'apprécier dans un re positionnement des mutuelles et assurances complémentaires vers ce risque autonomie – plutôt que dans les dispositifs actuels de couverture des restes à charge maladie peu efficaces (solvabilisation des services et des équipements – notamment de détection de la perte d'autonomie - mais aussi, prévention, sport adapté...) que les collectivités publiques ne sauront pas intégralement couvrir.

La FHF est en revanche favorable à l'instauration d'une clause obligatoire d'adaptation des logements en cas de survenue d'un besoin d'accompagnement (formalisé par l'obtention de l'APA ou le cas échéant de la PCH) : l'instauration d'un prélèvement de 1€ / mois sur les 40 millions d'assurance habitation dégrèverait 500 M€ / an pour l'adaptation des logements.

Sur l'ensemble de ces sujets il est très important de souligner que l'évolution des dépenses et des recettes, doit se concevoir comme étagée dans le temps. Des politiques de régulation adéquates peuvent au demeurant réduire substantiellement les coûts pour la collectivité, non seulement dans le champ de l'autonomie mais également en ce qui concerne l'assurance maladie en permettant une progression plus rapide de l'espérance de vie sans incapacité et une réduction des pathologies chroniques.

III / Les changements structurels de la régulation et de l'offre de services sont de nature à réduire l'évolution des couts

Les politiques de l'autonomie souffrent d'un triple effet « silo » :

- Entre les différents financeurs : il n'y a aujourd'hui aucune intelligibilité, y compris au niveau interministériel entre les différents agrégats de la dépense publique en matière d'autonomie :
 - o Entre les dépenses d'assurances maladie et celles des départements
 - o Entre les dépenses d'assurance maladie et les dispositifs sociaux - fiscaux d'abattement de charges et d'impôts (dépenses fiscales)
 - o Entre ces dépenses et les autres politiques publiques (logement, emplois, minima sociaux)
- Entre les niveaux territoriaux de financement (national / départemental voire local)
- Et même, dans une large mesure, entre les différentes enveloppes d'assurance maladie, de sorte que, par exemple :

- Les dépenses de soins de ville pour les personnes âgées (surtout IDEL et kinésithérapeutes) varient de 1 à 10 entre les départements,
- Que les progrès de santé et les économies que peuvent générer une meilleure organisation des soins en EHPAD / SSIAD – SPASAD (pourtant évidentes et mises en lumière par la crise covid) et qui pourraient aisément dépasser le 1 mds€ ne sont jamais mises en œuvre. Pour ce faire une décision courageuse des pouvoirs publics de généraliser le tarif global et de développer activement l'expertise pharmaceutique dans les EHPAD paraît une nécessité urgente

C'est pourtant ces agrégats de dépenses publiques qui font passer celle-ci de 31 mds € (périmètre « CNSA 2021 ») à 70 Mds €, selon les évaluations communément admises de la dépense publique en matière d'autonomie.

Il en résulte qu'il est nécessaire :

- De disposer d'une véritable loi de programmation de l'autonomie organisant dans le temps les changements organisationnels (approche domiciliaire, investissement dans les nouvelles technologies, plateforme de services, habitat inclusif) tarifaires (plus grande forfaitisation, et financement contractualisé à la qualité) et institutionnels (simplification de la gouvernance et des autorisations). De ce point de vue la FHF considère nécessaire de confier la tarification des ESMS à l'ARS pour des raisons de cohérence avec le champ sanitaire et d'équité dans l'attribution d'un financement qui doit rester national mais de confier l'organisation de l'adaptation des territoires et des logements aux CD. L'action conjointe préfet/ CD / Ars serait en revanche requise pour co construire et co signer une planification et une programmation médico- sociale conjointe ;
- L'expérience montre la nécessité d'un délai de 5 à 7 ans pour développer et transformer l'offre et faire apparaître les gains d'efficience : il faut un suivi du « système de financement » pour pouvoir le piloter, y compris dans la dimension assurantielle, pré financement, abattements de charges, hospitalisations évitables. En effet, pour pouvoir crédibiliser ces pistes d'efficience et les intégrer dans la décision publique il faut pouvoir suivre leur déploiement et rajuster les ambitions le cas échéant.
- Pour ce faire il faut disposer au niveau de la branche d'un comité de pilotage des agrégats de dépense publique de l'autonomie capable de suivre leur évolution et d'informer les décideurs, les parlementaires, les collectivités locales et le membre du conseil de la CNSA de ces évolutions
- De mettre en place des mécanismes transparents de transferts d'enveloppe et des transferts de charges capables de donner la cohérence dans le temps aux publiques au niveau national et territorial
- L'ensemble de ces évolutions suppose un flux régulier d'investissements qu'il est difficile de faire dépendre des seules ressources des opérateurs. Aussi, il est nécessaire :
 - Soit de rendre opposable une cote part d'investissements garantie fléchée vers l'autonomie dans les différents périmètres de l'action publique (logement, industrie, branches famille et vieillesse de la protection sociale)
 - Soit d'identifier dans les ressources de la CNSA une ressource pérenne de de 400 à 500 M€ affectée à l'investissement numérique et technologique. La FHF est favorable à cette 2^{ème} solution, qui pourrait être gagée à terme, après 2025 par les gains d'efficience évoqués ci-dessus qui seraient quantifiés et tracés (par exemple valorisation de la réduction des hospitalisation évitables)
 - La FHF appelle les pouvoirs publics à explorer les solutions innovantes en terme de financement de l'investissement (baux emphytéotique public de 99 ans et réservations foncière par les collectivités locales pour réduire le coût du foncier, emprunt à très long

terme – 50 ans – par la caisse des dépôts, généralisation des contrats de performance énergétique pour capter et sécuriser le lien investissement/ économies d'énergie)

Au final, afin d'être à « l'heure » de la société inclusive pour les personnes en situation de handicap et de la société de la longévité il est nécessaire de mettre en chantier sans tarder un plan autonomie grand âge à la hauteur des enjeux.