

N° 1212

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2008.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU PLAN SUR LE
PROJET *de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009* (n° 1157),

PAR Mme Marie-Anne MONTCHAMP,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER : UN PLFSS VOLONTARISTE, À INSCRIRE DANS UN EFFORT DE LONG TERME	13
I.– FACE À LA DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX, LES MOYENS D'UN PILOTAGE GLOBAL DU RISQUE FINANCIER RESTENT À INVENTER	13
A.– UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE QUI APPELLE DES EFFORTS IMPORTANTS DE REDRESSEMENT DES COMPTES	13
B.– L'URGENCE DE LA MISE EN PLACE D'UN AUTHENTIQUE PILOTAGE DU RISQUE FINANCIER PESANT SUR LES COMPTES SOCIAUX	15
1.– Le cadrage pluriannuel des comptes sociaux : les premiers éléments d'un travail de prospective	16
2.– Une certification des comptes dont la portée doit être réelle	18
3.– Un contexte de crise financière qui exige de renforcer sensiblement le pilotage du « risque financier »	19
II.– DANS L'IMMÉDIAT, UN PLFSS RÉSOLUMENT VOLONTARISTE, DONT L'EFFORT PORTE SUR PLUS DE 6 MILLIARDS D'EUROS	21
A.– LES PRÉVISIONS DE RECETTES POUR 2009	21
1.– Un panorama général des recettes	21
2.– Une compensation des exonérations de charges en nette amélioration	23
B.– UN PLFSS POUR 2009 DÉTERMINÉ À RÉDUIRE LE DÉFICIT	26
1.– Recettes nouvelles et transferts financiers : améliorer et clarifier le financement de la sécurité sociale	27
a) 1,3 milliard d'euros de recettes nouvelles au profit de l'assurance maladie	27
b) 2,2 milliards d'euros de transferts financiers au bénéfice de la branche retraite	28
2.– 3 milliards d'euros d'économies pour la sécurité sociale	29
CHAPITRE II : UNE GESTION ACTIVE DES DÉFICITS ET DE LA DETTE, CONDITION INDISPENSABLE POUR RENOUER AVEC L'ÉQUILIBRE	31
I.– LE PROBLÈME DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES TROUVE UNE SOLUTION PARTIELLE	31
A.– UN DÉSÉQUILIBRE CROISSANT DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES	31
B.– UN RÉGLEMENT PARTIEL DU PROBLÈME DE FINANCEMENT DU RÉGIME	32
II.– LE CHOIX DE LA RÉOUVERTURE DE LA CADES SANS PROLONGEMENT DE SA DURÉE DE VIE	34
A.– LA CADES, UNE GESTION DYNAMIQUE DE LA DETTE SOCIALE	34
B.– LA RÉOUVERTURE DE LA CAISSE : UNE DÉCISION INSPIRÉE PAR LA SAGESSE	35
III.– LA CRISE FINANCIÈRE POURRAIT PESER LOURDEMENT SUR LA TRÉSORERIE DE L'ACOSS	37

CHAPITRE III : LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE APPARAÎT EN LÉGER RETRAIT	43
I.– LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE DÉCROÎT DEPUIS LE PIC DE 2004 MALGRÉ LE NON-RESPECT RÉCURRENT DE L'ONDAM	43
A.– L'ONDAM N'A ÉTÉ RESPECTÉ NI EN 2007 NI EN 2008	43
1.– Des hypothèses irréalistes de construction de l'ONDAM expliquent le non respect de l'ONDAM en 2007	43
2.– Le taux de progression de l'ONDAM pour 2008 serait supérieur de 0,5 point à la prévision	44
B.– L'ONDAM POUR 2009 APPARAÎT VOLONTARISTE ET CRÉDIBLE	45
C.– LE PROJET DE MÉDICALISATION DE L'ONDAM OUVRE DES PERSPECTIVES INTÉRESSANTES POUR COMPRENDRE LA DYNAMIQUE DE LA DÉPENSE	48
D.– LA MULTIPLICATION DES FONDS DE FINANCEMENT NE FACILITE PAS LE PILOTAGE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE	48
II.– LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DEMEURE DANS LA TENDANCE DE MOYEN TERME	51
A.– LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE ONT FORTEMENT AUGMENTÉ EN 2007	51
B.– LA PROGRESSION DE LA DÉPENSE DE SOINS DE VILLE POUR 2008 EST PLUS LIMITÉE	52
C.– LE RESPECT DE L'ONDAM POUR 2009 PASSE PAR LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES D'UN MONTANT DE 1,7 MILLIARD D'EUROS SUR LES SOINS DE VILLE	52
1.– Les économies pour 2009 dans le champ des soins de ville, hors produits de santé, sont évaluées à 730 millions d'euros	52
a) <i>La réalisation des deux tiers de ces économies dépendra de l'action de l'UNCAM</i>	<i>52</i>
b) <i>La problématique de la meilleure répartition des professionnels de la santé sur le territoire constitue un enjeu pour les finances publiques</i>	<i>54</i>
2.– Les produits de santé concentrent la plus grande part des économies attendues en 2009, à hauteur de 990 millions d'euros	55
a) <i>Les mesures sur les produits de santé devraient permettre une économie de 990 millions d'euros</i>	<i>55</i>
b) <i>Les succès de la politique de promotion des génériques en font une source d'économies importante</i>	<i>56</i>
D.– LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE PÂTIT DE RÉSULTATS DÉCEVANTS	57
III.– LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DEVRONT ACCROÎTRE LEUR PRODUCTIVITÉ POUR QUE L'ONDAM SOIT TENU EN 2009	59
A.– LA RÉALISATION DE L'ONDAM HOSPITALIER POUR 2009 NÉCESSITERA LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES SUBSTANTIELLES	59
1.– Les années 2007 et 2008 se caractérisent par une sous-réalisation des objectifs hospitaliers de l'ONDAM	59
2.– Le sous-objectif ambitieux pour 2009 se justifie par l'existence de gisements de productivité au sein des établissements de santé	59

B.– LA GÉNÉRALISATION ANTICIPÉE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POURRAIT PERMETTRE DES GAINS D'EFFICIENCE.....	60
C.– LES DISPOSITIONS DU PRÉSENT PROJET DE S'INSCRIVENT DANS LA LOGIQUE DU PROJET DE LOI « HÔPITAUX, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRE »	62
1.– La loi HPST vise à moderniser les établissements de santé en favorisant les regroupements.....	62
2.– Le présent projet de loi prévoit des dispositions s'inscrivant dans la logique de cette loi.....	62
D.– LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPTABILITÉ DOIT CONTRIBUER À UNE MEILLEURE GESTION DES HÔPITAUX.....	63
1.– La comptabilité analytique se développe au sein des hôpitaux.....	63
2.– Plusieurs opérateurs essaient de promouvoir la comptabilité analytique.....	63
E.– L'AMBITION AFFICHÉE PAR LE SOUS-OBJECTIF HOSPITALIER NE REMET PAS EN CAUSE LE PLAN HÔPITAL 2012.....	64
CHAPITRE IV : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE	67
I.– LE REDRESSEMENT DE LA BRANCHE AT-MP SE CONSOLIDERAIT EN 2009.....	67
A.– LA BRANCHE AT-MP MAINTIENDRAIT SON EXCÉDENT EN 2009.....	68
1.– L'année 2008 a vu le retour à l'équilibre de la branche après plusieurs années de déficit.....	68
2.– L'excédent se maintiendrait en 2009.....	68
3.– La maîtrise des dépenses d'AT-MP passe par le développement de la prévention.....	69
B.– LES FONDS AMIANTE AMPUTENT LA CAPACITÉ DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE.....	69
1.– Le FCAATA verrait son déficit se réduire en 2008 et 2009.....	70
2.– Le FIVA pourrait connaître un déficit important en 2009 en raison d'une forte hausse de son activité.....	71
II.– LA BRANCHE FAMILLE RESTE STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE EN DÉPIT D'UN LÉGER DÉFICIT PRÉVISIONNEL EN 2009	72
A.– LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎT EN 2009 UN LÉGER DÉFICIT APRÈS DEUX ANNÉES D'EXCÉDENT	74
1.– La branche famille a connu des excédents en 2007 et 2008	74
2.– La branche famille devrait connaître à nouveau un déficit en 2009	74
B.– LA BRANCHE FAMILLE DOIT CONCILIER MAÎTRISE DES DÉPENSES ET DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES PRESTATIONS.....	75
1.– La PAJE est à l'origine d'un surcoût important pour la CNAF	75
2.– L'offre de garde en matière de petite enfance reste insuffisante en dépit des efforts réalisés	76
3.– Les nouvelles modalités de revalorisation des aides au logement devraient permettre, à long terme, une meilleure maîtrise de la dépense	77

C.– LES CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES SONT ENGAGÉES DANS UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LEUR PERFORMANCE	77
1.– La performance passe par la mise en place de nouvelles pratiques.....	77
2.– L'amélioration de la gestion se traduit par la maîtrise des dépenses de fonctionnement et notamment de personnel.....	78
3.– L'amélioration de la gestion est d'autant plus nécessaire que les CAF gèrent le service de prestations pour le compte de tiers, et notamment de l'État.....	79
III.– LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE PASSERA PAR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOI DES SENIORS	79
A.– LA BRANCHE VIEILLESSE RESTE EN DÉFICIT STRUCTUREL.....	81
1.– Les comptes de la CNAV sont en situation de déficit structurel en raison du « papy-boom »	81
2.– La prévision de déficit pour 2009 suppose la réalisation d'un redressement de 2,2 milliards d'euros par rapport à la tendance.....	82
3.– Le développement de l'emploi des seniors trouve une traduction dans le présent projet de loi.....	83
4.– Des mesures de revalorisation pour les petites pensions sont prises conformément à l'engagement du Président de la République	83
5.– Les effets pervers de la majoration du minimum contributif sont corrigés.....	84
6.– Le poids du dispositif de départs anticipés pour carrières longues devrait s'atténuer .	85
B.– LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE VOIT SA SITUATION FINANCIÈRE SE DÉGRADER FORTEMENT EN 2009	86
1.– Les comptes du FSV se dégradent fortement en 2009 en raison du transfert d'une partie de ses ressources de CSG à la CADES.....	87
2.– La mise en œuvre de l'ASPA accompagne la revalorisation du minimum vieillesse ...	88
C.– LA PERFORMANCE DU FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES PÂTIT À COURT TERME DE LA CRISE FINANCIÈRE	89
1.– La nécessité d'apprécier sur le long terme la performance du FRR fait relativiser les pertes récentes.....	90
2.– Des voies d'évolution sont à explorer pour adapter le fonds aux défis actuels	91
3.– Quelles perspectives de versements aux régimes de retraite à partir de 2020 ?.....	92
IV.– LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE DISPOSE DE CRÉDITS EN HAUSSE CONSTANTE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES.....	93
A.– UN MODE DE FINANCEMENT ORIGINAL A ACCOMPAGNÉ L'ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DE LA CAISSE.....	94
1.– Le financement de la CNSA mêle affectation de taxes et dotations de l'assurance maladie.....	94
a) <i>Les recettes propres de la CNSA ne représentent qu'un cinquième de son budget.....</i>	94
b) <i>L'ONDAM médico-social assure 80 % du financement de la CNSA.....</i>	96
2.– Initialement destinée aux personnes âgées, la Caisse a élargi ses missions aux personnes handicapées	96

B.- LES PRÉCÉDENTS BUDGETS ONT ÉTÉ CARACTÉRISÉS PAR UNE SOUS-EXÉCUTION CHRONIQUE.....	98
C.- LE MAINTIEN À DOMICILE CONSTITUE LA « NOUVELLE FRONTIÈRE » DU RISQUE DÉPENDANCE	99
D.- LES CONTOURS DU CINQUIÈME RISQUE COMMENCENT À SE DESSINER.....	100
EXAMEN EN COMMISSION.....	103
AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION.....	141
Liste des auditions réalisées par votre rapporteure pour avis.....	147

INTRODUCTION

*« Est-ce vraiment ici
que vous avez perdu votre porte-monnaie ? »*

*« Non, mais la lumière de cette lanterne
me permet au moins de continuer à chercher ! »*

Ulrich Beck

L'entrée en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a considérablement amélioré la visibilité du Parlement sur l'évolution des comptes de la sécurité sociale. Depuis 2006, le vote de la loi de financement de la sécurité sociale à l'automne constitue chaque année l'aboutissement d'un travail d'évaluation de l'état des finances sociales, mais également de prospective sur l'évolution prévisionnelle des comptes sociaux dans une perspective pluriannuelle. Il faut se réjouir de ce changement profond, qui donne réellement les moyens d'orienter les politiques menées par la sécurité sociale, en tenant compte tant du contexte conjoncturel que des données structurelles relatives aux différents régimes de sécurité sociale.

La LOLFSS traduit ainsi la volonté des pouvoirs publics d'« être à la manœuvre » dans le champ des finances sociales, volonté qui est aujourd'hui transposée, pour l'ensemble des finances publiques, par le projet de loi de programmation des finances publiques présenté par le Gouvernement en octobre 2008. La mise en place d'un véritable pilotage des comptes part en fait d'un double constat.

Premier constat. Le redressement des finances publiques n'est envisageable qu'à la condition de fixer une trajectoire volontariste de retour à l'équilibre : la mise en place d'un cadrage pluriannuel des finances publiques répond à cette exigence, que le projet de loi de programmation traduit à travers la prévision pluriannuelle qu'il propose pour la période 2009-2012. Or, dans le champ des finances sociales, la LOLFSS a d'ores et déjà entériné la nécessité de faire reposer les actions menées sur des perspectives pluriannuelles.

Second constat. Le rétablissement de l'équilibre des finances publiques implique une vision consolidée des comptes publics, donc de l'État et de la sécurité sociale aussi bien que des collectivités territoriales, en cessant de considérer isolément chaque acteur. Transposé dans le champ des finances sociales, un pilotage efficient implique de dépasser l'évaluation de la situation propre à chaque branche ou à chaque régime. C'est sur ce point que les efforts devront continuer à porter dans le champ de la protection sociale. En effet, une vision entièrement consolidée des comptes reste aujourd'hui à instaurer, le retour à l'équilibre n'étant à l'heure actuelle le plus souvent envisagé que pour une branche prise isolément.

Le ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique a lui-même souligné, lors de son audition par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, la nécessité d'« *avoir enfin une vision globale des finances sociales, pour s'adapter aux évolutions structurelles des besoins sociaux* ». De ce point de vue, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 va clairement dans le bon sens. Ainsi, la branche famille sera appelée à financer progressivement l'intégralité des majorations de pensions pour enfants qui pèse aujourd'hui sur la branche vieillesse. De la même manière, la hausse envisagée des cotisations retraite, de l'ordre d'un point sur trois ans, a vocation à être compensée par la baisse à due concurrence des cotisations chômage. Telles sont, parmi d'autres, les mesures du projet de loi qui permettent d'adopter progressivement une approche consolidée de la question de l'équilibre des comptes sociaux. Ce pilotage global des comptes est également en voie d'être élargi aux relations financières entre la sécurité sociale et l'État : l'apurement de la dette de l'État vis-à-vis du régime général intervenu en 2007 est ainsi relayé par la reprise, en 2009, par l'État, de la dette du fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA). L'assainissement des relations financières entre l'État et la sécurité sociale passe également par une amélioration de la compensation des exonérations de charges sociales, qui continue aujourd'hui à peser partiellement sur la sécurité sociale.

Ces exemples montrent que la démarche est bien initiée. Le but est néanmoins loin d'être atteint. Et l'urgence de la mise en place d'un pilotage global des finances sociales se fait d'autant plus sentir que le risque financier pesant sur les comptes sociaux est en grande partie un risque endogène, propre au système lui-même, si l'on considère les niveaux atteints par la dette sociale et les conditions de son extinction, qui ne pourra en tout état de cause intervenir avant 2021.

L'effort d'ajustement structurel des dépenses est, par ailleurs, poursuivi. L'ensemble des leviers à disposition pour contenir la dynamique de la dépense de l'assurance maladie est utilisé. Les dépenses de soins de ville sont contenues en raison notamment d'une politique du médicament ambitieuse. Pour réaliser les gains de productivité qui leur sont demandés, les établissements de santé se voient doter des outils nécessaires dès le présent projet de loi, en prélude du projet de loi « Hôpitaux, patients, santé, territoires » qui a été présenté en conseil des ministres le 13 octobre dernier.

Des mesures de long terme sont également prises en application des décisions adoptées à l'occasion du « rendez-vous des retraites ». L'emploi des seniors devient une priorité absolue pour permettre le retour à l'équilibre de la branche vieillesse. Structurelle, cette politique publique produira ses effets dans le temps et devra s'accompagner d'une réflexion sur les conditions et l'organisation du travail.

La conjoncture rend, certes, incertain le niveau des recettes en 2009. Mais, en portant l'effort sur la dépense, le présent projet de loi travaille sur la structure des comptes de la sécurité sociale. Il prépare les excédents de demain qui permettront de construire de nouveaux équilibres.

CHAPITRE PREMIER : UN PLFSS VOLONTARISTE, À INSCRIRE DANS UN EFFORT DE LONG TERME

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'inscrit dans un contexte économique difficile : la dynamique des dépenses – en particulier des branches maladie et retraite – reste forte, tandis que la crise financière, qui a éclaté à l'été 2007, et dont les conséquences sont devenues réellement mesurables au cours du second semestre 2008, perturbe les fondamentaux de notre économie. Les prévisions de soldes des régimes de sécurité sociale affichent en conséquence une détérioration sensible, certes aggravée par la situation conjoncturelle, mais dont les causes demeurent plus que jamais structurelles.

Dans ces conditions, il est indispensable d'instituer un authentique pilotage du risque financier, devenu un risque endogène pour les comptes sociaux, pilotage qui suppose une réactivité suffisante face aux aléas de la conjoncture économique, mais qui ne se limite pas à un pilotage à vue. Un travail de prospective sur les évolutions de l'ensemble des comptes sociaux doit également être mené.

I.- FACE À LA DÉGRADATION DES COMPTES SOCIAUX, LES MOYENS D'UN PILOTAGE GLOBAL DU RISQUE FINANCIER RESTENT À INVENTER

L'exercice en cours est relativement conforme aux prévisions associées au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui tablaient sur un déficit du régime général de l'ordre de 8,8 milliards d'euros. C'est un point important, qu'il convient de souligner, car il traduit l'effectivité des mesures votées par le Parlement. Ainsi, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, réuni le 30 mai dernier, n'a pas déclenché d'alerte comme ce fut le cas en 2007. Toutefois, la situation des comptes sociaux demeure plus que préoccupante : il convient donc de maintenir l'effort ; il doit même être redoublé si l'objectif n'est pas seulement de maintenir le niveau du déficit de la sécurité sociale ou d'éviter son dérapage, mais bien de le résorber à terme.

A.- UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE QUI APPELLE DES EFFORTS IMPORTANTES DE REDRESSEMENT DES COMPTES

Les données fournies par le présent projet de loi et ses annexes font apparaître des résultats et des perspectives préoccupants pour les comptes sociaux. **Le déficit du régime général s'établirait à 8,9 milliards d'euros pour 2008**, et la tendance au creusement du déficit se poursuivrait en 2009, puisque celui-ci atteindrait **15 milliards d'euros**, soit une dégradation de l'ordre de 6 milliards d'euros, en l'absence de mesures de redressement.

**SOLDES DES RÉGIMES DE BASE ET DES FONDS DE FINANCEMENTS
AVANT PLFSS POUR 2009**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Régime général	- 8,7	- 9,5	- 8,9	- 15
Autres régimes de base	0,9	0,4	0,3	0,2
Ensemble des régimes de base	- 7,8	- 9,1	- 8,7	- 14,7
FSV	- 1,3	0,2	0,9	1,3
FFIPSA	- 1,3	- 2,2	- 2,6	- 2,8
Ensemble des régimes de base et des fonds	- 10,4	- 11,1	- 10,4	- 16,2

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

L'annexe B au présent projet de loi présente les hypothèses macroéconomiques qui fondent les prévisions relatives à l'évolution du solde des comptes sociaux. Pour 2009, les hypothèses retenues sont les suivantes :

- une croissance du produit intérieur brut (PIB) limitée à 1 % ;
- une progression de la masse salariale du secteur privé en infléchissement net, puisqu'elle passe de 4,5 % en 2008 à 3,5 % en 2009 ;
- ainsi qu'un taux d'inflation hors tabacs qui reviendrait à 2 % en 2009, contre 2,9 % en 2008.

Ce contexte économique expliquerait la profonde dégradation des comptes en 2009. En effet, les dépenses d'assurance maladie progresseraient spontanément à un rythme de 4,7 %, tandis que les charges de la branche retraite continueraient à s'alourdir. Or, une moindre progression de la masse salariale en 2009 diminuerait sensiblement les produits tirés des cotisations sociales, des remboursements d'exonérations ainsi que de la contribution sociale généralisée (CSG). Par ailleurs, 2009 verrait également une baisse des prélèvements sur les revenus du capital, contrastant avec le dynamisme de ces recettes en 2008, qui est principalement lié à la mise en place d'un prélèvement à la source sur les dividendes, dont l'effet n'est donc automatiquement enregistré que pour une seule année.

Le tableau suivant présente les évolutions respectives des soldes des quatre branches du régime général avant l'intervention des mesures contenues dans le présent projet de loi.

SOLDES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL AVANT PLFSS POUR 2009

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Maladie	- 5,9	- 4,6	- 4	- 7,6
Accidents du travail	- 0,1	- 0,5	0,4	0,4
Vieillesse	- 1,9	- 4,6	- 5,7	- 8
Famille	- 0,9	0,2	0,4	0,3
Total régime général	- 8,7	- 9,5	- 8,9	- 15

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Ces perspectives exigent bien entendu de freiner la dynamique des dépenses et de mettre en place des mesures ambitieuses permettant de limiter les déficits, en particulier s'agissant de la branche maladie et de la branche retraite. Ces exigences sont aujourd'hui accrues dans un contexte économique qui conduit à souligner l'urgence de telles mesures.

De ce point de vue, et sans préjuger de la poursuite inlassable des efforts entrepris pour redresser les comptes, le présent projet de loi se fixe d'être à la hauteur des enjeux, puisque l'effort de redressement doit permettre de **réduire le déficit du régime général de plus de 6 milliards d'euros**.

DÉTAIL DE L'EFFORT DE REDRESSEMENT DU RÉGIME GÉNÉRAL EN PLFSS POUR 2009

(en milliards d'euros)

	Solde avant mesures	Nouvelles mesures	Solde après mesures
	CCSS septembre 2008	PLFSS 2009	PLFSS 2009
Maladie	- 7,6	+ 4,3	- 3,4
Vieillesse	- 8	+ 3	- 5,0
Famille	0,3	- 0,5	- 0,2
AT-MP	0,4	- 0,4	0
Total régime général	- 15	+ 6,3	- 8,6

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

L'effort porte principalement sur les branches maladie et retraite, qui accusent en effet, mécaniquement, la dégradation la plus importante : le déficit de la branche retraite doit, en 2009, être réduit de 3 milliards d'euros, tandis que l'effort de résorption du déficit de la branche maladie s'établira à 4,3 milliards d'euros. Avant d'étudier dans le détail les mesures proposées à cet effet, votre Rapporteur pour avis souligne d'ores et déjà l'ampleur des actions initiées : le présent projet de loi entend porter un coup d'arrêt à la tendance naturelle à la détérioration des comptes sociaux.

B.- L'URGENCE DE LA MISE EN PLACE D'UN AUTHENTIQUE PILOTAGE DU RISQUE FINANCIER PESANT SUR LES COMPTES SOCIAUX

La prise de conscience de la nécessité d'instituer un véritable pilotage des comptes de la sécurité sociale s'est matérialisée à travers l'adoption des ordonnances « Juppé » de 1996 et de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 : cette dernière a entériné le principe d'un vote du Parlement sur les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes de la sécurité sociale. Moins de dix ans après cette première avancée, la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) a considérablement amélioré l'information du Parlement ainsi que les modalités du pilotage des comptes sociaux. Par le biais de l'intégration au projet de loi de financement de la sécurité sociale des soldes des différents régimes, mais également par la décomposition de l'ONDAM en sous-objectifs, la LOLFSS a enrichi et partant, renforcé, la portée du vote du Parlement. L'introduction d'une logique d'évaluation de la performance des différents acteurs est également venue

confirmer la volonté résolue d'améliorer l'efficacité des organismes concernés. Plus encore, la LOLFSS a conféré une dimension pluriannuelle aux prévisions financières relatives aux régimes de sécurité sociale. Elle a enfin confirmé la nécessité d'une sincérité des comptes, en confiant à la Cour des comptes le soin de certifier ceux du régime général. Ces avancées, majeures, ne sauraient occulter la nécessité d'aller aujourd'hui plus loin en termes de pilotage des comptes sociaux. En effet, l'appréhension du « risque financier » reste aujourd'hui bien partielle. Et le contexte actuel ne fait que rendre plus urgents le renforcement et l'élargissement d'une telle gouvernance.

1.— Le cadrage pluriannuel des comptes sociaux : les premiers éléments d'un travail de prospective

Le principe d'un cadrage pluriannuel des comptes sociaux, sous la forme d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, a été institué par l'article 2 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale). Votre Rapporteur pour avis souligne l'importance de ce document, qui oblige les pouvoirs publics et les organismes gestionnaires à renoncer à une vision de court terme sur l'évolution des comptes sociaux. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que le financement de la sécurité sociale renvoie essentiellement à des enjeux structurels et donc de long terme, tels que le vieillissement démographique, l'évolution de la natalité, le potentiel de croissance de notre économie, mais également l'évolution de la structure même des rémunérations, celles-ci ne se limitant plus à la seule part salariale.

Le principe d'un cadrage pluriannuel des comptes se voit d'ailleurs transposé en 2009 au champ des finances de l'État, puisque le projet de loi de finances inclut les prévisions relatives aux dépenses de l'État, par mission du budget général, sur la période 2009-2012. Le calendrier budgétaire parlementaire est ainsi marqué, à l'automne 2008, par la discussion préalable du projet de loi de programmation des finances publiques, qui intègre les prévisions relatives à l'État et à la sécurité sociale, dans un cadrage pluriannuel de l'ensemble des finances publiques, incluant également les collectivités territoriales. Votre Rapporteur pour avis approuve pleinement cette démarche initiée par le Gouvernement, qui définit une véritable stratégie de retour à l'équilibre des comptes. Cette approche consolidée n'est sans doute pas étrangère à l'existence d'un ministère unique dédié aux comptes publics, dont votre Rapporteur pour avis avait déjà eu l'occasion de souligner les vertus l'an passé.

L'annexe B du présent projet de loi, retient, outre les prévisions déjà détaillées pour 2009, des hypothèses macroéconomiques qui doivent permettre de renouer avec l'excédent à l'horizon de 2012 : la hausse du produit intérieur brut (PIB) atteindrait 2,5 % en volume sur la période 2010-2012, tandis que l'inflation hors tabacs resterait limitée à 1,75 % par an. Par ailleurs, la masse salariale du secteur privé progresserait de 4,6 % par an, alors que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) serait contenu à 3,3 % par an.

Le cadrage pluriannuel proposé tient compte du relèvement progressif du taux des cotisations patronales à l'assurance vieillesse à hauteur d'un point à l'horizon de 2011 – hausse qui doit être compensée par la baisse concomitante des cotisations d'assurance chômage –, ainsi que de la prise en charge intégrale par la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) des majorations de pensions pour enfants à la même échéance. Enfin, on soulignera un pas important accompli par le projet de loi de programmation des finances publiques, qui encadre les dispositifs d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette s'appliquant aux cotisations et contributions sociales, par le biais de trois règles :

- l'évaluation systématique de ces dispositifs trois ans après leur création ;
- la fixation d'un objectif annuel de coût des dispositifs concernés ;
- ainsi qu'une règle de gage en cas de création ou d'augmentation de ces dispositifs, qui suppose leur compensation par la suppression ou la diminution concurrente d'autres réductions, exonérations ou abattements d'assiette.

Ces hypothèses conduisent à fixer une véritable trajectoire de retour à l'équilibre, que présente le tableau suivant.

PRÉVISIONS DE RÉSULTATS DES RÉGIMES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Régime général	- 9,5	- 8,9	- 8,6	- 5,4	- 1,5	0,7
Maladie	- 4,6	- 4	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1
AT-MP	- 0,5	0,4	0	0,4	0,1	1,1
Vieillesse	- 4,6	- 5,7	- 5	- 3,6	- 1,7	- 2,3
Famille	0,2	0,4	- 0,2	0,2	0,6	1,7
Tous régimes	- 9,1	- 8,7	- 9,6	- 7,3	- 4	- 1,7
Maladie	- 5	- 3,9	- 2,6	- 2,3	- 1,2	0,2
AT-MP	- 0,5	0,4	0,1	0,5	0,8	1,2
Vieillesse	- 3,9	- 5,6	- 7	- 5,7	- 4,3	- 4,8
Famille	0,2	0,5	- 0,2	0,2	0,7	1,7
FSV	0,2	0,9	- 0,8	- 0,8	- 0,4	0
FFIPSA	- 2,2	- 2,6				

Source : annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Le cadrage proposé indique, à l'horizon de 2012, un retour à l'équilibre du régime général, avec un excédent de 700 millions d'euros ; seule la branche vieillesse resterait déficitaire à cette échéance à hauteur de 2,3 milliards d'euros. On regrettera toutefois que les prévisions pluriannuelles ne reposent que sur une seule hypothèse macroéconomique moyenne, contrairement au cadrage effectué lors du précédent exercice, qui comportait un double scénario économique, soit une hypothèse haute et une hypothèse basse. En effet, plus que jamais dans un contexte de crise financière et d'incertitudes sur les fondamentaux de l'économie, il eût été souhaitable d'envisager un cadrage plus large, reposant sur la prise en compte d'une éventuelle dégradation des principaux déterminants de la croissance et partant, de l'évolution des comptes sociaux. Ces prévisions font l'objet d'une approbation par **l'article 9** du présent projet de loi.

2.– Une certification des comptes dont la portée doit être réelle

L'un des apports essentiels de la LOLFSS – article 12 de la loi organique du 2 août 2005, codifié à l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières – aura été de confier à la Cour des comptes la mission de certifier les comptes du régime général, qui représentent environ 80 % des dépenses de sécurité sociale, soit 323 milliards d'euros. Cette mission a pour vocation d'apporter au Parlement une assurance raisonnable que les comptes du régime général ne comportent pas d'anomalies significatives, qui seraient susceptibles de modifier son jugement sur la situation et le résultat du régime général. Elle constitue donc un outil indispensable à un pilotage efficient des comptes sociaux. Si cette mission ne recouvre que le régime général, on soulignera qu'aux termes de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, les comptes des régimes autres que le régime général de sécurité sociale font l'objet d'une certification par des commissaires aux comptes, au plus tard pour l'exercice 2008. En 2009, le Parlement disposera donc, pour les comptes de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, d'un avis délivré par un certificateur, soit par la Cour s'agissant du régime général, soit par des commissaires aux comptes s'agissant des autres régimes. Cet élargissement va également dans le sens d'une gouvernance globale des comptes sociaux.

Pour 2008, le champ d'application reste celui du seul régime général : c'est donc sur les comptes de 2007 qu'ont porté les travaux de la Cour. Celle-ci souligne le travail important fourni, en particulier par les caisses nationales, afin de rendre effective l'opération de certification. La Cour a toutefois été amenée à refuser de certifier les comptes de la branche recouvrement et de l'ACOSS, en raison de trois désaccords persistants, qui portent sur un montant total de 980 millions d'euros et minorent donc d'autant le déficit du régime général :

- Près de 490 millions d'euros de CSG sur les revenus de placement, perçus en 2008, ont été comptabilisés au titre de 2007, conduisant à majorer d'autant les recettes du régime général ;

- Des recettes affectées à hauteur de 150 millions d'euros au titre de la compensation des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, ont été, de la même manière, rattachées à l'exercice 2007 ;

- Enfin, certaines erreurs relatives à des écritures anciennes, n'ont pas fait l'objet des rectifications requises : elles minorent ainsi artificiellement le déficit de 340 millions d'euros.

Certes, le refus de la Cour de certifier les comptes de la branche recouvrement et de l'ACOSS relève strictement d'une exigence de rigueur comptable. Il n'en demeure pas moins que les montants en jeu sont importants, puisqu'ils représentent près d'un milliard d'euros : la Cour estime donc que le déficit du régime général s'en trouve minoré d'autant, et qu'il s'établirait en réalité à 10,5 milliards d'euros au lieu des 9,5 milliards d'euros qui figurent, à **l'article 1^{er}** du présent projet de loi, dans le tableau d'équilibre du régime général pour 2007. Outre le montant très élevé sur lequel porte la régularisation de la Cour, il importe de s'interroger sur la portée réelle de la mission de certification

des comptes telle qu'elle lui a été confiée, dès lors que la présentation des tableaux d'équilibre retenue dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne tient pas compte des opérations de régularisation effectuées par la Cour. Votre Rapporteur pour avis juge essentiel qu'une rectification des données soumises au Parlement intervienne, conformément à l'avis émis par le certificateur, dans la mesure même où la mission de certification des comptes confiée à la Cour se donne comme une garantie pour le Parlement de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes du régime général, et partant, de l'objectivité de sa situation financière.

La prise en compte de l'avis du certificateur dans la présentation des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos suppose une modification des dispositions afférentes contenues dans la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. À défaut de pouvoir procéder à une telle modification, il convient que le Gouvernement s'engage pour l'avenir à étudier les modalités d'une prise en compte effective de l'avis du certificateur pour la construction des tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement.

3.— Un contexte de crise financière qui exige de renforcer sensiblement le pilotage du « risque financier »

Aujourd'hui, le « risque financier » pesant sur les comptes sociaux n'est appréhendé ni dans sa globalité, ni dans le long terme.

Certes, diverses structures existent, qui sont chargées de réaliser un travail de prospective souvent important : ainsi, chacun dans son champ, le Conseil d'orientation des retraites (COR) et le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) mènent des travaux et établissent des projections à long terme consacrées à l'évaluation des risques pesant sur la viabilité du régime concerné, et devant déboucher sur des propositions opérationnelles de réformes destinées à maintenir ou – mais c'est malheureusement plus souvent le cas – rétablir cet équilibre. Il n'existe toutefois aucun acteur qui soit chargé d'un travail de prospective couvrant l'ensemble du champ de la protection sociale, qu'il s'agisse des diverses branches ou des différents régimes de sécurité sociale. L'absence d'un tel pilotage global est regrettable, car elle s'accompagne d'un manque important de lisibilité des politiques menées dans le champ de la sécurité sociale, et particulièrement sur le plan financier. Certes, de nombreuses avancées ont été permises dans les dix dernières années, et en particulier avec l'encadrement fourni par la LOLFSS. Votre Rapporteur pour avis reconnaît volontiers l'ampleur du chemin parcouru. Toutefois, une vision consolidée des comptes sociaux reste à construire : celle-ci constitue en effet le socle indispensable à l'élaboration de prévisions financières à long terme, qui doivent elles-mêmes guider et inspirer les réformes dans le champ de la sécurité sociale.

Dans cet ordre d'idées, il convient de réfléchir dès maintenant à la mise en place d'un tel pilotage global du risque financier. Celui-ci passe avant tout par une connaissance adéquate de la situation financière des organismes de sécurité

sociale, et en particulier de la gestion de leurs déficits et de leur dette éventuels. En effet, **l'annexe 9** au projet de loi de financement de la sécurité sociale se contente de faire état des prévisions de trésorerie pour le régime général et les autres régimes de base. Afin d'obtenir une telle vision consolidée, votre Rapporteure pour avis propose, à travers le dépôt d'un amendement, de renforcer l'information du Parlement sur les politiques de financement ou de placement menées par l'ensemble des institutions relevant de la sphère de la loi de financement de la sécurité sociale. Le rapport annuel demandé au Gouvernement en amont de la discussion du PLFSS intégrera ainsi les caisses de sécurité sociale de l'ensemble des régimes obligatoires de base, mais également les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), le fonds de réserve pour les retraites (FRR) ainsi que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Une telle présentation globalisée constituerait un outil efficace en vue d'optimiser la gestion financière des organismes de sécurité sociale : elle offre ainsi les moyens de mettre en place un authentique pilotage du risque financier sur un périmètre sensiblement élargi.

Toutefois, au-delà d'une approche consolidée de la situation financière des organismes de sécurité sociale que votre Rapporteure pour avis appelle de ses vœux, il conviendra de réfléchir aux conditions d'élaboration d'un outil globalisé de prospective, qui en est indissociable. Afin d'optimiser la gestion financière de la sécurité sociale, il est en effet indispensable de disposer d'un instrument de prévision et de prospective élargi, qui ne se cantonne pas à un raisonnement interne à chaque branche. Il ne s'agit pas bien entendu de remettre en cause l'autonomie de gestion de chaque branche, mais de rendre possible une réflexion consolidée afin de rétablir, dans les meilleures conditions et sous les meilleurs délais, l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, dont chaque branche pourra tirer profit. On peut à cet égard s'interroger sur l'opportunité d'une éventuelle modification des missions de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Ses missions pourraient en effet être élargies à l'élaboration des prévisions financières à long terme dans le champ de la sécurité sociale. Leur clarification et leur recentrage sur une dimension de prévision financière aurait également l'avantage d'éviter toute confusion quant à la répartition actuelle des rôles entre la Commission des comptes de la sécurité sociale d'une part, et la Cour des comptes de l'autre. En effet, comme le remarque la Cour dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2008, la Commission des comptes reçoit communication des comptes tels qu'ils ont été élaborés par les directions ministérielles concernées, ainsi que des prévisions financières afférentes. La Cour des comptes est quant à elle chargée de valider les comptes, par le biais de sa mission de certification, tandis que le Gouvernement, en aval et sur la base de ces contributions, présente au Parlement le projet de loi de financement pour l'année à venir ainsi que ses annexes. Une clarification des missions des uns et des autres pourrait également passer par un renforcement corollaire du rôle de la Commission des comptes en matière de prévisions financières, à plus long terme, relatives aux organismes de sécurité sociale.

II.– DANS L'IMMÉDIAT, UN PLFSS RÉSOLUMENT VOLONTARISTE, DONT L'EFFORT PORTE SUR PLUS DE 6 MILLIARDS D'EUROS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'engage résolument sur la voie tracée par la trajectoire pluriannuelle de retour à l'équilibre des comptes sociaux à l'horizon de 2012. L'ensemble des leviers d'action se trouvera à cet égard sollicité. Toutefois, un premier constat peut être dressé face aux mesures engagées : l'effort de redressement mis en œuvre se trouve équitablement réparti entre la mise en place de recettes nouvelles d'une part, et la maîtrise des dépenses de l'autre.

A.– LES PRÉVISIONS DE RECETTES POUR 2009

1.– Un panorama général des recettes

Après l'année 2007, caractérisée par une dynamique soutenue des produits des régimes obligatoires de base, qui ont augmenté de 5,5 %, un ralentissement assez net caractérise le rythme de progression des recettes en 2008 – à hauteur de 2,8 %. En 2009, celles-ci devraient afficher une hausse de 3,4 %, comme l'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES RECETTES DES RÉGIMES DE BASE DE 2007 À 2009

(en millions d'euros)

	2007	2008 (p)	%	2009 (p)	%
Cotisations	207 167	213 518	3,1	221 594	3,8
Cotisations « fictives » des employeurs	36 435	38 213	4,9	40 599	6,2
CSG	68 336	71 538	4,7	72 699	1,6
Impôts et taxes affectés (hors CSG)	36 927	40 766	10,4	42 010	3,1
Contributions de l'État	17 219	17 722	2,9	17 721	0
Exonérations compensées	4 232	4 488	6	3 966	-11,6
Prises en charge de prestations	6 994	6 937	-0,8	7 359	6,1
Subventions d'équilibre	5 836	6 139	5,2	6 241	1,7
Transferts reçus d'organismes tiers	29 131	30 947	6,2	32 791	6
FSV	13 754	13 899	1,1	14 168	1,9
CNSA	12 308	13 554	10,1	14 905	10
Contribution du FFIPSA	2 218	2 573	16	2 778	8
Autres	22 668	17 582	-22,4	18 243	3,8
Total consolidé	417 883	430 287	3	445 658	3,6
Transferts internes aux régimes de base	24 788	24 855	0,3	25 077	0,9
Total produits	442 670	455 142	2,8	470 735	3,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Le produit des **cotisations**, qui représentent la moitié des recettes des régimes de base, s'est élevé à 207,2 milliards d'euros en 2007 ; il devrait s'établir à 213,5 milliards d'euros en 2008 – soit une hausse de 3,1 % – et à 221,6 milliards d'euros en 2009 – en progression de 3,8 % –, dont 176 milliards d'euros pour le seul régime général. Votre Rapporteur pour avis tient à cet égard à souligner le renversement de tendance qui s'opérera en 2009 : en effet, alors que la progression des recettes tirées des cotisations s'avère inférieure à la progression de la masse salariale en 2007 et 2008, respectivement de 4,8 % et 4,5 %, – en raison

principalement du dynamisme des exonérations de cotisations sociales avec notamment la montée en charge en 2008 des exonérations liées aux heures supplémentaires –, cette situation s'inverserait en 2009, où, malgré un ralentissement de la croissance de la masse salariale, qui s'établirait à 3,5 %, on assisterait à une accélération du produit des cotisations (+3,8 %), en raison du ralentissement des exonérations.

Les **impôts et taxes affectés** constituent 25 % des recettes des régimes de base : leur dynamisme ne s'est pas démenti en 2007 et 2008, puisqu'elles ont progressé respectivement de 5,7 %, puis de 6,6 %, portées par les recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations de cotisations. Parmi ces recettes :

– La **contribution sociale généralisée (CSG)**, dont le rendement s'établit à 84,2 milliards d'euros pour 2008, verrait sa progression fortement limitée en 2009, à hauteur de 1,7 % seulement, en raison d'une part du ralentissement estimé de la masse salariale du secteur privé, qui a un impact sur le produit de la CSG sur les revenus d'activité, mais également de la forte diminution de la CSG sur les revenus du capital (–8,1 %), dont l'assiette stagne en 2009 et qui subit le contrecoup négatif de la mesure prise en 2008 relative au prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes.

Le tableau suivant présente le ralentissement global prévu du rendement de la CSG pour 2009.

**ÉVOLUTION DU PRODUIT DE LA CSG PAR TYPE D'ASSIETTE
ET POUR L'ENSEMBLE DES RÉGIMES DE BASE**

(en millions d'euros)

	2006	2007	%	2008 (p)	%	2009 (p)	%
Contribution sociale généralisée	76 441	80 489	5,3	84 210	4,6	85 651	1,7
Sur les revenus d'activité	54 019	56 294	4,2	58 914	4,7	60 697	3
<i>dont secteur privé</i>	<i>35 896</i>	<i>37 616</i>	<i>4,8</i>	<i>39 420</i>	<i>4,8</i>	<i>40 916</i>	<i>3,8</i>
Sur les revenus de remplacement	11 910	12 411	4,2	12 938	4,2	13 511	4,4
Sur les majorations et pénalités	201	207	2,9	212	2,5	217	2
Sur les revenus du capital	9 792	11 025	12,6	11 598	5,2	10 662	– 8,1
<i>sur les revenus du patrimoine</i>	<i>4 550</i>	<i>5 570</i>	<i>22,4</i>	<i>5 670</i>	<i>1,8</i>	<i>4 560</i>	<i>– 19,6</i>
<i>sur les revenus de placement</i>	<i>5 243</i>	<i>5 455</i>	<i>4,1</i>	<i>5 928</i>	<i>8,7</i>	<i>6 102</i>	<i>2,9</i>
Sur les jeux	518	552	6,6	548	– 0,8	564	2,9

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

– Le produit des **autres impôts et taxes affectés** a crû de 10,4 % en 2008, à hauteur de 40,8 milliards d'euros, après une progression déjà importante enregistrée en 2007. Ce dynamisme est lié à la fiscalisation croissante des compensations d'exonérations de cotisations.

Le tableau suivant retrace leur évolution sur les trois dernières années et les prévisions afférentes pour 2009.

**ÉVOLUTION DU PRODUIT DES IMPÔTS ET TAXES AFFECTÉS AUX RÉGIMES DE BASE
(HORS CSG)**

(en millions d'euros)

	2006	2007	%	2008 (p)	%	2009 (p)	%
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2 705	2 864	5,9	4 690	++	4 699	0,2
Taxes tabacs	11 553	11 894	2,9	12 122	1,9	12 327	1,7
Taxes médicaments	3 969	3 858	- 2,8	3 941	2,1	4 096	3,9
ITAF acquittés par des personnes morales	15 300	16 698	9,1	18 389	10,1	19 296	4,9
Autres ITAF	1 563	1 613	3,2	1 625	0,7	1 592	- 2
Ensemble des ITAF (hors CSG)	35 091	36 927	5,2	40 766	10,4	42 010	3,1

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Les **contributions de l'État**, qui représentent 4 % des recettes des régimes de base, ont notablement progressé en 2007, à hauteur de 7,6 % : la compensation par l'État, sous forme de dotations budgétaires, de certaines exonérations spécifiques de cotisations, ainsi que la hausse des subventions d'équilibre versées aux régimes spéciaux, sont les principaux facteurs de cette évolution. Toutefois, cette augmentation ne serait plus que de 2,9 % en 2008, et 2009 verrait une stabilisation de ces contributions, à hauteur de 17,7 milliards d'euros.

2.- Une compensation des exonérations de charges en nette amélioration

Fruit d'un intérêt croissant pour l'assainissement des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, la question de l'efficacité et du poids financier des exonérations de cotisations sociales a fait récemment l'objet de plusieurs travaux, parmi lesquels on citera l'excellent rapport de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales présenté par notre collègue Yves Bur en juin dernier ⁽¹⁾.

C'est à l'article 2 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale que figure le principe d'une annexe au projet de loi de financement, retraçant l'ensemble des mesures d'exonérations existantes ainsi que « *les modalités de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu* ». Le Parlement est ainsi tenu informé depuis 2006 du montant global des mesures d'exonérations et peut assurer le suivi de la réalité de leur compensation.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2008, la Cour des comptes évalue à plus de 27,8 milliards d'euros le coût global des exonérations de charges sociales pour le régime général. Si le poids des dispositifs ne faisant l'objet d'aucune compensation peut sembler

(1) « *Vers une révision générale des exonérations de cotisations sociales* », rapport d'information n° 1001 du 25 juin 2008.

faible au regard des sommes globales en jeu, ceux-ci demeurent importants, puisqu'ils portent en 2007 sur près de 2,7 milliards d'euros. Les allègements généraux de cotisations sur les bas salaires dits allègements « Fillon » représentent le coût le plus important, à hauteur de 20,6 milliards d'euros en 2007, tandis que les dispositifs d'exonérations ciblées avoisinent 3,9 milliards d'euros en 2007. Le tableau suivant retrace l'évolution du montant global de ces mesures d'exonérations.

**ÉVOLUTION DU MONTANT DES MESURES D'EXONÉRATIONS
AFFECTANT LE RÉGIME GÉNÉRAL**

(en millions d'euros)

		1993	1997	2000	2003	2005	2006	2007
Mesures compensées	Exonérations à vocation générale	614	6 977	10 961	15 039	16 360	18 369	20 629
	Exonérations heures supplémentaires							614
	Exonérations ciblées	1 272	2 519	2 308	2 330	2 609	3 303	3 867
	Total mesures compensées	1 886	9 496	13 269	17 369	18 970	21 672	25 110
Mesures non compensées	Total mesures non compensées	1 313	2 024	2 390	2 167	2 073	2 353	2 692
Coût total des exonérations		3 199	11 520	15 659	19 536	21 043	24 025	27 802

Source : cour des comptes / agence centrale des organismes de sécurité sociale

L'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale évalue quant à elle à 32,6 milliards d'euros le montant des exonérations de cotisations pour 2009, hors dispositifs d'exemptions d'assiette : c'est donc une progression de plus de 17 % en deux ans qui caractérise ces pertes de recettes pour la sécurité sociale.

Les allègements généraux sont financés, depuis le 1^{er} janvier 2006, par des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale, à travers la mise en place d'un « panier fiscal », tandis que les exonérations ciblées font l'objet d'une compensation par une dotation budgétaire de l'État. Le dispositif d'exonération des heures supplémentaires mis en place par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat a conduit à l'affectation d'un second « panier fiscal » destiné à compenser les pertes de recettes afférentes pour les organismes de sécurité sociale. Si l'on peut se réjouir de l'obligation de compensation ainsi mise en place, les deux modalités de compensation retenues peuvent se révéler problématiques, comme l'ont relevé la Cour des comptes et la mission d'information sur les exonérations de cotisations sociales :

– S'agissant des **exonérations ciblées**, qui sont le plus souvent orientées en faveur de publics fragiles, de certaines zones géographiques ou de certains secteurs spécifiques d'activité, leur compensation prend la forme de dotations inscrites sur les missions afférentes du budget de l'État. L'insuffisance chronique de ces dotations au fil des années a conduit à l'accumulation d'une dette de l'État envers les régimes sociaux, dont l'apurement au 31 décembre 2006, à hauteur de 3,1 milliards d'euros, est intervenu fin 2007. Toutefois, cette dette s'est

partiellement reconstituée au cours de l'année 2007 : elle s'établit ainsi à 2,1 milliards d'euros au titre des exonérations ciblées au 31 décembre 2007. Le tableau suivant retrace le décalage important entre les pertes de recettes des régimes sociaux et les montants réellement et finalement compensés par l'État.

**ÉVOLUTION DU COÛT DES EXONÉRATIONS CIBLÉES
ET DU MONTANT DE LEUR COMPENSATION PAR L'ÉTAT**

(en millions d'euros)

	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)
Coût des exonérations ciblées	4 135	4 446	3 391	3 446	3 372
Total des mesures compensées	2 766,8	3 191	3 391,4	3 446,3	3 515,1

Source : annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale

– S'agissant des **allègements généraux**, leur compensation est essentiellement assurée par l'affectation de recettes fiscales, qui ont été progressivement élargies à mesure de la montée en charge des dispositifs concernés. Outre la nécessité de procéder à des régularisations permanentes pour adapter le « panier fiscal » aux pertes de recettes enregistrées par les organismes de sécurité sociale, ce type de compensation présente l'inconvénient non négligeable de peser sur la trésorerie des régimes concernés : en effet, le rythme d'encaissement des impôts ne correspond pas à celui des exonérations, de sorte que la neutralité financière n'est pas assurée par ce mode de compensation. Le tableau suivant présente l'évolution du coût des deux dispositifs principaux d'allègements généraux.

**ÉVOLUTION DU COÛT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX
ET DU MONTANT DE LEUR COMPENSATION PAR L'ÉTAT**

(en milliards d'euros)

	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)
Coût des allègements généraux	21,424	22,846	23,403	23,702	24,005
Total des compensations allègements généraux	21,617	23,039	23,717	24,42	25,15
Coût des allègements heures supplémentaires	0,263	3,072	3,143	3,239	3,344
Total des compensations allègements heures supplémentaires	0,26	3,072	3,143	3,239	3,344

Source : annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale

L'ensemble constitué par les divers dispositifs d'allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires représente, pour 2008, un coût de 22,8 milliards d'euros, qui devrait continuer à croître, pour s'établir à 24 milliards d'euros en 2011. Le constat d'un déséquilibre potentiel entre le montant du « panier fiscal » et les pertes subies par la sécurité sociale a nécessité l'intervention de mesures de régularisation, par voie de collectif budgétaire pour 2007 et en loi de finances pour 2008, avec le transfert de nouvelles recettes ou la majoration de la part de recettes fiscales déjà transférées – en l'occurrence, la taxe sur les salaires et les droits de consommation sur les tabacs.

Les exonérations de cotisations salariales et patronales sur les heures supplémentaires et complémentaires, entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2007, ont, quant à elles poursuivi une montée en charge progressive : leur coût passerait ainsi

de 263 millions d'euros au titre de 2007 à 3,1 milliards d'euros en 2008 et 3,3 milliards d'euros à l'horizon de 2011. Le « panier fiscal » affecté à leur compensation s'est vu élargi en 2008 : il est aujourd'hui constitué par une fraction égale à 50,57 % de la taxe sur les véhicules de société, par la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés ainsi que par la TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées. Le produit de ces recettes, évalué à 3,9 milliards d'euros, devrait en 2008 se révéler supérieur aux besoins à couvrir, à hauteur de 3,1 milliards d'euros. À cet égard, votre Rapporteuse pour avis considère qu'il serait bienvenu d'affecter le surplus de recettes constaté à l'apurement des dettes de l'État vis-à-vis des régimes de sécurité sociale. Pour 2009, au vu des prévisions relatives aux exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires et complémentaires, la part de la taxe sur les véhicules de sociétés sera affectée au financement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles : en effet, le rendement des deux autres taxes – environ 3,3 milliards d'euros – devrait être suffisant pour assurer la compensation du coût des exonérations. Un éventuel excédent devrait, en toute rigueur, contribuer à l'effacement des dettes de l'État vis-à-vis des régimes de sécurité sociale.

L'assainissement des relations financières entre l'État et la sécurité sociale implique que l'apurement des dettes existantes devienne une priorité : ainsi, au 31 décembre 2007, les sommes dues au titre de l'ensemble des exonérations de cotisations – allègements généraux comme exonérations ciblées – atteignent 2,5 milliards d'euros au total. **Pour 2008, les insuffisances de financement seraient importantes, et pourraient porter la dette au titre des exonérations à 3,5 milliards d'euros.** Si l'on ne peut qu'approuver l'apurement intervenu en octobre 2007, force est de constater que la dette s'est partiellement reconstituée : il convient dès lors d'aller plus loin, par une extinction de la dette au titre des exercices passés, mais qui intègre également l'exercice en cours. Seule une telle mesure permettra de repartir sur une base assainie : elle devra bien entendu être assortie de l'inscription de dotations budgétaires à la hauteur des besoins à couvrir, afin d'éviter de faire peser sur les régimes de sécurité sociale le coût d'une politique initiée et mise en œuvre par l'État.

B.– UN PLFSS POUR 2009 DÉTERMINÉ À RÉDUIRE LE DÉFICIT

Face à une dégradation des comptes sociaux dont les causes sont foncièrement structurelles, le présent projet de loi prend véritablement la mesure de la gravité de la situation. **L'effort de réduction du déficit du régime général porte en effet sur 6,4 milliards d'euros** : il ferait ainsi passer le solde du régime général de – 15 milliards d'euros à – 8,6 milliards d'euros. Les mesures prises reposent principalement sur :

– la création de recettes nouvelles pour près de 1,4 milliard d'euros, au bénéfice de la branche maladie du régime général ;

– des transferts financiers pour un montant de 2,2 milliards d'euros, à destination de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;

– et enfin, des économies estimées à 3 milliards d’euros, dont un milliard d’euros au titre des frais financiers, grâce à une reprise des déficits du régime général et du FSV par la caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES).

1.– Recettes nouvelles et transferts financiers : améliorer et clarifier le financement de la sécurité sociale

Le présent projet de loi traduit la volonté résolue du Gouvernement de mettre fin au dérapage des comptes de la sécurité sociale, d’une part, par la **création de nouvelles recettes, qui représentent plus de 1,3 milliard d’euros**, et dont la quasi-totalité est affectée à l’assurance maladie, et d’autre part, par **des transferts financiers**, permettant un apport de ressources à prélèvements constants pour un montant de **2,2 milliards d’euros**. Le tableau suivant retrace l’effort ainsi fourni.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES DE 2009 SUR LES COMPTES 2009 DU RÉGIME GÉNÉRAL
(en millions d’euros)

Régime général	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Total RG
Augmentation des cotisations vieillesse			1 809		1 809
Transfert à la CNAV de 15 points du prélèvement social de 2 % sur le capital			391		391
Forfait social de 2 %	400				400
Fixation à 1 % du taux de la taxe sur le chiffre d’affaires de l’industrie pharmaceutique	100				100
Transfert à la CNAM de recettes en provenance du fonds CMUc (droits tabacs et contribution sur les alcools de plus de 25°)	836				836
Assujettissement des dividendes excédentaires des gérants majoritaires de société				25	25
Total	1 336	0	2 200	25	3 561

Source : annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

a) 1,3 milliard d’euros de recettes nouvelles au profit de l’assurance maladie

• **L’article 12** du présent projet de loi prévoit une augmentation du taux de la taxe sur le chiffre d’affaires « santé » des organismes complémentaires, qui doit passer de 2,5 % à 5,9 % en 2009, **pour un rendement de 1 milliard d’euros**. Le produit de cette hausse sera intégralement affecté au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMUc), qui était déjà affectataire de la fraction initiale de 2,5 %. En contrepartie, la caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) bénéficiera désormais de la part de la contribution sur les alcools de plus de 25 ° et de la fraction de 4,34 % des droits de consommation sur les tabacs qui finançaient le fonds CMUc, cette dernière disposition figurant dans le projet de finances pour 2009.

Votre Rapporteuse pour avis considère que cette réaffectation de recettes à travers la création d’une nouvelle source de financement constitue une saine

mesure : en effet, il semble naturel que les organismes complémentaires contribuent directement à la couverture complémentaire des assurés ne disposant pas de suffisamment de moyens pour y accéder. Par ailleurs, le fonds CMUc ne sera plus seulement gestionnaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), il en assurera directement le financement, ce qui correspond également à une clarification importante, puisque la CNAMTS pourra par ce biais se consacrer exclusivement à la protection maladie de base, la couverture maladie universelle (CMU) elle-même. On soulignera que le dispositif prévoit également que les excédents du fonds CMUc seront systématiquement affectés à la CNAMTS : celui-ci devrait d'ailleurs s'établir à 100 millions d'euros en 2009.

En réalité, **le transfert opéré du fonds CMUc vers la CNAMTS** de la contribution sur les alcools de plus de 25 ° ainsi que de la fraction de 4,34 % des droits de consommation sur les tabacs porterait sur un **produit de 0,8 milliard d'euros en 2009**. La neutralité de l'opération de transfert semble garantie pour l'assurance maladie par le reversement déjà évoqué des excédents éventuels du fonds CMUc à la branche maladie, ainsi que par le financement direct par le fonds de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), pour laquelle la CNAMTS versait traditionnellement une dotation au fonds, dotation qui s'est établie à 86 millions d'euros en 2008.

En tout état de cause, il incombera au Parlement de s'assurer à terme de la neutralité financière de ce redéploiement pour le régime général, au regard du caractère relativement peu dynamique des recettes liées aux droits sur les tabacs et à la contribution sur les alcools.

● **L'article 13** du présent projet de loi propose la mise en place d'un « forfait social », sous la forme d'une **contribution patronale de 2 % sur certaines « niches sociales »**, en l'occurrence les sommes versées au titre de l'intéressement et de la participation, les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE) ainsi que les contributions de l'employeur au financement des régimes de retraite supplémentaire. Son rendement, estimé à **400 millions d'euros** en 2009, serait entièrement affecté à la CNAMTS.

● Enfin, **l'article 14** du présent projet de loi entreprend de pérenniser le taux de contribution, qui passera de 0,6 % à 1 %, de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques. Cette mesure devrait rapporter **0,1 milliard d'euros** en 2009.

b) 2,2 milliards d'euros de transferts financiers au bénéfice de la branche retraite

● **L'annexe B** au présent projet de loi prévoit l'augmentation sur trois ans de la part patronale déplafonnée des cotisations retraite, qui doit être compensée par une baisse corollaire des cotisations chômage – 0,3 % en 2009, 0,4 % en 2010, et 0,3 % en 2011. Cette hausse affectée à la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) devrait rapporter **1,8 milliard d'euros** en 2009, montant qui pourrait

atteindre, à mesure des relèvements projetés, 6,5 milliards d'euros à l'horizon de 2011. Il convient toutefois de manier avec prudence ces prévisions : en effet, la dégradation de la situation économique pourrait conduire les partenaires sociaux, qui travaillent actuellement à l'élaboration de la future convention, à renoncer, dès 2009, à la diminution des cotisations d'assurance chômage. On peut dès lors s'interroger sur l'effectivité, à l'avenir, du calendrier fixé pour le relèvement progressif des cotisations retraite. Le principe d'une augmentation prévue en 2009 devrait toutefois être maintenu.

- **L'article 11** du présent projet de loi transfère à la CNAV une fraction supplémentaire de 15 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, attribués jusqu'alors au fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette mesure, qui permettrait l'octroi de **400 millions d'euros de recettes supplémentaires à la branche retraite**, se justifie par la participation supplémentaire demandée à la branche famille, en 2009, au financement des majorations de pensions enfants, jusqu'alors supportées par le FSV.

2.– 3 milliards d'euros d'économies pour la sécurité sociale

Si l'ampleur des déficits prévisionnels du régime général milite en faveur de mesures ambitieuses en matière de recettes nouvelles, il convient tout autant de ne pas relâcher l'effort, soutenu depuis plusieurs années, en matière de limitation des dépenses. Ainsi, l'ambition du présent projet de loi consacre également le maintien d'un effort soutenu sur les dépenses : leur limitation s'avère plus que jamais nécessaire, face au dérapage constaté. Au total, près de 3 milliards d'euros d'économies sont prévues au titre du régime général.

- Le présent projet de loi prévoit, pour **la branche maladie**, des mesures d'économies qui devraient s'établir à 2,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont **1,9 milliard d'euros** pour le seul régime général. Ces mesures seront détaillées dans la partie du présent rapport consacrée aux dépenses de la branche maladie⁽¹⁾.

- Par ailleurs, **deux opérations de transfert de dettes**, également détaillées par le présent rapport⁽²⁾, de l'ACOSS vers la CADES d'une part, et du FFIPSA vers l'État d'autre part, permettront de réaliser une économie globale de frais financiers de 1,4 milliard d'euros, dont **1,1 milliard d'euros pour le régime général**. Ces opérations s'avèrent particulièrement vertueuses, dans un contexte de tensions importantes sur les marchés financiers. Toutefois, votre Rapporteur pour avis se permet de souligner que ces transferts, pour vertueux qu'ils soient, ne règlent pas le problème du financement de la dette et des charges d'intérêt supportées en conséquence. En effet, la reprise par l'État de la dette du FFIPSA se fera au prix d'un alourdissement de l'ordre d'un milliard d'euros de la dette publique.

(1) pages 46-47

(2) pages 32-33 et 35-36

CHAPITRE II : UNE GESTION ACTIVE DES DÉFICITS ET DE LA DETTE, CONDITION INDISPENSABLE POUR RENOUER AVEC L'ÉQUILIBRE

Au-delà de l'impératif de renouer avec l'équilibre des comptes, les niveaux atteints par les déficits cumulés de la sécurité sociale ont fait de la gestion de la dette un élément majeur du pilotage des comptes sociaux. Le présent projet de loi traduit à double titre la volonté d'améliorer la gestion de la trésorerie et le financement de la dette de la sécurité sociale. Il prévoit d'une part un nouveau transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), afin de ne pas faire supporter de manière excessive à la trésorerie du régime général la charge d'un financement qui relève en réalité de besoins à long terme. Il confirme d'autre part l'assainissement des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, dont l'apurement des dettes de l'État au 31 décembre 2006 avait constitué l'an passé un premier pas capital. Cette année, le régime des non salariés agricoles voit, au nom de la solidarité nationale, sa dette reprise par l'État.

Cependant, ces mesures dont la vertu doit être soulignée, ne règlent pas le problème du niveau de la dette : en effet, la reprise de la dette du FFIPSA par l'État contribuera à l'alourdissement de la dette publique, tandis que le transfert de dette à la CADES, s'il améliore la gestion de la trésorerie du régime général, pèsera également sur la gestion de la dette sociale, en vue de son extinction.

I.- LE PROBLÈME DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES TROUVE UNE SOLUTION PARTIELLE

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) assure depuis 2005 la gestion du régime de protection sociale des exploitants agricoles, en remplacement du budget annexe des prestations sociales des non salariés agricoles (BAPSA). C'est principalement la structure démographique du régime qui explique son déficit structurel : en effet, il n'y a qu'un cotisant pour trois retraités et les trois quarts de ces cotisants ont un revenu inférieur au SMIC.

A.- UN DÉSÉQUILIBRE CROISSANT DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES

Le déséquilibre structurel du régime des exploitants agricoles conduit à une situation préoccupante, comme l'indique le tableau suivant.

ÉVOLUTION DU SOLDE DU RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008 (p)
Déficit	- 1,3	- 2,2	- 2,6
Dette cumulée	- 2,7	- 4,9	- 7,5

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale et données du FFIPSA

Le déficit du FFIPSA atteint 2,6 milliards d'euros en 2008, dont 1,4 milliard d'euros au titre de la branche maladie et 1,2 milliard d'euros au titre de la branche vieillesse. Parallèlement, son déficit cumulé prévisionnel s'établit à 7,5 milliards d'euros pour 2009, dont 4 milliards d'euros au titre de la branche maladie et 3,5 milliards d'euros au titre de la branche vieillesse.

La croissance rapide de la dette cumulée du fonds a conduit le FFIPSA à recourir plus massivement à l'emprunt pour financer ses déficits sur les trois derniers exercices, situation qui est allée de pair avec un alourdissement important des charges d'intérêts supportées, qui sont passées de 86 millions d'euros en 2006 à 186 millions d'euros en 2007, pour atteindre plus de 300 millions d'euros pour 2008.

L'aggravation préoccupante de la situation financière du fonds a conduit la Cour des comptes à préconiser, à plusieurs reprises depuis 2006, la suppression du FFIPSA. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, la Cour indiquait d'ailleurs que « *dans la mesure où l'État n'entend pas faire jouer la possibilité prévue par la loi d'accorder au FFIPSA une subvention budgétaire, seul un apport de ressources fiscales est de nature à apurer la situation actuelle et à assurer un équilibre durable des comptes du régime des exploitants agricoles* ».

B.- UN RÉGLEMENT PARTIEL DU PROBLÈME DE FINANCEMENT DU RÉGIME

Prenant acte des préconisations réitérées par la Cour, et dans la droite ligne du principe du maintien de la solidarité nationale envers le régime de protection sociale des exploitants agricoles, le Gouvernement initie pour 2009 une profonde réforme du mode de son financement ainsi que de la gestion de sa dette.

L'article 27 du projet de loi de finances pour 2009 prévoit en premier lieu un transfert de la dette cumulée du FFIPSA à l'État, pour un montant total de 7,5 milliards d'euros. Dans un second temps, est prévue l'affectation à la branche maladie du régime de la totalité de la taxe sur les véhicules de société, soit 1,2 milliard d'euros pour 2009. Cette taxe était jusqu'alors affectée pour moitié au budget de l'État, et pour l'autre moitié au financement des allègements de charges sur les heures supplémentaires. Or, comme on l'a vu, le « panier fiscal » destiné à la compensation de ce dispositif d'exonérations de charges devrait se révéler suffisant pour 2009, permettant ainsi un redéploiement du produit de la taxe sur les véhicules de société pour couvrir en grande partie le déficit de la branche maladie du régime des exploitants agricoles. La nouvelle répartition des recettes tirées des droits sur les tabacs opérée par l'article 55 du projet de loi de finances, dont 29,13 % seront désormais destinés au financement de la branche maladie du régime des exploitants agricoles, doit permettre de compléter le dispositif de financement de la branche. Au vu des prévisions, cette fraction des droits sur les tabacs pourrait représenter une recette de 287 millions d'euros pour 2009. Ces

deux mesures permettraient donc de garantir la neutralité financière du basculement de la branche maladie du régime des non salariés agricoles sur le régime général.

Car c'est en effet **l'article 16** du présent projet de loi qui vient apporter une garantie de financement pérenne à la branche maladie du régime des exploitants agricoles *via* son intégration financière à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), laquelle se verra donc affecter les recettes supplémentaires prévues en projet de loi de finances évoquées précédemment. Le transfert de la branche maladie du régime des exploitants agricoles au régime général conduit à la suppression du FFIPSA, tandis que la gestion de la trésorerie du régime se voit transférée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), dont le plafond d'emprunt est fixé à 3,2 milliards d'euros pour 2009 (**article 30** du présent projet de loi), contre 8,4 milliards d'euros pour le FFIPSA en 2008. Le niveau de ce plafond peut sembler relativement important au vu d'une part de l'intégration de la branche maladie au régime général assortie d'une affectation de recettes, et d'autre part, du niveau prévisionnel du déficit de la branche vieillesse du régime, qui devrait s'établir à 1,2 milliard d'euros pour 2009. La nécessité de fixer un plafond aussi élevé renvoie en réalité au caractère tardif de la perception de la taxe sur les véhicules de société, qui a lieu au mois de novembre. Ce retard ne manquera pas de peser sur la trésorerie du régime.

Votre Rapporteuse pour avis se réjouit néanmoins de l'allègement conséquent des charges d'intérêt qui sera permis par la reprise de la dette du FFIPSA par l'État : l'économie réalisée pourrait ainsi s'élever à 200 millions d'euros en 2009. La suppression du FFIPSA améliore également la lisibilité de la situation financière du régime des exploitants agricoles. Toutefois, deux problèmes demeurent irrésolus :

– d'une part, aucune solution n'a été trouvée s'agissant de la branche vieillesse du régime, dont la gestion est transférée à la CCMSA : son déficit prévisionnel pourrait s'établir à 1,2 milliard d'euros en 2009, tandis que les mesures de revalorisation des petites retraites et des pensions de réversion annoncées par le Premier ministre représenteraient une charge supplémentaire de l'ordre de 116 millions d'euros pour 2009, puis de l'ordre de 40 millions d'euros pour 2010 comme pour 2011. Or, la nouvelle répartition des droits tabacs prévue par l'article 55 du projet de loi de finances conduit à affecter une fraction de 23,23 % du produit de ces droits à la branche vieillesse du régime des non salariés agricoles, soit une recette qui pourrait s'établir à 229 millions pour 2009. La branche vieillesse devrait également bénéficier de la mesure d'indexation sur l'inflation des droits indirects sur les boissons et les alcools prévue par **l'article 15** du présent projet de loi. Cette mesure ne représenterait toutefois qu'un produit de 15 millions d'euros en 2009. Il va sans dire que la question du financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles devra impérativement être traitée dans le cadre du « point d'étape » sur le financement des retraites qui doit avoir lieu en 2010 ;

— d'autre part, et de façon concomitante, l'absence d'affectation de recettes supplémentaires au titre de la branche vieillesse conduira à faire peser les charges de trésorerie correspondantes sur la CCMSA. Le contexte financier actuel conduit, de ce point de vue, à appeler à la plus grande prudence. La remontée des taux courts liée à une raréfaction des liquidités milite en faveur d'une solution rapide pour le financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. En effet, lors de son audition par votre Rapporteur pour avis, M. François Gin, directeur de la CCMSA, a indiqué que la Caisse n'avait vraisemblablement pas vocation à assurer de façon définitive la gestion de la trésorerie du régime des exploitants agricoles. On peut d'ailleurs s'interroger sur les conditions dont pourra bénéficier le CCMSA pour l'émission de ses emprunts. Certes, **l'article 16** du présent projet de loi introduit un nouvel article L. 731-5 dans le code rural, disposant que « *la convention conclue entre la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers* » pour le recours à des ressources non permanentes « *est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget* ». Cette solution transitoire, qui répond aux inquiétudes de la Caisse, n'assure toutefois pas, à ce stade, que la Caisse soit assimilée, pour ses émissions d'emprunts, à une signature publique. De ce point de vue, un transfert de la gestion de la trésorerie du régime des non salariés agricoles à l'ACOSS pourrait s'imposer, à partir du moment où une solution pérenne aura été trouvée pour le financement de la branche vieillesse du régime.

II.— LE CHOIX DE LA RÉOUVERTURE DE LA CADES SANS PROLONGEMENT DE SA DURÉE DE VIE

Mise en place par l'ordonnance du 24 janvier 1996 en vue de financer et d'éteindre les dettes du régime général de la sécurité sociale, la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) s'est vue confier plusieurs reprises de dettes successives, qui ont sensiblement allongé sa durée de vie.

A.— LA CADES, UNE GESTION DYNAMIQUE DE LA DETTE SOCIALE

Les ressources de la CADES sont essentiellement constituées par le produit de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dont l'assiette, très large, est assise sur la quasi totalité des catégories de revenus. Le financement des reprises de déficits successives a reposé d'une part sur l'allongement de la durée de vie de la Caisse, et d'autre part, sur l'élargissement de l'assiette de la CRDS sur les revenus salariaux. Toutefois, depuis l'entrée en vigueur de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), tout nouveau transfert de charges à la CADES doit être accompagné d'une augmentation des recettes, et cela, afin, de ne pas repousser indéfiniment la durée d'amortissement de la dette sociale. Pour amortir la dette qui lui est confiée, la Caisse est autorisée à emprunter sur les marchés financiers, à travers notamment l'émission d'emprunts obligataires, mais également d'obligations indexées sur l'inflation ou d'emprunts en devises.

Depuis 1996, la CADES a repris un total de 107,6 milliards d'euros de dette, comme l'indique le tableau suivant, qui récapitule les opérations qui lui ont été successivement confiées. Le montant global de l'amortissement s'établit, fin 2008, à 35,8 milliards d'euros.

REPRISES DE DETTES PAR LA CADES DEPUIS L'ORIGINE

(en milliards d'euros)

Année de reprise de dette	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	Sous-total au 31/12/2008	2009	31/12/2009
Régime général	20,89	13,26		35,00	6,61	5,70	- 0,06	81,40	26,60	108,00
État	23,38							23,38		23,38
CANAM	0,46							0,46		0,46
Champ FOREC	–		1,28	1,097				2,38		2,38
Total	44,73	13,26	1,28	36,097	6,61	5,70	- 0,06	107,61	26,60	134,21

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

B.– LA RÉOUVERTURE DE LA CAISSE : UNE DÉCISION INSPIRÉE PAR LA SAGESSE

L'an passé, la décision de ne pas rouvrir la CADES avait lourdement pesé sur la gestion de trésorerie de l'ACOSS, dont le plafond d'emprunt avait dû en conséquence se voir très sensiblement relevé. Or, il pouvait sembler contestable qu'incombe à la trésorerie du régime général la mission de gérer ce qui était en réalité une dette de long terme, ce qu'avait d'ailleurs noté la Cour des comptes. La détérioration de la situation des comptes du régime général en 2008, ainsi que les doutes émis sur la soutenabilité des déficits supportés par l'ACOSS, ont conduit à faire le choix, pour 2009, d'une réouverture de la CADES.

L'article 10 du présent projet de loi opère donc un nouveau transfert de dettes à la CADES, à hauteur de 27 milliards d'euros, dont :

- 8,6 milliards d'euros au titre du déficit cumulé de la branche maladie du régime général pour les exercices 2007 et 2008 ;

- 14 milliards d'euros au titre du déficit cumulé de la branche vieillesse du régime général pour les exercices 2005 à 2008 ;

- et enfin, 3,9 milliards d'euros correspondant au déficit cumulé du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

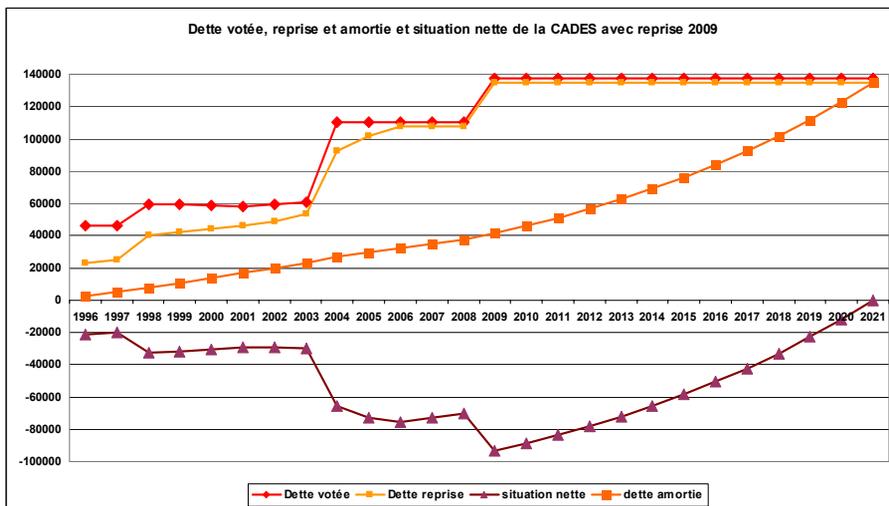
Conformément aux dispositions de la LOLFSS du 2 août 2005, ce nouveau transfert de dettes s'accompagne de l'affectation d'une fraction de 0,2 point de contribution sociale généralisée (CSG), jusqu'alors destinée au financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV). Comme a pu l'indiquer M. Patrice Ract-Madoux lors de son audition, l'affectation de 0,2 point de CSG permettra, selon les estimations, de couvrir en intégralité le financement du transfert sans prolonger la durée de vie de la Caisse, qui est actuellement de douze ans. En effet, la Caisse estime qu'une reprise de 27 milliards d'euros de dette

supposerait le transfert de 0,189 point de CRDS, qui représenterait pour 2009 un produit de 2,29 milliards d'euros. Cette somme correspond également à 0,2 point de CSG, ce qui assure donc la couverture intégrale de la reprise de ce niveau de dette par la Caisse. On rappellera également que la CSG constitue une ressource dont la dynamique est équivalente à la CRDS.

Votre Rapporteur pour avis approuve pleinement cette opération de transfert : celle-ci assure en premier lieu la neutralité financière pour le fonds de solidarité vieillesse (FSV), dans la mesure où la CADES reprend la dette cumulée de ce dernier. En second lieu, la réouverture de la Caisse permettra **un allègement conséquent des charges financières du régime général, de l'ordre de 1,1 milliard d'euros**. Il convient toutefois de souligner que le contexte financier actuel risque de peser lourdement sur la stratégie d'amortissement de la dette mise en œuvre par la CADES : en effet, la Cour des comptes estime à 3,1 milliards d'euros les charges d'intérêt supportées par la Caisse pour 2007, soulignant que ce montant s'avère pour la première fois supérieur à l'amortissement annuel de la dette. Cette situation pourrait s'aggraver en 2008 et 2009, au vu des tensions importantes existant sur les marchés financiers : en effet, si le surcoût représenté par les emprunts de la Caisse par rapport aux emprunts du Trésor est traditionnellement de l'ordre de dix points de base, ce surcoût s'établit aujourd'hui à une trentaine de points de base.

Le transfert de 27 milliards d'euros supplémentaires risque ainsi de peser plus lourdement sur les charges d'intérêt supportées par la Caisse. En effet, si les prévisions tablent sur un amortissement cumulé de la dette à hauteur de 41,5 milliards d'euros à la fin de l'année 2009, le montant de la dette à amortir s'établirait quant à lui à 92,7 milliards d'euros pour 2009, contre 70 milliards d'euros environ en 2008.

Le graphique suivant rend compte des évolutions de la situation financière de la CADES, à travers les reprises de dette successives et les prévisions relatives à l'amortissement de la dette : la conjugaison des divers paramètres permet d'envisager une extinction de la dette à l'horizon de 2021, soit dans un délai de treize ans, dans l'hypothèse où la situation demeurerait inchangée, c'est-à-dire en l'absence de nouvelles reprises de dettes ou de mutation sensible des conditions de financement de la dette.



Source : caisse d'amortissement de la dette sociale

III.- LA CRISE FINANCIÈRE POURRAIT PESER LOURDEMENT SUR LA TRÉSORERIE DE L'ACOSS

L'ampleur des déficits prévisionnels du régime général ainsi que les incertitudes, tant macroéconomiques que relatives au calendrier de la gestion de la trésorerie du régime général, ont conduit à relever à 36 milliards d'euros le plafond d'emprunt de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour 2008. Le solde du compte de l'ACOSS s'établirait à -27,6 milliards d'euros au 31 décembre 2008, contre -20,1 milliards d'euros au 31 décembre 2007. **L'article 30** du présent projet de loi ramène ce plafond à 17 milliards d'euros pour 2009 : votre Rapporteur pour avis, qui s'est inquiété l'an passé du montant exorbitant des ressources non permanentes ainsi consenties, juge salubre cette diminution conséquente, qui est en réalité rendue possible par la reprise, par la CADES, des déficits cumulés de la branche vieillesse et de la branche maladie du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En effet, l'accroissement des besoins de financement, à l'origine du relèvement exceptionnel du plafond d'emprunt de l'ACOSS en 2008, ainsi que la hausse des taux d'intérêt à court terme, se traduisent par une montée rapide des charges d'intérêt supportées par le régime général : celles-ci sont ainsi passées de 648 millions d'euros en 2007 à 940 millions d'euros en 2008.

Pour la gestion des découverts de trésorerie du régime général, l'ACOSS fait appel à son partenaire historique, la Caisse des dépôts et consignations (CDC), à laquelle elle est liée par une convention financière qui couvre actuellement la période allant de 2006 à 2010. Les différents types d'avances consenties par la Caisse sont présentés dans le tableau suivant.

CONDITIONS DE FINANCEMENT DES DÉFICITS DE L'ACOSS AUPRÈS DE LA CDC

	Convention en vigueur depuis le 1 ^{er} octobre 2006
Avances mobilisables à 24 h	
Entre 0 et 3 milliards d'euros	Eonia ⁽¹⁾ +0,15 %
Entre 3 milliards d'euros et le plafond	Eonia +0,15 %
Avances prédéterminées	
De 7 à 13 jours	Eonia +0,115 %
De 14 à 29 jours	Eonia +0,10 %
Au-delà de 30 jours	Eonia +0,05 %

(1) Euro overnight index average

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et agence centrales des organismes de sécurité sociale

Outre les avances consenties par la Caisse des dépôts, l'ACOSS est également autorisée, depuis 2007, à émettre des titres de créances négociables à hauteur de 5 milliards d'euros, dont l'encours moyen a représenté 2,2 milliards d'euros au cours de cette première année d'émission.

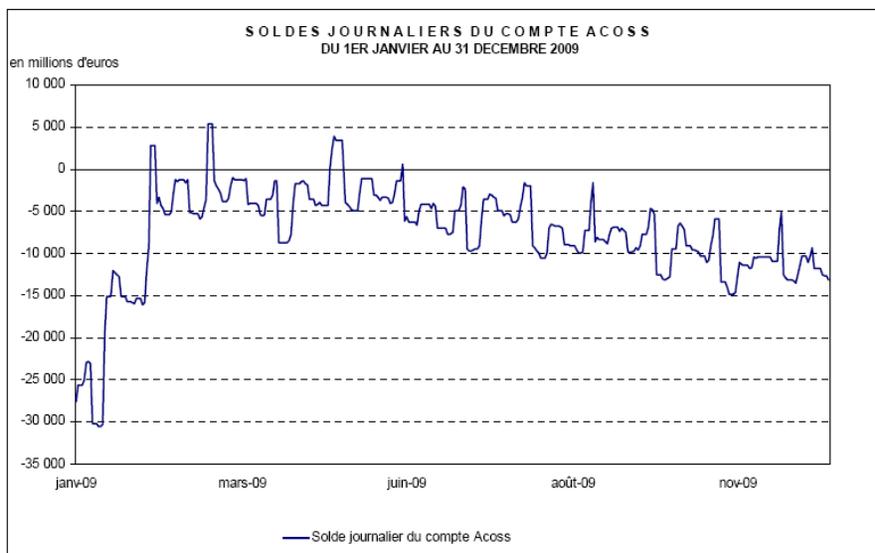
Toutefois, alors même que le déclenchement de la crise financière en août 2007 avait conduit l'ACOSS à réduire les objectifs d'encours de billets de trésorerie, la Caisse des dépôts a annoncé un durcissement de ses conditions financières pour 2008, en cas de découvert dépassant 25 milliards d'euros. La demande initiale de financement de l'ACOSS s'établissant à 31 milliards d'euros, cette nouvelle situation a renchéri le prix des avances de la Caisse pour les 6 milliards d'euros restants, qui est fixé au taux EURIBOR 2 mois (*Euro interbank offered rate*), soit l'équivalent, au mois d'août 2008, du taux EONIA +45 points de base.

Le contexte financier éclaire ici les risques propres à la gestion d'une trésorerie dont les montants sont aussi élevés : un précédent, en 2004, avait déjà conduit la CDC à refuser de s'engager pour la totalité du montant fixé pour le plafond d'avances de trésorerie de l'ACOSS, à hauteur de 33 milliards d'euros. Les conditions de gestion de la trésorerie en 2008 marquent, de ce point de vue et sans nul doute possible, la limite de la soutenabilité des déficits du régime général. **L'annexe 9** au présent projet de loi de financement précise ainsi que, compte tenu des conditions de marché particulièrement tendues en 2008, l'ACOSS a dû adapter sa politique d'émission : toutefois, « *ces actions pourraient ne pas suffire pour rester en deçà de la limite de 25 milliards d'euros* » à partir de laquelle les conditions fixées par la CDC sont durcies. « *Dans ces conditions, l'État pourrait être amené à acheter lui-même pour une période courte d'une dizaine de jours des billets de trésorerie émis par l'ACOSS pour environ 3 milliards d'euros en octobre et novembre 2008* ».

Votre Rapporteur pour avis souligne la gravité de la situation pour le financement de la trésorerie du régime général. La crise financière conduit en effet à solliciter la Caisse des dépôts sur plusieurs fronts, en l'occurrence le renflouement de la banque Dexia, la participation au programme de rachat de logements ainsi que l'apport en fonds propres aux petites et moyennes entreprises (PME). Par ailleurs, dans le cadre du collectif budgétaire pour le financement de l'économie définitivement adopté le 17 octobre dernier, l'État s'est engagé à

garantir les prêts interbancaires et à consacrer jusqu'à 40 milliards d'euros pour recapitaliser les banques en difficulté. Dans un tel contexte, il semblait inenvisageable de reconduire au même niveau le plafond d'emprunt de l'ACOSS : on ne peut donc que se rallier à la solution de sagesse qui a prévalu, à travers un transfert de dette à la CADES à hauteur de 27 milliards d'euros, qui doit permettre de soulager de façon conséquente la trésorerie du régime général pour 2009. Cette décision va dans le sens des préconisations réitérées de la Cour des comptes, qui a, à de nombreuses reprises, critiqué le détournement des plafonds d'emprunt, relevés chaque année à concurrence des déficits prévisionnels du régime, et qui sont donc utilisés pour couvrir ce qui est en réalité une dette de long terme, et non un besoin de trésorerie courant.

En effet, la situation économique demeure plus que jamais incertaine : la reprise de dette permet donc de ramener le plafond des ressources non permanentes de l'ACOSS à 17 milliards d'euros pour 2009, avec toutefois une dérogation pour le premier trimestre, pour lequel le plafond est fixé provisoirement à 35 milliards d'euros, en raison de l'échelonnement de la reprise de dette. Dans ces conditions, la variation de trésorerie s'établirait à + 12,6 milliards d'euros et le solde au 31 décembre 2009 à 13,5 milliards d'euros. Le point bas se situerait à - 30,6 milliards d'euros le 13 janvier, dans l'hypothèse d'une première tranche de reprise de dette par la CADES au 15 janvier, tandis qu'il s'établirait à - 15,3 milliards d'euros au cours des trois derniers trimestres, point bas qui serait atteint le 13 novembre, comme l'indique le graphique suivant.



Source : agence centrale des organismes de sécurité sociale

La marge de 1,5 milliard d'euros entre le point bas et le plafond serait conforme aux marges accordées les années précédentes. Dans ces conditions, les charges d'intérêt pour l'ACOSS pourraient être ramenées entre 320 et 350 millions d'euros pour 2008, soit une diminution de plus de 60 % par rapport à 2007 : en effet, comme il a déjà été indiqué, la reprise de dette par la CADES permettra au régime général de réaliser une économie de 1,1 milliard d'euros en termes de charges d'intérêt.

Auditionné par votre Rapporteur pour avis, M. Pierre Burban, président de l'ACOSS, a toutefois fait part de ses inquiétudes relatives au niveau des déficits chroniques du régime général. Si le transfert d'une partie de la dette à la CADES est particulièrement bienvenu pour l'ACOSS, le plafond de ressources non permanentes ne pourra être respecté en 2009 qu'à la condition que les perturbations économiques et financières actuelles n'aient pas un impact trop négatif sur l'évolution de la masse salariale et de l'ONDAM. Il faut également rappeler que la Caisse des dépôts annoncera au début du mois de décembre 2008 les conditions applicables aux avances consenties à l'ACOSS pour l'année 2009 : les nombreuses sollicitations dont fait l'objet la Caisse dans le contexte financier actuel pourraient laisser présager un nouveau resserrement de ces conditions, qui pourraient donc avoir un impact non négligeable sur la stratégie de gestion de trésorerie de l'ACOSS.

Enfin, c'est une avancée importante que consacre **l'article 29** du présent projet de loi, qui élargit les compétences de l'ACOSS en matière de gestion de trésorerie pour le compte de tiers. Il s'agit de permettre aux régimes et organismes de sécurité sociale de placer leurs excédents de trésorerie auprès de l'ACOSS, afin de générer ainsi une réduction des besoins d'emprunts globaux. Une telle possibilité sera donc ouverte, par exemple, à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette mesure va dans le sens de la recherche d'une meilleure efficacité de la gestion de trésorerie des régimes de sécurité sociale.

Elle pose plus largement la question de l'opportunité de l'émergence d'un opérateur unique en matière de gestion de la trésorerie des comptes sociaux. En effet, l'ACOSS semble d'ores et déjà naturellement s'imposer comme le recouvreur social de référence. En effet, dans la perspective de la fusion de l'Unedic et de l'ANPE, il est prévu que le réseau des URSSAF assure le recouvrement des cotisations d'assurance chômage dès le 1^{er} janvier 2012. Dans le prolongement de ces nouvelles missions, il s'avère indispensable d'engager dès aujourd'hui une réflexion autour de la mise en place d'un opérateur unique, chargé du recouvrement et de la gestion de trésorerie. L'ACOSS pourrait également se voir transférer dès 2010 la gestion de la trésorerie du régime des non salariés agricoles, que le présent projet de loi confie de façon transitoire à la CCMSA : votre Rapporteur pour avis considère que les conditions de financement du déficit du régime des exploitants agricoles seraient plus favorables dans l'hypothèse d'une prise en charge par l'ACOSS, qui dispose d'une « signature » reconnue, puisque l'agence est assimilée à un émetteur public. Un tel transfert ne ferait que confirmer le rôle prééminent de l'ACOSS en matière de gestion de

trésorerie des comptes sociaux. Toutefois, faire de l'ACOSS un opérateur unique supposera bien entendu de résoudre préalablement le problème de la pérennisation du financement de la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles. Le transfert de la gestion de la trésorerie du régime des exploitants agricoles doit être envisagé dès maintenant, dans l'esprit d'une gestion satisfaisante par l'ACOSS de cette trésorerie pour compte de tiers, et non dans la perspective d'un adossement pur et simple du régime des non salariés agricoles au régime général.

CHAPITRE III : LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE APPARAÎT EN LÉGER RETRAIT

La branche maladie pâtit de déficits récurrents. En 2008, elle accuserait un déficit de 3,9 milliards d'euros, dû au solde négatif de 4 milliards d'euros du régime général.

L'objectif est le retour à l'équilibre en 2012. Les hypothèses de construction de la trajectoire supposent une croissance de 1 % en 2009 et de 2,5 % en 2010 et 2011. Les tableaux ci-dessous montrent la trajectoire prévue pour atteindre ce but.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	144,4	151	157,3	163,9	171,1	178,6
Dépenses	149	155	160,7	166,3	172,3	178,5
Total	-4,6	-4	-3,4	-2,4	-1,2	0,1

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	167,6	175,4	183	189,8	197,8	206,3
Dépenses	172,7	179,4	185,6	192	198,9	206,1
Total	-5,1	-3,9	-2,6	-2,2	-1,1	0,2

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B

I.- LE DÉFICIT DE LA BRANCHE MALADIE DÉCROÎT DEPUIS LE PIC DE 2004 MALGRÉ LE NON-RESPECT RÉCURRENT DE L'ONDAM

A.- L'ONDAM N'A ÉTÉ RESPECTÉ NI EN 2007 NI EN 2008

1.- Des hypothèses irréalistes de construction de l'ONDAM expliquent le non respect de l'ONDAM en 2007

En 2007, le dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé à 144,8 milliards d'euros, atteint 3 milliards d'euros, pour s'élever à 147,8 milliards d'euros. À périmètre constant, son taux de progression atteint 4,2 %, contre un objectif de 2,6 %. Ce dépassement est dû à la hausse de 4,5 % des soins de ville, dont le montant s'établit à 69,7 milliards en 2007. Le dépassement de l'ONDAM constaté en 2007 est le plus élevé depuis 2002.

Cette hausse s'explique par l'épuisement progressif des mesures d'économies adoptées en 2005 et 2006 – le plan médicament, la participation forfaitaire de 1 euro et la mise en place du parcours de soins. Dès lors, une forte reprise des dépenses a été constatée, concernant les prescriptions des produits de santé, des transports de malades, et des actes d'auxiliaires médicaux, mais également sur le plan des indemnités journalières et des honoraires médicaux.

Par ailleurs, la détermination de l'ONDAM pour 2007 n'a pas pris en compte l'intégralité du dépassement de 2006. En effet, la fixation de l'ONDAM pour l'année à venir peut passer par une opération de « rebasage » de l'ONDAM de l'année en cours, la révision étant destinée à prendre en compte le dépassement tel qu'il est prévu au moment de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette minoration a fragilisé d'emblée l'engagement au respect de l'objectif de dépenses.

À la suite de la procédure d'alerte déclenchée pour la première fois par le comité d'alerte, un plan de redressement a été adopté, dont les économies ont été évaluées à 1,2 milliard d'euros en année pleine. Les principales mesures en sont récapitulées dans le tableau suivant.

LE PLAN DE REDRESSEMENT DU 4 JUILLET 2007

(en millions d'euros)

	Économies prévues pour 2007	Rendement en année pleine
Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant	50	150
Évolution du plafonnement journalier	80	200
Gel du Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FOQSV) au titre du dossier médical personnel (DMP)	70	70
Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie	22	190
Baisse des tarifs d'actes ciblés de biologie	25	
Incitation des établissements hospitaliers à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire	0	150
Généralisation du « tiers payant contre générique »	15	60
Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux	15	50
Baisse de prix ciblée de médicaments	40	160
Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée	50	100
Lutte contre la fraude	50	95
Total	417	1 225

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

2.– Le taux de progression de l'ONDAM pour 2008 serait supérieur de 0,5 point à la prévision

L'ONDAM pour 2008 s'établirait à 152,8 milliards d'euros, contre une prévision de 152,1 milliards d'euros. Ce montant correspond à une progression de 3,3 %, contre 2,8 % prévus initialement.

Le dépassement de 750 millions d'euros est la résultante de tendances à sens contraires. On constate notamment un dérapage de 920 millions d'euros des soins de ville. Au sein de ce dépassement, un montant de 300 millions du dépassement est imputable à un effet de base, la mauvaise exécution en 2007 venant peser sur l'année 2008. Le solde est dû principalement à l'accroissement des dépenses en matière paramédicale, à 7,9 %, à celui des indemnités journalières, à 4,5 %, et à celui des dispositifs médicaux, à 10 %. On enregistre, en revanche, une sous-exécution de 200 millions d'euros sur les établissements de santé.

Le dépassement de l'ONDAM étant inférieur à 0,75 point, la procédure d'alerte n'a pas été déclenchée. Des mesures d'économies ont toutefois été adoptées pour un montant total de 654 millions d'euros. Le tableau ci-dessous détaille ces économies.

MESURES D'ÉCONOMIES ANNONCÉES EN 2008 (HORS CONSTRUCTION ONDAM 2009)

(en millions d'euros)

Mesure	Impact régime général sur 2008	Estimation impact régime général année pleine
Économies supplémentaires non budgétées dans la LFSS pour 2008		
– Baisse des marges arrière des pharmaciens en métropole	71	85
– Baisse des marges des pharmaciens dans les DOM	10	15
– Report de la revalorisation du C à 23 euros des médecins	147	–
– Report de l'entrée en vigueur de la revalorisation des infirmières	66	–
Économies supplémentaires décidées lors de la commission des comptes de la sécurité sociale du 18 juin 2008		
– Économies supplémentaires au titre de la maîtrise médicalisée (recours à la mise sous accord préalable)	50	–
– Économies supplémentaires de baisses de prix de médicaments	50	–
– Gel de crédits du FIQCSV	70	
– Gel de crédits du FMESPP	100	
Total économies supplémentaires en 2008	564	–

Source : ministère de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

B.– L'ONDAM POUR 2009 APPARAÎT VOLONTARISTE ET CRÉDIBLE

Pour 2009, la progression de l'ONDAM est fixée à 3,3 % alors que la tendance de hausse des dépenses serait de l'ordre de 4,7 %. Cet objectif paraît atteignable. Il suppose la réalisation d'économies à hauteur de 2,3 milliards d'euros.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM POUR 2009

(en millions d'euros)

	Base 2009	Sous objectifs	Taux d'évolution (en %)
Dépenses soins de villes	71	73,2	3,1
<i>Total ONDAM établissements de santé</i>	<i>67,6</i>	<i>69,6</i>	<i>3,1</i>
Dépenses établissements tarifés à l'activité	49,2	50,9	3,5
Autres dépenses établissements de santé	18,4	18,7	2
<i>Total ONDAM médico-social</i>	<i>13,1</i>	<i>13,9</i>	<i>6,3</i>
Personnes âgées	5,7	6,2	8,3
Personnes handicapées	7,4	7,7	4,7
Autres prises en charge	0,9	0,9	-0,9
ONDAM Total	152,6	157,6	3,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 7

En valeur absolue, l'ONDAM de base s'élève à 152,57 milliards d'euros, compte tenu des transferts et des opérations sur base. Les versements des laboratoires au titre du dépassement du taux K sont notamment comptabilisés, non pas en recettes, mais en moindres dépenses pour 344 millions d'euros. Au-delà de ces évolutions de périmètre, le rebasage prend en compte le dérapage des dépenses de 2008. **Votre Rapporteuse pour avis salue cet effort de sincérité.**

Les 2,3 milliards d'économies attendues se répartissent en 730 millions sur les soins de ville, 300 millions sur les hôpitaux, 990 millions sur les produits de santé, 85 millions du fait d'un renforcement de la lutte contre la fraude, le solde étant assuré par la régulation des fonds. Le tableau suivant détaille la répartition des sources d'économies.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES 2009 DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE
TOUS LES RÉGIMES**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	2 149	2 473
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2009	1 860	2 168
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soin	129	150
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS	56	65
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	450	525
Baisses de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	215	250
Plan médicament : baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS	112	130
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	34	40
Économies sur les établissements de santé	166	193
Lutte contre les fraudes et contrôle des droits	73	85
Ajustement des dotations des fonds surdotés de l'ONDAM	146	170
Mesures hors ONDAM	289	305

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 9

Les centres et réseaux thématiques de recherche et de soins

Créés par la loi de programme pour la recherche du 18 avril 2006, les centres et réseaux thématiques de recherche et de soins pourraient être à l'origine d'une évolution importante dans les liens entre recherche et soins. Ils associent en effet recherche fondamentale et recherche clinique autour d'un objectif scientifique et médical commun.

Les progrès potentiels liés à ces centres pourraient être entravés dans leur mise en œuvre. Ils requièrent en effet une action interministérielle soutenue et un financement approprié.

Votre Rapporteuse pour avis restera attentive aux évolutions de ces centres et réseaux qui contribuent à améliorer la qualité de la santé publique ainsi que le développement de la recherche clinique et fondamentale.

C.– LE PROJET DE MÉDICALISATION DE L'ONDAM OUVRE DES PERSPECTIVES INTÉRESSANTES POUR COMPRENDRE LA DYNAMIQUE DE LA DÉPENSE

Au cours de son audition par votre Rapporteuse pour avis, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) a évoqué un projet, mené par ses services, de médicalisation de l'ONDAM. L'objectif est d'arriver à décomposer la dépense d'assurance-maladie par pathologie, et non plus selon les sous-objectifs utilisés actuellement. En d'autres termes, ce projet vise à atteindre une décomposition de l'ONDAM selon la « fonction » de la dépense – pathologies cardiovasculaires, diabète, affections psychiatriques... – et non plus selon sa « nature » – soins de ville, établissements de santé, médico-social.

La méthode consiste à évaluer le nombre de personnes concernées par chaque pathologie ainsi que la dépense moyenne par personne et par pathologie. L'obtention de ces informations nécessite un lourd travail d'analyse des données disponibles.

L'aboutissement de ce projet vise un double objectif. D'une part, il permettrait de mieux comprendre la dynamique de la dépense, de façon à agir sur elle de façon plus efficace. D'autre part, il pourrait amener à fixer les objectifs de dépenses selon les pathologies et non plus selon les sous-objectifs actuels.

Votre Rapporteuse pour avis encourage fortement les différents acteurs à poursuivre cette démarche. Celle-ci pourrait en effet impliquer, pour les finances sociales, une évolution aussi importante que celle découlant de la mise en œuvre de la LOLF pour les finances de l'État.

D.– LA MULTIPLICATION DES FONDS DE FINANCEMENT NE FACILITE PAS LE PILOTAGE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

Les fonds existant au sein de la branche maladie connaissent des sous-exécutions chroniques. Si leur existence s'inscrit dans une logique louable de lisibilité des financements, elle contribue néanmoins à ne pas allouer de manière optimale les crédits. Leur affectation ne peut être modifiée que par la loi, ce qui entrave la bonne allocation des ressources au sein de la branche maladie.

Les fonds financés par l'assurance maladie

Au sein de la branche maladie, les principaux fonds concourant au financement d'actions particulières sont les suivants.

Fonds médicaux et hospitaliers gérés par la CNAM

– Le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) participe à la formation continue des professionnels de santé et subventionne des associations sanitaires et médico-sociales. Ses dépenses s'élèvent à 420 millions d'euros en 2007.

– Le FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires) finance des actions de prévention. Ses dépenses s'élèvent à 394 millions d'euros en 2007.

Fonds médicaux et hospitaliers inter-régimes intégrés au sein de l'ONDAM

– Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) participe à l'amélioration de la qualité des soins de ville. Il contribue à la mise en place des réseaux de soins liant les professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. Il fusionne la quasi-totalité du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation nationale au développement des réseaux (DNDR). Ses dépenses s'élèvent à 98 millions d'euros en 2007.

– Le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESP) finance des dépenses de fonctionnement et d'investissement des établissements de santé. Ses dépenses s'élèvent à 183 millions d'euros en 2007.

– L'EPRUS est l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires. Ses dépenses prévisionnelles s'élèvent à 85 millions pour 2009.

Autres fonds

– L'ONIAM est l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des maladies nosocomiales. Ses dépenses s'élèvent à 82 millions en 2007.

– Le Fonds d'actions conventionnelles (FAC), opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2008, contribue au financement de la formation professionnelle conventionnelle. Il succède en cette tâche au FAQSV. Il succède également au Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), dont la mission principale était l'aide à la cessation d'activité des médecins de plus de 60 ans.

Comme le montre le tableau ci-après, les taux d'exécution de ces fonds sont relativement faibles.

TAUX D'EXÉCUTION ET CRÉDITS NON CONSOMMÉS ENTRE 2005 ET 2007

(en millions d'euros)

	2005		2006		2007	
	Taux d'exécution (%)	Montants non consommés	Taux d'exécution (%)	Montants non consommés	Taux d'exécution (%)	Montants non consommés
FNASS	85,4	96,5	72,3	181,5	74,4	144,3
FNPEIS	87,5	45,2	90,3	38	75,3	129,2
FAQSV	111	-7	88	7	Nd	Nd
FMESPP	100	0	84,3	51,5	48,8	192,5

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, caisse des dépôts et consignations et direction de la sécurité sociale

Ces fonds bénéficient donc d'excédents cumulés importants, comme le montre le tableau suivant.

SOLDES CUMULÉS NETS AU 31 DÉCEMBRE 2007

(en millions d'euros)

FMESPP	552,1
FIQCS	132,5
EPRUS	140
ONIAM	65,8
Total des 4 fonds	890,4

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale

Les mesures de régulation proposées par le présent projet de loi apparaissent donc nécessaires. Le FMESPP, le FIQCS et l'EPRUS voient leurs dotations au titre de l'exercice 2008 diminuer respectivement de 100 millions, 70 millions et 20 millions d'euros. En 2009, leurs crédits poursuivent leur baisse. Le FMESPP est doté de 190 millions d'euros contre 201 millions en 2008 après régulation. Le FIQCS est doté de 44 millions d'euros contre 55 millions d'euros en 2008 après régulation. Seul le FIQCS voit ses crédits s'accroître par rapport à leur niveau de fin 2008, à 240 millions d'euros contre 231 millions. Cette dotation reste largement inférieure à celle votée dans la loi de financement pour 2008, qui s'élevait à 301 millions d'euros.

Si l'ajustement des dotations à l'utilisation qui en est faite paraît justifié au vu des besoins financiers de l'assurance maladie, elle ne constitue toutefois pas une incitation à la performance. Les crédits sont en effet réduits s'ils ne sont pas utilisés, ce qui correspond à une logique de moyens. La mise en place d'une évaluation plus systématique de la performance de ces fonds permettrait de mieux calibrer les crédits qui leur sont octroyés et de créer les incitations permettant leur bonne gestion.

II.- LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DEMEURE DANS LA TENDANCE DE MOYEN TERME

Près de la moitié des dépenses de soins de ville concernent les honoraires des médecins libéraux et environ un tiers la consommation de médicaments. Le tableau ci-dessous détaille la répartition de ces dépenses au sein du régime général qui regroupe environ 82 % des dépenses de ce type sur l'ensemble de la branche.

ÉVOLUTION DES SOINS DE VILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d'euros)

Dépenses remboursées (en valeur)	Année 2007	ÉVOLUTION 07/06 (en %)	Prévisions 08/07 (en %)
Soins de ville	55 143	4,9	2,8
Honoraires libéraux	25 777	4,7	3,3
<i>dont</i>			
honoraires privés	15 168	3,9	2,1
généralistes	4 915	5,2	1
spécialistes	7 644	3,4	2,9
sages femmes	101	5,9	10,1
dentistes	2 509	3,1	1,5
honoraires paramédicaux	5 550	8,2	6,7
infirmières	2 855	9,4	5,7
orthophonistes	377	5	7,5
orthoptistes	40	5,1	4,8
laboratoires	2 681	1,4	-0,1
transports des malades	2 378	5,1	3,4
Autres soins de ville	29 366	5	2,7
dont médicaments	17 749	4,6	0,5
dont indemnité journalières	7 502	3,7	4,7
dont IJ maladie	5 382	2,9	4,7
<i>dont IJ maladie -3 mois</i>	3 189	4,9	5,4
<i>dont IJ maladie +3 mois</i>	2 192	0	3,7
dont IJAT	2 120	6	4,7
dont dispositifs médicaux	3 259	11,1	9,7

Source : direction de la sécurité sociale

À l'exception d'un pic à 4,9 % en 2007, les dépenses de soins de ville restent dans une tendance de hausse d'environ 3 % par an depuis 2005. Ce sont les mesures d'économies successivement adoptées qui ont permis cette maîtrise.

Pour 2009, le sous-objectif reste dans la tendance, à 3,1 %, et nécessitera la réalisation d'économies pour un montant de 1,7 milliard d'euros.

A.- LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE ONT FORTEMENT AUGMENTÉ EN 2007

Après deux années de croissance modérée à 2,9 % en 2005 et 2006, les soins de ville ont connu une forte augmentation en 2007, à 4,9 %. Les postes responsables de cette évolution sont principalement les indemnités journalières (IJ) qui ont connu une progression de 5,6 % sur la période considérée et les médicaments qui ont vu leurs dépenses croître de 4,1 %.

Par ailleurs, les soins des auxiliaires médicaux affichent une hausse de 7,5 %, liée aux revalorisations accordées aux infirmiers et aux kinésithérapeutes et au dynamisme des actes de cette catégorie. L'augmentation des dépenses de transports de malades s'établit quant à elle à 9,1 %. Dans une moindre mesure, on assiste à une progression de 3,8 % des honoraires médicaux, en raison des deux revalorisations tarifaires actées en 2006 et 2007, qui ont porté la consultation à 22 euros à partir du 1^{er} juillet 2007.

B.– LA PROGRESSION DE LA DÉPENSE DE SOINS DE VILLE POUR 2008 EST PLUS LIMITÉE

La progression des dépenses de soins de ville, en 2008, s'établit à 2,8 %, dans la tendance de moyen terme, contre une prévision de 1,9 %. En dehors des indemnités journalières dont la croissance s'accélère d'un point, à 6,6 %, la plupart des postes de soins de ville connaissent une progression inférieure à 2007.

Les « franchises » notamment ont permis une économie de 800 millions d'euros sur l'ensemble des régimes, en ligne avec la prévision de 850 millions faite initialement. Cette économie a surtout pesé sur la consommation de médicaments, dont la dépense augmente de seulement 0,5 %.

C.– LE RESPECT DE L'ONDAM POUR 2009 PASSE PAR LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES D'UN MONTANT DE 1,7 MILLIARD D'EUROS SUR LES SOINS DE VILLE

Le taux d'évolution du sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM est fixé à 3,1 % pour 2009. Ses dépenses passeraient de 71 milliards d'euros en 2008 à 73,2 milliards.

Pour réaliser cet objectif, 1,7 milliard d'euros d'économies devra être réalisé. Près d'un tiers de ces économies devrait être réalisé par la maîtrise médicalisée de la dépense. Pour atteindre cet objectif, une plus grande efficacité dans la mise en œuvre de ces mesures devra donc être recherchée.

1.– Les économies pour 2009 dans le champ des soins de ville, hors produits de santé, sont évaluées à 730 millions d'euros

a) La réalisation des deux tiers de ces économies dépendra de l'action de l'UNCAM

Un objectif de 730 millions d'euros d'économies dans le champ des soins de ville, hors produits de santé, a été fixé pour atteindre l'ONDAM. Le tableau suivant récapitule les économies envisagées.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES CONCERNANT LES SOINS DE VILLE HORS PRODUITS DE SANTÉ SUR LES COMPTES 2009 DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE TOUS LES RÉGIMES

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2009	584	730
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soin	129	150
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS	56	65
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	150	225
Baisses de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	215	250
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis	34	40

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 9

150 millions d'euros seront économisés par la hausse de 20 points du ticket modérateur en cas de sortie du parcours de soin.

220 millions d'économies sont attendus de la maîtrise médicalisée. La CNAM est chargée d'obtenir un accord permettant d'atteindre cet objectif. La hausse d'un euro des tarifs des médecins généralistes pourrait venir en contrepartie de ce nouvel engagement de maîtrise de la dépense.

65 millions d'euros sont attendus du développement des avis médico-économiques de la Haute autorité de santé (HAS). La loi de financement pour 2008 prévoit, en outre, à l'**article 34**, que la HAS valide des référentiels pour les actes en série, lesquels devront être suivis par le prescripteur sous le contrôle du service médical de l'assurance maladie. Cette mesure concerne les actes de rééducation, comme la masso-kinésithérapie, ainsi que l'orthophonie et l'orthoptie.

250 millions d'euros d'économies devraient être réalisés grâce à la baisse des tarifs des radiologues, pour 100 millions d'euros, et des biologistes, pour le même montant. D'autres baisses de tarifs ciblées, comme sur l'anesthésie pour les opérations de la cataracte, devraient rapporter 50 millions d'euros.

La convention de l'assurance maladie avec les taxis assurant le transport de malades permettra une économie de 40 millions d'euros.

Enfin, 5 millions d'euros sont à attendre des pénalités imposées en cas d'utilisation des feuilles de soin en format papier.

Au total, 64 % des économies attendues seront le fait des négociations que mènera la UNCAM sur la maîtrise médicalisée et les baisses de tarifs.

b) La problématique de la meilleure répartition des professionnels de la santé sur le territoire constitue un enjeu pour les finances publiques

Le problème majeur auquel est aujourd'hui confrontée l'organisation du système de soins serait celui de la pénurie des médecins et donc, plus largement, la question de la démographie médicale, souvent à l'origine des craintes suscitées quant aux possibles « déserts de santé » sur le territoire.

De fortes disparités territoriales persistent, liées au principe de libre installation reconnue aux médecins, tandis que les déséquilibres entre spécialités s'accroissent, principalement en raison de la désaffectation dont souffre la médecine générale.

Pour répondre à cette répartition inégale des praticiens sur le territoire, diverses mesures ont été prises dans les dernières années, telles que :

– la majoration de 20 % de la rémunération des médecins généralistes dans les zones déficitaires, qui a été négociée au début de l'année 2007, en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;

– les aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et les aides aux étudiants en médecine prévues par la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux ;

– des dispositifs d'exonération fiscale dans les zones déficitaires définies par les missions régionales de santé (MRS), mais également en zone franche urbaine (ZFR), ainsi que de taxe professionnelle en zone de revitalisation rurale (ZRR) ;

– un dispositif de dérogation au parcours de soins pour les consultations auprès d'un médecin généraliste s'installant en zone déficitaire, mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

– les aides du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en vue de faciliter l'installation des professionnels de santé dans des zones sous-médicalisées ;

– sans compter les nombreuses mesures incitatives à l'initiative des collectivités locales.

Dans son discours de Bletterans du 18 septembre 2008, le Président de la République a annoncé sa volonté de renforcer l'égalité dans l'accès aux soins. À cet effet, les négociations conventionnelles pourraient déboucher sur un accord permettant d'assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire. Cet accord ne serait sans doute pas sans conséquence sur les finances sociales. En raison de l'opposition ferme des syndicats aux mesures de désincitation à l'installation en zone sur-dense qui pourraient être envisagées, cet accord impliquerait probablement de nouvelles mesures incitatives à l'installation en zone peu dense.

L'accord du 4 septembre 2008 sur la régulation de l'installation des infirmiers libéraux

Le 4 septembre dernier, la CNAM et les syndicats d'infirmiers libéraux ont signé un accord visant à réguler l'installation des infirmiers sur le territoire. Il pourrait constituer une référence dans le cadre des futures négociations sur l'installation des médecins.

L'accord prévoit de geler les installations dans 250 bassins de vie surdotés situés principalement en région Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Il faudra, à l'avenir, attendre le départ d'une infirmière – retraite ou changement de lieu de vie – pour prétendre s'installer dans l'un de ces bassins de vie.

En contrepartie, les infirmiers installés dans 250 zones sous-dotées bénéficieront d'une prise en charge de leurs cotisations d'allocations familiales et d'une aide annuelle à l'investissement de 3 000 euros. Enfin, une revalorisation des actes de 6 % a été décidée pour l'ensemble des 56 000 infirmiers libéraux. Elle prendra effet au 1^{er} avril 2009 pour un montant de 200 millions d'euros.

La question de l'égal accès aux soins renvoie également à celle des dépassements d'honoraires et de l'instauration d'un secteur optionnel. Cette évolution ne devrait, en principe, pas emporter de conséquences pour les finances de l'assurance maladie.

2.– Les produits de santé concentrent la plus grande part des économies attendues en 2009, à hauteur de 990 millions d'euros

a) Les mesures sur les produits de santé devraient permettre une économie de 990 millions d'euros

Les produits de santé concentrent 43 % des économies attendues en 2009, soit 990 millions d'euros. Ils constituent le premier contributeur à la maîtrise de la dépense de l'assurance maladie. Le tableau suivant récapitule l'ensemble de ces mesures.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES PRODUITS DE SANTÉ SUR LES COMPTES 2009
DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE TOUS LES RÉGIMES**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2009	893	990
Maîtrise médicalisée mise en œuvre par l'assurance maladie et économies sur les aides à la télétransmission	300	300
Plan médicament : baisses de prix de médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS	112	130
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 9

300 millions d'économies sont attendus des efforts de maîtrise médicalisée de la dépense de médicaments. La CNAM est chargée d'obtenir un accord permettant d'atteindre cet objectif.

Le comité économique des produits de santé (CEPS) devrait prendre des mesures diverses permettant une économie de 240 millions d'euros ainsi qu'une économie de 40 millions d'euros *via* la politique de promotion des génériques.

100 millions d'euros sont attendus de la gestion médicale des listes de produits et de prestations. La prise en compte des évaluations de la haute autorité de santé (HAS) ainsi que de ses recommandations permettrait d'atteindre cet objectif.

Enfin, la réduction des marges des pharmaciens devrait rapporter 100 millions d'euros.

b) Les succès de la politique de promotion des génériques en font une source d'économies importante

Le développement des médicaments génériques a fait l'objet d'une politique suivie depuis plusieurs années. Celle-ci s'est révélée être à l'origine d'économies substantielles pour l'assurance maladie. En 2009 encore, 40 millions d'économies en sont attendus.

Le développement des médicaments génériques en France

Depuis 1999, une politique suivie de promotion des médicaments génériques a été menée avec succès. Les principales mesures adoptées sont les suivantes.

1999 : la loi de financement de la sécurité sociale confère aux pharmaciens le droit de substitution. Ceux-ci peuvent désormais substituer un médicament générique au princeps prescrit par le médecin. Les pharmaciens voient en outre leurs marges sur médicament générique alignées sur les marges sur princeps. Ils se voient accorder la possibilité d'obtenir des marges de leurs grossistes de 17 %, contre 2,5 % pour les autres médicaments.

2002 : les médecins peuvent prescrire en dénomination commune. Un accord entre la CNAM et les syndicats prévoit que, en contrepartie de l'augmentation du tarif de la consultation à 20 euros, la totalité des lignes d'ordonnance doit être rédigée en médicaments génériques ou en dénomination commune. Cet accord a été un échec puisque seulement 12 % des médicaments sont prescrits aujourd'hui en dénomination commune, contre 35 % en Allemagne par exemple.

2003 : les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) sont institués. L'assuré est remboursé sur la base du prix du générique, même s'il paie pour un princeps.

2007 : la généralisation du dispositif « générique contre tiers-payant » est décidée. Elle a permis une progression de la substitution de l'ordre de 15 % dans les départements où elle a été expérimentée.

À ces mesures, se sont ajoutées plusieurs campagnes d'information ainsi que des baisses successives de prix décidées par le comité économique des produits de santé.

En 2008, certaines spécialités génériques « coûteuses » ont vu leur prix baisser. Cette économie a été obtenue en contrepartie d'un plafonnement à 17 % du taux de remise commerciale applicable aux génériques, comme le prévoit la loi du 3 janvier 2008 pour le développement de la concurrence au service des consommateurs. Le gain ainsi accordé aux fabricants de génériques par la « loi Châtel » a donc été compensé par une diminution du prix de certaines spécialités.

Au total, la politique visant à promouvoir les médicaments génériques s'est révélée globalement satisfaisante. Le taux de pénétration des génériques a atteint 81,7 % fin 2007, en hausse de 11 points par rapport à 2006. L'objectif a été fixé à 82,9 % pour 2008, avec un répertoire élargi. En juillet 2008, le taux de pénétration atteignait 80,2 %, en léger retrait en raison de l'élargissement du répertoire.

La part des génériques dans le marché global s'établit, en 2007, à 19,9 %, contre 11,1 % en 2003. Les économies cumulées depuis le 1^{er} janvier 2005 sont de l'ordre de 1,27 milliard d'euros. Comme le montre le tableau ci-dessous, les principales économies proviennent des baisses des prix des médicaments, génériques ou princeps, pour un montant de 695 millions d'euros.

MONTANT DES ÉCONOMIES RÉALISÉES DU FAIT DU DÉVELOPPEMENT DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

(en millions d'euros)

	2005		2006		2007		Total
	Impact 2005 des mesures 2005	Effet report sur 2006 des mesures 2005	Impact 2006 des mesures 2006	Effet report sur 2007 des mesures 2006	Impact 2007 des mesures 2007	Effet report sur 2008 des mesures 2007	
Pénétration	150	-20	-90	-20	-50	-35	-365
Baisse de prix générique	-25	-10	-130	-80	0	0	-245
Baisses de prix princeps	0	0	-210	-150	-65	-25	-450
TFR	-30	-20	-30	-20	-20	-85	-205
Total	-205	-50	-460	-270	-135	-145	-1 265

Source : direction de la sécurité sociale

D.- LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE PÂTIT DE RÉSULTATS DÉCEVANTS

La maîtrise médicalisée de la dépense constitue un outil dont l'utilisation récurrente vise à réduire les dépenses de soins de ville, produits de santé inclus. En 2009 encore, 550 millions d'économies en sont attendus, comprenant 220 millions pour les soins de ville et 330 millions pour les produits de santé.

Or, les économies prévues à ce titre se situent régulièrement en deçà des objectifs attendus. Pour l'année 2007, 378 millions d'euros ont été économisés, pour un objectif de 623 millions d'euros, soit un taux d'atteinte de l'objectif de 60,6 %. Cette réalisation inférieure aux prévisions est due principalement à un manque de maîtrise des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) ainsi qu'à la non réalisation des économies liées aux médicaments génériques et aux actes et dispositifs médicaux.

Pour 2008, le taux d'atteinte de l'objectif devrait s'élever à 62 %, en hausse de 1,4 point. Cette légère amélioration serait due à des résultats satisfaisants sur les antibiotiques et les transports notamment.

Pour 2009, les objectifs sont fixés en volume, et non en variation par rapport à une tendance, conformément à l'article 43-III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le montant des économies attendues atteint 550 millions d'euros. À taux d'atteinte de l'objectif inchangé, le montant des économies réalisées pourrait s'établir à 340 millions d'euros.

Lors de la présentation du présent projet de loi, le ministre chargé des Comptes publics a annoncé la volonté du Gouvernement d'améliorer le taux d'atteinte des objectifs en matière de maîtrise médicalisée. **Votre Rapporteur pour avis se satisfait de cet engagement qui permettra, s'il se réalise, une meilleure maîtrise de la dépense. La maîtrise médicalisée est en effet un vecteur essentiel dans le dispositif de maîtrise de la dépense et son efficacité conditionne une grande partie des économies prévues.**

La critique de la Cour des comptes sur l'absence de liens entre ONDAM et négociations conventionnelles

Dans son rapport de septembre 2009 sur l'exécution de la loi de financement pour 2008, la Cour des comptes a remarqué le manque de liaison entre l'ONDAM voté et les négociations conventionnelles qui impliquent des dépenses supplémentaires.

Les dérapages de dépenses liées aux négociations seraient dus notamment à une trop grande marge de manœuvre laissée aux partenaires conventionnels. Celle-ci s'expliquerait par un défaut d'encadrement préalable de l'ONDAM et par un suivi *a posteriori* peu rigoureux.

La Cour recommande de renforcer le caractère opposable de l'ONDAM et de mieux le lier au programme de négociations. Le cadrage pluriannuel pourrait notamment fournir à l'UNCAM une trajectoire de moyen terme des revalorisations.

En 2009, plusieurs négociations pourraient avoir un impact sur l'ONDAM des soins de ville. L'éventuelle revalorisation d'un euro des honoraires des médecins coûterait 250 millions d'euros en année pleine et 120 millions en 2009 dans l'hypothèse d'une entrée en vigueur au 1^{er} juillet. Des négociations avec les kinésithérapeutes s'ouvriront en début d'année pour une éventuelle conclusion en fin d'année, le coût étant donc limité pour 2009. Les négociations pour l'année 2009 seront donc à l'origine d'une dépense limitée. À noter toutefois que les revalorisations des honoraires des infirmiers ayant été reportées, elles entreront en vigueur au 1^{er} avril 2009 et coûteront 200 millions d'euros en 2009.

III.– LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DEVRONT ACCROÎTRE LEUR PRODUCTIVITÉ POUR QUE L'ONDAM SOIT TENU EN 2009

Alors que les déficits cumulés des établissements publics de santé atteignent le milliard d'euros, le Président de la République a fixé comme objectif le retour à l'équilibre des comptes des hôpitaux à horizon 2012. À titre principal, une plus grande efficacité sera recherchée dans l'utilisation des moyens mis à leur disposition. Dans cette optique, la tarification à l'activité a été généralisée dès 2008 alors que l'objectif initial était 2012. Le présent projet de loi prévoit également des dispositions préfigurant la future loi « Hôpitaux, patients, santé, territoire », qui incitera au regroupement des hôpitaux. Le développement de meilleures pratiques de gestion au sein des établissements, et notamment de la comptabilité analytique, constitue enfin un dernier outil permettant d'accroître la productivité.

Les dépenses hospitalières pour 2009 devraient s'élever à 69,6 milliards d'euros. Le taux de progression, à 3,1 %, se situe dans la continuité des objectifs, respectés, des années précédentes.

TAUX DE PROGRESSION DES SOUS-OBJECTIFS HOSPITALIERS DE L'ONDAM

(en pourcentage)

	2007	2008 (p)	2009 (p)
ONDAM hospitalier	3,3	3,2	3,1

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

A.– LA RÉALISATION DE L'ONDAM HOSPITALIER POUR 2009 NÉCESSITERA LA RÉALISATION D'ÉCONOMIES SUBSTANTIELLES

1.– Les années 2007 et 2008 se caractérisent par une sous-réalisation des objectifs hospitaliers de l'ONDAM

En 2007, cette sous-réalisation porte sur 160 millions d'euros. Elle est due à une exécution 2006 inférieure aux prévisions ayant guidé la construction de l'ONDAM.

En 2008, elle sera de 100 millions d'euros, montant des crédits du FMESPP gelés.

2.– Le sous-objectif ambitieux pour 2009 se justifie par l'existence de gisements de productivité au sein des établissements de santé

Pour 2009, le taux de progression des dépenses hospitalières est fixé à 3,1 %. Cet objectif implique la réalisation d'un effort important des établissements publics dans l'optimisation des moyens qui leur sont alloués.

Les coûts entre établissements de santé apparaissent très variables, tant au sein de chaque catégorie qu'entre les catégories. Des gains d'efficacité pourraient donc être réalisés dans ceux dont les coûts sont les plus élevés. En 2006, la fourchette des tarifs entre établissements s'établit de 1 à 3,2. Elle est de 1 à 1,4 entre la moyenne des hôpitaux publics et les cliniques privées. Cette différence entre établissements privés et publics doit toutefois être relativisée. Les hôpitaux publics subissent des contraintes qui ont un impact sur leurs coûts. Ceux-ci, par exemple, augmentent quand la part des patients d'âges extrêmes est plus élevée ou quand l'éventail des cas traités est plus large.

Il reste qu'au sein des établissements publics, de fortes variations de coûts demeurent, comme le montre le tableau ci-dessous.

PRIX MOYEN DU SÉJOUR PONDÉRÉ EN 2006 PAR CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT

(en euros)

Catégorie	Nombre d'établissements	Coût moyen pondéré pour l'assurance maladie
Centres hospitaliers	399	2 307
Établissements privés non lucratifs	111	2 421
CHRU (yc AP-HP)	31	2 479
Centres de lutte contre le cancer	20	2 813
Total / Moyenne	561	2 505

Source : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Plusieurs dispositions du présent projet de loi visent la recherche d'une plus grande efficacité dans l'utilisation des moyens des établissements de santé. Elles s'inscrivent dans le mouvement enclenché par la généralisation de la T2A et qui va être poursuivi avec le projet de loi « Hôpitaux, patients, santé, territoire » (HPST).

Outre les gains d'efficacité, une meilleure maîtrise de la dépense des médicaments onéreux est également recherchée par l'article 36 du présent projet de loi. Ces médicaments, dits spécialités pharmaceutiques financées en sus des prestations d'hospitalisation, représentent 4 milliards d'euros, soit 6 % des dépenses hospitalières. Leur croissance atteint 15 % par an, soit un besoin de financement annuel de 400 millions d'euros. Le dispositif proposé par le présent projet de loi permet, en cas d'évolution trop brusque de la consommation de tels médicaments, la signature d'un contrat d'un an avec l'établissement visant à ralentir cette croissance. Si les objectifs ne sont pas atteints, l'assurance maladie pourra ne plus prendre en charge la totalité du coût de ces produits.

B.- LA GÉNÉRALISATION ANTICIPÉE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POURRAIT PERMETTRE DES GAINS D'EFFICIENCE

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 mais n'a été réellement déployée qu'à partir du 1^{er} mars 2005. Elle opte pour une allocation des ressources

fondée sur l'activité de soins, et qui a pour finalités la rémunération des établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée et la limitation des dépenses occasionnées par chaque prise en charge.

Les tarifs sont fixés à partir des groupes homogènes de séjours (GHS) eux-mêmes déterminés par les groupes homogènes de malades (GHM). Certains éléments, qui ne ressortissent pas au tarif des GHS, font l'objet de dotations séparées :

– les missions d'intérêt général ;

– les produits et actes facturés en sus, comme certains dispositifs médicaux implantables et les molécules onéreuses (DMI-MO), mais également les séances de radiothérapie ou de dialyse, ainsi que les suppléments liés à la réanimation et aux cas extrêmes ;

– et enfin, les soins d'urgence et l'activité des greffes, qui font l'objet de forfaits annuels.

Par ailleurs, les disparités régionales liées au différentiel de coût de la main-d'œuvre ou de l'immobilier sont prises en compte à travers des coefficients correcteurs géographiques. Un financement complémentaire sera établi en 2009 pour prendre en compte la précarité de certains patients ainsi que la sévérité des traitements nécessités par d'autres, éléments qui contribuent à augmenter les dépenses des hôpitaux.

Le financement des hôpitaux par la T2A a été généralisé en 2008, en avance de quatre ans sur le programme prévu initialement. Des coefficients de transition sont appliqués pour éviter une modification trop brusque, à la hausse ou à la baisse, des recettes des hôpitaux. L'effet de ces coefficients devrait s'atténuer puis disparaître à horizon 2012. En 2008, 19 % des établissements ont terminé leur convergence avec un coefficient de transition fixé à 1. 90 % des établissements ont un coefficient compris entre 0,95 et 1,04.

Le système de financement ainsi étendu pourrait se traduire par des gains d'efficacité, à condition que la convergence des tarifs ne se fasse pas à la hausse. Le principe a été adopté d'une convergence vers la moyenne observée. En l'absence de gains de productivité toutefois, cette convergence se traduirait par une aggravation des déficits.

Les effets de cette généralisation de la T2A sont opposés, selon la productivité actuelle des hôpitaux. Les hôpitaux les plus productifs bénéficieront de cette évolution puisque les recettes issues de la tarification à l'activité seront supérieures à la dotation perçue jusqu'à présent. À l'inverse, les hôpitaux moins productifs pourraient voir les recettes obtenues pour chaque acte ne pas couvrir leurs coûts. La généralisation de la T2A peut donc inciter au regroupement des structures hospitalières. Elle favorise en effet les établissements bénéficiant d'économies d'échelle. La recherche d'une taille critique pourrait donc devenir

cruciale pour certains établissements qui n'arrivent pas à équilibrer leur budget. En ce sens, la loi « Hôpitaux, patients, santé, territoire », présentée au Conseil des ministres le 22 octobre dernier, s'inscrit dans la continuité du mouvement engagé depuis plusieurs années.

C.- LES DISPOSITIONS DU PRÉSENT PROJET DE S'INSCRIVENT DANS LA LOGIQUE DU PROJET DE LOI « HÔPITAUX, PATIENTS, SANTÉ, TERRITOIRE »

1.- La loi HPST vise à moderniser les établissements de santé en favorisant les regroupements

La loi devrait permettre un suivi de la dépense de santé sur l'ensemble de la « chaîne de valeur », par les agences régionales de santé (ARS). Outre les établissements de santé, les ARS ont en effet compétence sur les soins ambulatoires en amont et sur le secteur médico-social en aval. Cette vue globale devrait permettre d'articuler de manière plus satisfaisante les différents secteurs entre eux et de mieux adapter l'offre de soins à la demande. Le maintien en hôpital de personnes relevant du secteur médico-social constitue, par exemple, un surcoût qu'une meilleure organisation réduirait.

La loi vise également à faciliter les regroupements de structures hospitalières. Elle promeut la définition de projets médicaux communs sur un territoire, dirigés par un nouveau type de structure. Celle-ci, au contraire des actuels groupements de coopération sanitaire (GCS), disposerait de la compétence de gestion de droit commun, à la place des établissements de santé. Créée par les ARS ou les directeurs d'hôpitaux, elle aurait vocation à piloter notamment l'investissement et les fonctions supports.

2.- Le présent projet de loi prévoit des dispositions s'inscrivant dans la logique de cette loi

Le présent projet de loi comporte plusieurs dispositions incitant les établissements de santé à la modernisation. Il constitue donc un prélude à la loi HPST.

L'article 39 prévoit, entre autres dispositions, la possibilité d'une régulation infra-annuelle des enveloppes hospitalières. Cette évolution permet de faciliter les restructurations.

Le présent projet de loi rénove, à **l'article 40**, les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier dans les établissements hospitaliers. Dans un premier temps, un plan de redressement est adopté. En cas d'échec du plan de redressement, la mise sous administration provisoire peut être réalisée *via* la nomination d'un administrateur à partir d'un vivier plus large qu'antérieurement. Une gradation est donc instituée dans la procédure de redressement des comptes.

La création de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), à l'**article 41**, doit également permettre l'accès des hôpitaux à une expertise en matière d'optimisation de la performance et d'élaboration des outils nécessaires à ce but. L'ANAP regroupe des compétences en matière d'architecture, d'organisation et de systèmes d'information, en fusionnant la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et le Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

À l'**article 42** enfin, la procédure de mise sous accord préalable n'est plus limitée à la chirurgie ambulatoire. Elle est étendue à l'ensemble des prestations d'hospitalisation dont l'évolution est atypique.

D.– LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPTABILITÉ DOIT CONTRIBUER À UNE MEILLEURE GESTION DES HÔPITAUX

En permettant d'obtenir une vision fine de la décomposition des coûts, la comptabilité analytique constitue un élément essentiel de la bonne gestion. Elle permet d'identifier les activités se caractérisant par des surcoûts. Le diagnostic ainsi réalisé conduit à la réduction de ces poches d'inefficience et à la réalisation de gains de productivité.

1.– La comptabilité analytique se développe au sein des hôpitaux

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mené une enquête sur l'utilisation des outils d'analyse des coûts en avril 2008. Au vu des résultats, on constate que, hors hôpitaux locaux, 65 % des établissements publics de santé ont déclaré avoir mis en place des outils de comptabilité analytique. 100 % des centres hospitaliers universitaires (CHU) l'ont fait.

En revanche, les outils tels que le « tableau coût case-mix » (TCCM), ou le compte de résultat analytique (CREA) sont moins utilisés : 20 % des établissements publics de santé utilisent un TCCM, et 35 % un CREA. Le TCCM est un outil pourtant intéressant car il permet de comparer les grands chapitres de dépenses d'un établissement aux mêmes chapitres de dépenses d'un hôpital fictif qui traiterait les mêmes cas, mais en étant muni des coûts de référence par GHM issus de l'échelle nationale des coûts (ENC). Il constitue donc un bon indicateur pour mesurer le chemin à parcourir pour atteindre un niveau d'efficacité satisfaisant.

2.– Plusieurs opérateurs essaient de promouvoir la comptabilité analytique

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) a conduit trois chantiers sur la comptabilité analytique hospitalière :

– un premier chantier « pilote », de 2003 à 2005, a permis de développer et d'appliquer la comptabilité analytique hospitalière sur la base du calcul des coûts par séjour de patients et de GHM. 15 établissements ont été volontaires pour l'utilisation de deux types d'outils, le TCCM et les coûts par activité ;

– un second chantier d'« approfondissement » a été lancé, en mai 2006, auprès de huit établissements pour analyser l'utilisation d'instruments permettant de repérer les sources de productivité. Dans cette optique, le TCCM et le CREA semblent particulièrement stratégiques ;

– un chantier de « déploiement » a débuté en octobre 2006 auprès de 50 établissements publics de santé.

Les systèmes d'information étant au cœur de la mise en place de la comptabilité analytique, le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) a recensé les systèmes d'information décisionnels et publié sur son site Internet un « kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé ».

Par ailleurs, depuis 1992, un groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH) est missionné par le ministère de la Santé pour promouvoir le développement de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion dans les établissements de santé. Chaque année, les données d'un échantillon d'environ 130 établissements sont, après traitement, consolidées. Elles permettent d'élaborer des fiches d'analyse d'écart de coûts par activité – "support", logistique, médicale et médico-technique. Le GACAH publie un rapport annuel sur les coûts de ces activités, auxquels les établissements de santé peuvent se comparer.

L'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) intervient enfin avec l'élaboration des indices de productivité médico-économiques (IPME)⁽¹⁾ et l'échelle nationale des coûts. Celle-ci est essentielle à un double titre. Elle fournit, d'une part, un outil important pour la régulation du secteur hospitalier et permet d'éclairer les choix stratégiques au niveau central. Elle est, d'autre part, un outil pour les établissements de santé, qui peuvent comparer leur situation aux résultats de l'ENC et ainsi améliorer leur gestion interne.

E.– L'AMBITION AFFICHÉE PAR LE SOUS-OBJECTIF HOSPITALIER NE REMET PAS EN CAUSE LE PLAN HÔPITAL 2012

Après un premier plan Hôpital 2007 consacré à la modernisation des établissements de santé, le plan Hôpital 2012 est principalement destiné à améliorer l'efficacité hospitalière. Il s'inscrit donc dans l'objectif fixé par le présent projet de loi et par le projet de loi HPST.

(1) Les IPME permettent de décrire à la fois le volume d'activité des établissements, le poids moyen des cas traités (compte tenu de la complexité technique des séjours, de leur durée...), et leur situation financière.

Ses principales composantes sont les suivantes :

– les opérations de recomposition hospitalière et de mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), destinées à assurer l'égalité d'accès aux soins ainsi que la modernisation des sites d'accueil des urgences et des SAMU ;

– l'informatisation du processus de soins à travers la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers (SIH).

Sur la période 2008-2012, l'effort d'investissement devrait représenter 10 milliards d'euros, financés à hauteur de 5 milliards par des aides directes de l'assurance maladie, de 2 milliards d'euros par des prêts à taux préférentiels de la caisse des dépôts et consignations (CDC), les 3 milliards d'euros restants devant être apportés par les établissements à partir de leurs fonds propres ou par recours à l'emprunt.

Le plan est mis en œuvre en deux tranches : la première, correspondant à 50 % de l'effort global du volume d'investissement, a été répartie dès 2007 entre les régions sur la base des perspectives démographiques à horizon 2020, corrigées d'une part du coefficient géographique et d'autre part d'un coefficient d'insularité pour les départements d'outre-mer et la Corse. La seconde tranche sera ventilée au premier semestre 2009 sur la base des mêmes critères, mais après déduction d'une enveloppe calculée sur la base des surcoûts des projets des mises aux normes à caractère exceptionnel préalablement identifiés.

Le sous-objectif devrait permettre la réalisation de ce plan. L'effort d'économies ne repose donc pas sur l'investissement mais sur les dépenses de fonctionnement et de personnel des établissements.

CHAPITRE IV : LES AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

I.- LE REDRESSEMENT DE LA BRANCHE AT-MP SE CONSOLIDERAIT EN 2009

Les dépenses engagées au titre de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) correspondent :

– à des prestations légales : indemnités journalières pour maternité et paternité, prestations de décès, pensions d’invalidité et prestations d’incapacité permanente dues au titre d’accidents du travail et de maladies professionnelles ;

– au financement des fonds liés à l’amiante.

Pour 2009, le régime général serait à l’équilibre, avec des dépenses de l’ordre de 11,4 milliards d’euros. À moyen terme, la branche devrait bénéficier du poids décroissant des charges d’indemnisations liées à l’amiante. Après une hausse de 87 % entre 2003 et 2009, les dotations au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) et au Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA) devraient connaître une augmentation plus modérée.

Les tableaux ci-dessous montrent les perspectives pluriannuelles du régime général et de la branche.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d’euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	10,2	11,0	11,4	11,9	12,5	13,2
Dépenses	10,6	10,6	11,4	11,6	11,8	12,1
Total	-0,4	0,4	0	0,3	0,7	1,1

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP DE L’ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d’euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	11,7	12,6	13,1	13,7	14,3	15
Dépenses	12	12,2	13	13,2	13,5	13,8
Total	-0,3	0,4	0,1	0,5	0,8	1,2

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

A.– LA BRANCHE AT-MP MAINTIENDRAIT SON EXCÉDENT EN 2009

1.– L'année 2008 a vu le retour à l'équilibre de la branche après plusieurs années de déficit

Après un déficit de 500 millions d'euros en 2007, la branche AT-MP devrait connaître un excédent de l'ordre de 400 millions d'euros en 2008. Cette amélioration du solde est due notamment à la disparition de charges exceptionnelles pesant sur l'année 2007, notamment une provision de 150 millions pour la reprise des déficits du FCAATA. Dans le même temps, les recettes gardent un rythme de croissance élevé, avec une hypothèse de croissance de la masse salariale de 4,5 % en 2008.

Ce retour à l'excédent met fin à six années consécutives de déficit. Le retour à l'équilibre a été permis par la forte augmentation des ressources et notamment des cotisations qui augmentent de 34 % entre 2003 et 2009, soit 7 points de plus que les charges nettes. Celles-ci connaissent également une croissance importante. D'une part, les versements à la branche maladie sont passés de 330 millions en 2003 à 710 millions en 2009. D'autre part, les dotations aux fonds amiante ont augmenté de 87 % sur la période pour atteindre 1,2 milliard d'euros en 2009.

2.– L'excédent se maintiendrait en 2009

En 2009, l'évolution des dépenses et des recettes se situerait dans le même ordre de grandeur. Le solde ne connaîtrait donc pas d'évolution significative. Avant dotations aux fonds « amiante », l'excédent de la caisse nationale d'assurance maladie AT-MP s'établirait à 1,2 milliard d'euros. Ce niveau, bien qu'inférieur à 2008, reste élevé en comparaison des années précédentes.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA CNAM AT-MP ENTRE 2003 ET 2009

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)	Évolution 2003/2009 (en %)
Charges nettes	9	8,99	9,42	9,85	10,63	10,59	11,37	26
Prestations légales (y.c. dotations nettes aux provisions)	6,33	6,49	6,63	6,75	7,26	7,39	7,72	22
Dotations aux fonds amiante	0,64	0,6	0,8	1,02	1,12	1,17	1,20	87
Reversement branche maladie	0,33	0,33	0,33	0,33	0,41	0,41	0,71	115
Autres charges	1,07	0,95	1,01	1,15	1,14	1,09	1,14	6
Produits nets	8,53	8,8	8,98	9,8	10,17	10,98	11,36	33
Cotisations (y.c. exonérations compensées intégralement par l'État ou par affectation recettes fiscales)	8,13	8,4	8,6	9,29	9,79	10,51	10,88	34
Autres produits	0,4	0,4	0,38	0,51	0,38	0,47	0,48	22
Résultat	-0,48	-0,18	-0,44	-0,06	-0,45	0,39	-0,01	
Résultat avant dotations aux fonds amiante	0,16	0,42	0,36	0,96	0,66	1,55	1,19	

Source : direction de la sécurité sociale

En 2009, les dépenses de prestations légales, particulièrement dynamiques, devraient être en progression de 4,5 %, alors qu'elles n'ont progressé que de 1,8 % en 2008. La tendance depuis 2003 se situe aux alentours de 3,3 %. Cet accroissement est lié notamment à la revalorisation des pensions d'invalidité.

Le présent projet de loi prévoit deux mesures, **aux articles 65 et 66**, ayant un coût total de 30 millions d'euros. D'une part, il est prévu d'améliorer la prise en charge des dispositifs médicaux pour les victimes d'AT-MP. D'autre part, le versement des indemnités journalières est maintenu entre la reconnaissance de l'inaptitude du salarié victime d'une AT-MP et la décision de reclassement ou de licenciement. Ces mesures répondent aux attentes des partenaires sociaux exprimées dans le cadre de l'accord signé le 25 avril 2007.

3.– La maîtrise des dépenses d'AT-MP passe par le développement de la prévention

Le développement de la prévention se fait par voie contractuelle.

Des « conventions d'objectifs » nationale ou régionales, conclues pour une durée de quatre ans, définissent des programmes d'actions de prévention, spécifiques à chaque branche professionnelle. Sur la base du volontariat, les entreprises peuvent y souscrire et signer avec les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) des contrats de prévention. Celles-ci transposent et mettent en œuvre au niveau local les objectifs généraux fixés à la branche par la convention.

Au niveau national ou régional, 44 conventions sont aujourd'hui en vigueur, dont 7 ont été signées au cours de l'année 2008 et 17 sont susceptibles d'être renouvelées en 2009.

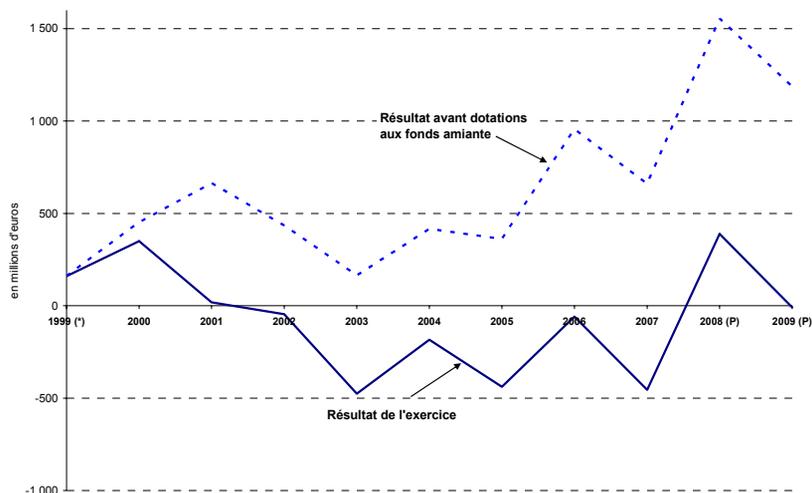
Au niveau des entreprises, 1 455 contrats de prévention ont été conclus. Ils concernent, à plus de 80 %, le bâtiment, la métallurgie et l'industrie du bois.

B.– LES FONDS AMIANTE AMPUTENT LA CAPACITÉ DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné lieu à la création de fonds spécifiques : le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) créé en 1999 et le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) créé en 2001.

Les dotations de ces fonds « amiante » ont largement amputé le résultat de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), comme le montre le graphique suivant.

COMPARAISON DU RÉSULTAT DE FIN D'EXERCICE ET DU RÉSULTAT AVANT PRISE EN COMPTE DES DOTATIONS AUX FONDS AMIANTE SUR LA PÉRIODE 1999-2009



(*) Résultat en encaissement – décaissement pour l'exercice 1999

Source : direction de la sécurité sociale.

1.– Le FCAATA verrait son déficit se réduire en 2008 et 2009

Mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le dispositif de cessation anticipée d'activité est ouvert aux salariés de plus de 50 ans atteints de maladies professionnelles liées à l'amiante ou ayant travaillé dans des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Ainsi, au 31 mai 2007, 49 358 personnes ont bénéficié de ce dispositif.

Initialement alimenté par un versement de la branche accidents du travail et une contribution de l'État, le fonds a vu cette dernière remplacée par une fraction égale à 0,39 % du produit des droits de consommation sur les tabacs.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a institué une contribution à la charge des entreprises dont les salariés ou anciens salariés bénéficient de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Toutefois, il s'est avéré que le recouvrement présente de grandes difficultés d'identification des entreprises redevables et est source de multiples contentieux. Ces éléments ont contribué en outre à minorer le rendement attendu de la taxe. **L'article 67** du présent projet de loi prévoit la suppression de la taxe et son remplacement par une hausse de 30 millions d'euros de la contribution de la branche AT-MP. Celle-ci bénéficierait, en contrepartie, d'une hausse des cotisations à la charge de l'ensemble des employeurs. Ce dispositif simplifie le financement du FCAATA. Il dispense toutefois les entreprises responsables des dommages subis par les travailleurs victimes de l'amiante d'un effort spécifique.

Comme le montre le tableau ci-dessous, les charges du FCAATA atteignent, en 2009, un niveau historique, à près de 950 millions d'euros, qui devrait être un pic. Dès 2009, le nombre de personnes sortant du dispositif de cessation anticipée d'activité sera plus important que celui des nouveaux bénéficiaires.

COMPTES DU FCAATA

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Charges	872	918	931	946
Produits	753	863	910	912
Dont :				
Contribution de la branche AT/MP	700	800	850	880
Droits sur les tabacs	32	30	28	30
Contribution employeurs	21	33	32	0
Résultat net	-118	-55	-20	-36
Taux de consommation de la dotation (en %)	116	106	102	107
Solde cumulé depuis 2000	-204	-260	-280	-315

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Après un déficit de 118 millions d'euros en 2006, le solde devrait rester négatif à 19 millions en 2008 et 34 millions en 2009. Mais l'équilibre ne paraît pas hors d'atteinte à moyen terme. En effet, le nombre de bénéficiaires de la cessation anticipée d'activité décroît progressivement. En 2009, le solde entre les nouveaux allocataires et ceux qui sortent du dispositif pour partir à la retraite deviendrait négatif, à raison de -1,2 % en volume. L'effet des revalorisations, à un taux de 2,6 %, ne permettra toutefois pas aux charges de diminuer.

2.— Le FIVA pourrait connaître un déficit important en 2009 en raison d'une forte hausse de son activité

Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dans le but de limiter les recours juridictionnels des victimes de l'amiante, le fonds est chargé de la prise en charge de l'indemnisation des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante, contractées ou non dans un cadre professionnel. Le fonds est alimenté par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général et par une contribution de l'État, comme le montre le tableau ci-dessous.

COMPTES DU FIVA

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Charges	432	392	356	302	665
Indemnisations (dont provisions)	426	387	350	296	667
Autres charges	6	6	6	6	8
Produits	347	402	399	399	399
Contribution de la branche AT-MP	200	315	315	315	315
Contribution de l'État	52	48	50	50	50
Autres produits (dont reprise sur provisions)	95	40	39	34	34
Résultat net	-85	10	45	97	-266
Résultat cumulé depuis 2001	251	261	306	403	136
Taux de consommation des dotations annuelles État/AT-MP (en %)	169	107	97	81	183

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Le FIVA ne peut faire face au stock de demandes d'indemnisation qu'il doit traiter, en raison notamment au développement des contentieux et au manque d'effectifs. L'année 2007 a connu un afflux de dossiers nouveaux en raison de la date de prescription fixée à fin 2006 pour le dépôt des demandes d'indemnisation des victimes dont la maladie avait été constatée avant le 31 décembre 2003. La lenteur de traitement des dossiers explique l'apparition d'excédents en 2007 et 2008, mais aussi la faiblesse des indemnisations octroyées.

À la suite d'un audit réalisé en 2008, l'IGAS et l'IGF ont préconisé la mise en place d'une cellule d'urgence ainsi qu'un renforcement des effectifs. Si cette cellule était mise en place en 2009, l'activité du fonds connaîtrait un pic, avec une hausse des dépenses d'indemnisation de l'ordre de 120 % et à un déficit de 266 millions d'euros. Celui-ci pourrait toutefois être absorbé par les excédents accumulés qui s'élèvent à 403 millions d'euros à fin 2008.

II.- LA BRANCHE FAMILLE RESTE STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE EN DÉPIT D'UN LÉGER DÉFICIT PRÉVISIONNEL EN 2009

La branche famille se caractérise par une tendance structurelle à dégager des excédents.

Ses dépenses se caractérisent en effet par une croissance tendancielle modérée, en ligne avec l'inflation. Le nombre de bénéficiaires reste stable. Si l'augmentation du taux de natalité depuis 2000 contribue à alourdir les charges liées à la petite enfance, les dépenses pour les adolescents s'érodent du fait de l'existence de classes creuses à cet âge. Alors que les recettes augmentent de l'ordre de 4 % par an contre environ 2 % par an pour les dépenses, la branche ne devrait toutefois pas voir son déficit se résorber en 2009 en raison du transfert de nouvelles charges non compensées.

Malgré les transferts de charges, la branche famille devrait demeurer en excédent dans les prochaines années, comme le montre le tableau suivant.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	54,6	56,9	58,6	61,1	63,7	66,3
Dépenses	54,5	56,4	58,9	60,9	63	64,6
Total	0,1	0,5	-0,3	0,2	0,7	1,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	55,1	57,3	59,1	61,6	64,2	66,9
Dépenses	54,9	56,9	59,3	61,5	63,5	65,2
Total	0,2	0,4	-0,2	0,1	0,7	1,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

Les prestations légales versées concernent les allocations familiales, à 30 %, et la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), à 29 %. Les prestations concernant le plus grand nombre de familles restent les allocations familiales, comme le montre le tableau ci-dessous.

FAMILLES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FAMILIALES LÉGALES (TOUS RÉGIMES)

(effectifs au 31 décembre 2007)

	2005	2006	Variation (en %)	2007	Variation (en %)
Prestations d'entretien					
Allocations familiales	4 838 573	4 853 450	0,3	4 860 174	0,1
Complément familial	898 804	878 534	-2,3	859 064	-2,2
Allocation pour jeune enfant	321 795	49	-100,0		
Allocation d'adoption	39	25	-35,9	13	-48,0
Allocation de soutien familial	695 481	698 638	0,5	724 676	3,7
Allocation de parent isolé	206 240	217 487	5,5	205 395	-5,6
Allocation de présence parentale	4 094	4 589	12,1	4 853	5,8
Prestations pour la garde des enfants (hors PAJE)					
Allocation parentale d'éducation	191 825	389	-99,8	213	-45,2
AFEAMA	391 363	226 717	-42,1	108 561	-52,1
AGED	35 214	23 495	-33,3	15 077	-35,8
Prestations d'accueil du jeune enfant	1 487 019	2 101 683	41,3	2 198 810	4,6
Prestations en faveur de l'éducation (ARS)	3 074 926	3 021 671	-1,7	4 835 082	60,0
Prestations en faveur du logement (ALF)	1 257 099	1 245 102	-1,0	1 261 157	1,3
Prestations en faveur des handicapés					
AAH	800 130	802 945	0,4	813 169	1,3
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	137 999	153 841	11,5	151 930	-1,2

Source : caisse nationale des allocations familiales

Le défi pour la branche famille est, d'une part, de concilier l'offre de nouvelles prestations et de nouveaux services avec la nécessaire maîtrise de la dépense et, d'autre part, d'insuffler au sein des organismes gestionnaires une culture de la performance.

A.— LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎT EN 2009 UN LÉGER DÉFICIT APRÈS DEUX ANNÉES D'EXCÉDENT

1.— La branche famille a connu des excédents en 2007 et 2008

La branche famille a dégagé un excédent de 156 millions d'euros en 2007. Cette année s'est notamment distinguée par le ralentissement de la croissance des dépenses d'action sociale, à 4,1 %, contre une prévision initiale de plus de 8 %.

La branche devrait connaître un excédent de 430 millions d'euros en 2008. Si les charges augmentent de 3,6 %, la croissance des prestations se ralentit, à 2,8 %, en raison de la fin de la montée en charge de la PAJE et les produits progressent de 4,1 %. La principale mesure adoptée en cours d'année 2008 est la modulation de l'allocation de rentrée scolaire pour le secondaire. Elle engendre un coût supplémentaire de 50 millions d'euros.

2.— La branche famille devrait connaître à nouveau un déficit en 2009

En 2009, le régime général devrait connaître un léger déficit, de 200 millions d'euros, pour un total de dépenses de 58,6 milliards d'euros.

Ce déficit est dû à un dynamisme des dépenses plus important, à +3,5 %, soit 1,5 point de plus qu'en 2008. Elle est liée à une revalorisation de la BMAF ⁽¹⁾ de 3,5 %. Celle-ci se décompose en 2 % d'inflation pour 2009, et en un rattrapage de 1,3 point au titre de l'année 2008 et de 0,2 point au titre de l'année 2007.

Le déficit prévu pour 2009 s'explique également par les nouvelles charges transférées à la branche par le présent projet de loi.

L'article 70 du présent projet de loi prévoit que la branche famille prenne en charge progressivement l'intégralité du coût lié aux majorations de pensions de 10 % servies aux assurés ayant élevé au moins 3 enfants. Le taux de prise en charge par la CNAF passe de 60 % à 70 % en 2009, pour un coût supplémentaire de 415 millions d'euros. Le taux sera porté à 85 % en 2010 et 100 % en 2011. Le surcoût en 2009 s'établit à 415 millions d'euros, pour une dépense totale de l'ordre de 2,8 milliards d'euros. Ces dépenses sont toutefois appelées à diminuer sur le long terme en raison de la baisse du nombre de familles de trois enfants ou plus.

Le présent projet de loi prévoit deux mesures d'un coût total de 80 millions d'euros, aux **articles 71 et 72**. D'une part, le complément de mode de garde est modulé en fonction de l'horaire de travail des parents. D'autre part, le nombre d'enfants pouvant être gardés par une assistance maternelle passe de 3 à 4.

La modification des règles de récupération des indus, réalisée par voie réglementaire, permettra notamment le recouvrement de la créance sur d'autres prestations familiales que celle concernée par l'indu. Elle devrait enfin rapporter 15 millions d'euros à la branche.

(1) Base mensuelle de calcul des allocations familiales

B.– LA BRANCHE FAMILLE DOIT CONCILIER MAÎTRISE DES DÉPENSES ET DÉVELOPPEMENT DE NOUVELLES PRESTATIONS

1.– La PAJE est à l'origine d'un surcoût important pour la CNAF

La montée en charge de la PAJE est proche de son aboutissement. Fin 2009, elle aura totalement remplacé l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED). En 2010, la PAJE aura achevé sa montée en charge.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), ouverte au titre des naissances postérieures au 1^{er} janvier 2004, remplace progressivement les allocations destinées à la petite enfance. Elle comporte trois volets :

– la prime de naissance assortie d'une allocation forfaitaire, qui remplace l'allocation pour jeune enfant (APJE) ;

– l'aide à la garde, qui se substitue à l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et à l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) ;

– un complément de libre choix d'activité, qui succède à l'allocation parentale d'éducation (APE), destiné aux parents qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle à la naissance d'un enfant. À partir du 1er juillet 2006, les familles de trois enfants et plus peuvent opter également pour un complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) pour un congé parental plus court, mais mieux rémunéré.

La PAJE est apparue plus coûteuse que prévu initialement. Son surcoût par rapport aux anciennes prestations atteint, en 2007, 1 975 millions d'euros et devrait s'établir à 2 021 millions d'euros en 2009. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait prévu un surcoût de seulement 800 millions d'euros et la CNAF avait, à l'époque, évalué les dépenses supplémentaires entre 900 et 1 200 millions d'euros. Cette mauvaise anticipation est due principalement, selon la Cour des Comptes, à des hypothèses d'évaluation irréalistes. Celles-ci n'avaient pas pris en compte notamment les changements de comportements liés à la mise en place de la nouvelle allocation.

Cette dépense supplémentaire est davantage concentrée sur les ménages aisés que sur les ménages modestes. Selon une étude de la CNAF de juin 2007, 86 % des ménages bénéficiant du complément de mode de garde « garde à domicile » sont dans la catégorie « revenus très élevés » (premier quintile). Plus généralement, la part des ménages à « revenus très élevés » dans les bénéficiaires des compléments de la PAJE est proportionnellement supérieure à celle des autres ménages.

2.– L'offre de garde en matière de petite enfance reste insuffisante en dépit des efforts réalisés

L'efficacité de l'action de la branche famille en matière de petite enfance se mesure notamment à l'offre de garde.

L'évaluation couramment faite de la demande de garde, à 350 000 nouvelles places, est sujette à caution. Si le nombre d'enfants gardés hors structures officielles est connu, la part de ceux-ci pouvant être à l'origine d'une demande de nouvelles places est incertaine. On manque en effet d'indicateurs fiables permettant d'évaluer la demande. À titre d'exemple, les parents peuvent s'inscrire plusieurs fois sur les listes d'attente en crèche, ce qui gonfle artificiellement la demande.

La garde en crèche ne concerne que 10 % des enfants de moins de trois ans et nécessite des efforts d'investissement importants. Le soutien au développement de l'accueil des jeunes enfants a connu depuis 2000 une progression importante avec la mise en place de cinq dotations spécifiques visant à soutenir l'investissement dans les structures d'accueil de la petite enfance. Le montant total de l'investissement atteint 866 millions d'euros, pour un nombre de places – créées ou rénovées – financées de plus de 173 000, soit un coût par place d'environ 5 000 euros.

Par ailleurs, on constate une inadéquation géographique entre l'offre et la demande d'assistantes maternelles. Environ 100 000 sont inscrites à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), ce qui ne correspond pas au nombre exact de chômeurs dans la catégorie professionnelle mais donne un ordre de grandeur du sous-emploi existant. Ce chômage serait dû à la présence d'une offre dans certains secteurs où la demande est faible. *A contrario*, les zones où la demande est forte pâtiraient d'un manque d'assistantes maternelles.

Au total, il apparaît que le maintien des enfants de 2 à 3 ans à l'école maternelle permet, à l'évidence, une garde au moindre coût, comme la Cour des comptes l'a montré dans son rapport de septembre 2008 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Le tableau suivant l'illustre. Or, entre 2003 et 2006, 105 000 places pour enfants entre deux et trois ans ont été supprimées en écoles maternelles et jardins d'enfant. La poursuite de ce mouvement pourrait conduire, dans les années à venir, à un transfert de charges important sur la branche famille.

**COÛT MENSUEL MOYEN PAR ENFANT
DES DIFFÉRENTS MODES DE GARDE**

(en euros)

Crèche collective	1 296
Assistante maternelle	819
Garde à domicile	2 094
Garde partagée entre 2 familles	1 083
École maternelle	409

Source : caisse nationale des allocations familiales

3.– Les nouvelles modalités de revalorisation des aides au logement devraient permettre, à long terme, une meilleure maîtrise de la dépense

Les modalités de revalorisation des barèmes des aides personnelles au logement ont évolué dans un sens plus favorable aux finances publiques. La revalorisation est fixée sur l'évolution de l'indice de référence des loyers (IRL), en application de l'ordonnance du 8 juin 2005. Depuis l'entrée en vigueur de l'article 9 de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008, l'IRL correspond à la moyenne, sur les douze derniers mois, de l'évolution des prix à la consommation, hors tabac et hors loyers.

Ce nouveau mode de calcul, basé sur l'inflation devrait, à long terme, contribuer à ralentir la progression des dépenses liées aux aides personnelles au logement. En 2009 toutefois, le taux de revalorisation de ces aides devrait être supérieur à 3 %, ce qui correspond à une dépense supplémentaire de 435 millions d'euros.

**C.– LES CAISSES D'ALLOCATIONS FAMILIALES SONT ENGAGÉES DANS
UNE DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LEUR PERFORMANCE**

1.– La performance passe par la mise en place de nouvelles pratiques

L'amélioration de la gestion est devenue un enjeu pour les caisses d'allocations familiales (CAF). Plusieurs initiatives ont été engagées pour réduire les coûts.

L'utilisation des nouvelles technologies, comme la numérisation des courriers, constitue un premier outil. La création d'une plate-forme téléphonique, en apportant des gains de productivité, permet aussi d'améliorer le service rendu à l'utilisateur. Seuls 30 % des appels aboutissent ainsi à un opérateur, ce qui permet de réduire le personnel affecté cette mission, et 70 % des appels trouvent satisfaction *via* le filtre mis en place. Le développement des sites Internet s'inscrit dans la même logique.

La principale source de gains de productivité réside dans les mutualisations, qui permettent des économies d'échelle. À titre d'exemple, un centre régional de ressources pour la région Languedoc-Provence a été mis en place pour maximiser les économies d'échelle. La prise en charge par une CAF d'une fonction support pour l'ensemble des caisses de la région peut ainsi permettre d'obtenir une mutualisation sans création d'une nouvelle structure.

2.- L'amélioration de la gestion se traduit par la maîtrise des dépenses de fonctionnement et notamment de personnel

Les efforts de gestion se traduisent par une maîtrise des coûts de fonctionnement des CAF. Entre 2002 et 2007, ceux-ci ont augmenté de 2,6 % comme le montre le tableau ci-dessous. Cette faible évolution masque des variations importantes liées aux développements de programmes immobiliers.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES NETTES DE GESTION ADMINISTRATIVE DE LA BRANCHE FAMILLE ENTRE 2003 ET 2006

(en millions d'euros)

	2003	2004	2004/ 2003	2005	2005/ 2004	2006	2006/ 2005	2007	2007/ 2006
Total net (Champs LFSS) ⁽¹⁾	1 603	1 680	4,8 %	1 563	-7,0 %	1 622	3,8 %	1 644	1,4%

(1) Ce total est net des recettes dégagées par la CNAF.

Source : caisse nationale des allocations familiales

Les dépenses de personnel sont maîtrisées. Après une hausse de 1,5 % en 2005, elles ont augmenté de 0,4 % en 2006 et de 1,8 % en 2007. Outre la modération salariale, le non-remplacement de 30 % des départs en retraite entre 2005 et 2008 permet de contenir les dépenses de personnel, comme le montre le tableau ci-dessous.

OBJECTIFS D'EFFECTIFS EN TERMES D'ETP BUDGÉTAIRES FIXÉS PAR LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION 2005-2008

	2005	2006	2007	2008	Total COG
Départs en retraite	462	808	869	855	2 994
Embauches	462	508	569	555	2 094
Solde	0	300	300	300	900
Taux de non-remplacement	0 %	37 %	35 %	35 %	30 %

Source : caisse nationale des allocations familiales

L'effectif de la branche passerait de 25 950 en 2005 à environ 25 000 en 2008.

3.- L'amélioration de la gestion est d'autant plus nécessaire que les CAF gèrent le service de prestations pour le compte de tiers, et notamment de l'État

Les CAF assurent le service du revenu minimum d'insertion (RMI) pour 6 milliards d'euros, de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 5,5 milliards d'euros et des allocations logement pour 10 milliards d'euros, en particulier l'allocation de logement à caractère social (ALS) et l'aide personnalisée au logement (APL).

Les CAF vont également gérer le service du revenu de solidarité active (RSA). La charge qui en résultera nécessitera 2 000 équivalents temps plein (ETP). Elle induira des frais de gestion liés notamment à l'inscription dans les fichiers des CAF de 800 000 nouvelles personnes non bénéficiaires et à l'instruction de nouveaux dossiers. Une compensation de l'État de 100 millions d'euros est prévue en loi de finances initiale pour 2009.

III.- LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE PASSERA PAR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOI DES SENIORS

L'année 2008 a été marquée par le rendez-vous des retraites prévu par la loi du 21 août 2003 portant réforme des régimes de retraite.

Dans la continuité de la loi du 21 août 2003, la durée d'assurance pour bénéficier d'une pension de retraite à taux plein a été majorée d'un trimestre par an pour atteindre 41 annuités au 1^{er} janvier 2012. Le dispositif de départ anticipé pour carrières longues est maintenu et l'objectif d'une pension à 85 % du SMIC net pour une carrière complète est reconduit jusqu'en 2012. Leurs modalités sont toutefois adaptées. Le principe d'un redéploiement des cotisations chômage vers la branche vieillesse en cas d'amélioration durable de la situation financière de l'Unedic est en outre admis.

En second lieu, l'accent est porté sur l'emploi des seniors. Le présent projet de loi met en œuvre diverses dispositions le favorisant. Ce point est présenté par le Gouvernement comme la clef du redressement des comptes de la branche. À l'automne 2007, diverses mesures ont déjà été prises, telles la suppression de la contribution Delalande ou la création d'un contrat à durée déterminée spécifique aux salariés âgés. **Votre Rapporteur pour avis remarque que le développement de l'emploi des seniors ne saurait être réalisé avec succès sans une réflexion sur la pénibilité au travail et l'organisation du travail dans les entreprises.** Il apparaît en effet nécessaire que, suivant l'exemple des pays scandinaves, les postes de travail soient adaptés de façon à valoriser les compétences des salariés de plus de 55 ans tout en prenant en compte les contraintes qui sont les leurs.

Enfin, les engagements du Président de la République en faveur des petites pensions trouvent également dans le présent projet de loi une traduction. La revalorisation du minimum vieillesse, des petites pensions agricoles et la hausse du taux de réversion de 56 % à 60 % pour le régime général et les régimes alignés entraînent une dépense supplémentaire de l'ordre de 400 millions d'euros à horizon 2010. Par ailleurs, le présent projet de loi prévoit, à l'article 54, que la revalorisation des pensions intervienne le 1^{er} avril de chaque année, de manière à mieux prendre en compte l'évolution du niveau général des prix.

Les économies réalisées par la réforme des régimes spéciaux de l'automne 2007

Les régimes spéciaux de retraite, notamment de la SNCF et de la RATP, ont été alignés sur le régime de la fonction publique.

Les économies réalisées s'établiraient à 500 millions d'euros cumulés d'ici à 2012, dont 300 millions pour la SNCF, puis à 500 millions par an à partir de 2012. Le rythme de déploiement de la réforme est identique à celui adopté en 2003 pour l'évolution du régime des pensions de la fonction publique.

En contrepartie, des avantages salariaux ont été accordés dans les différentes entreprises, pour un montant estimé à 100 millions d'euros.

La bonne réalisation des mesures adoptées en 2008 ainsi que la vérification des hypothèses de croissance pour la période 2009-2011 conduirait à la trajectoire suivante des comptes.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	85,7	89,8	95,3	101,7	108,4	112,8
Dépenses	90,3	95,6	100,3	105,3	110,1	115,1
Total	-4,6	-5,8	-5	-3,6	-1,7	-2,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	169	175,7	183,3	192,9	202,5	210,1
Dépenses	172,9	181,2	190,3	198,6	206,8	214,9
Total	-3,9	-5,5	-7	-5,7	-4,3	-4,8

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

A.— LA BRANCHE VIEILLESSE RESTE EN DÉFICIT STRUCTUREL

1.— Les comptes de la CNAV sont en situation de déficit structurel en raison du « papy-boom »

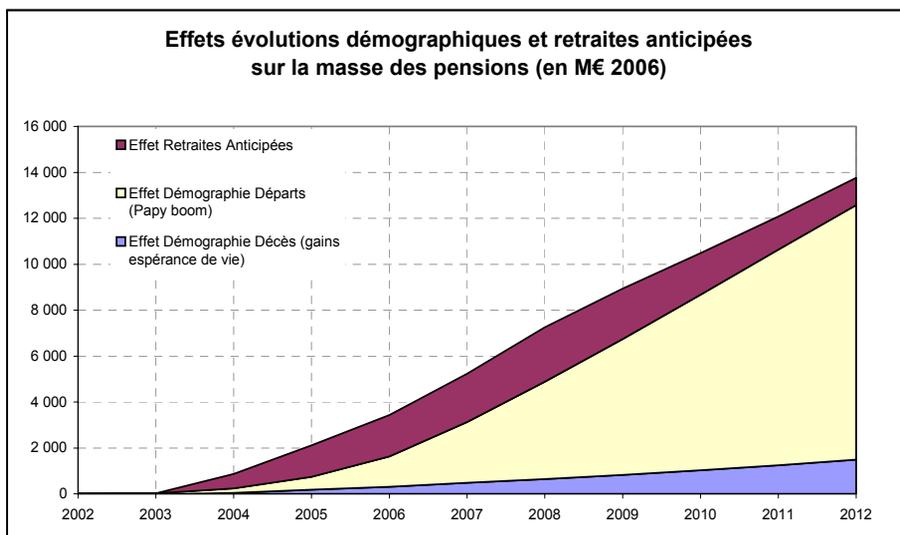
Le déficit structurel de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV) est dû à deux phénomènes d'importance inégale.

Le premier est l'arrivée à l'âge de la retraite, à partir de 2006, des générations nées après la seconde guerre mondiale, phénomène identifié sous les termes « papy boom ». L'incidence de l'évolution démographique sur la dégradation des comptes de la branche est évaluée à près de 11,1 milliards d'euros en 2012, soit 14 % de la masse des pensions prévues pour 2012.

Le second est l'allongement de l'espérance de vie, qui, conjugué à un âge de départ en retraite relativement constant, augmente la durée de versement des prestations. Les gains d'espérance de vie permettront de réduire de plus de 50 000 le nombre de décès enregistrés à l'horizon 2012. Au-delà de cet écart annuel de décès, c'est l'ensemble de la population des retraités qui bénéficiera de l'allongement de l'espérance de vie à 60 ans entre 2002 et 2012, allongement qui atteindra un an et demi pour les hommes et un peu plus d'un an pour les femmes. L'impact de ce phénomène en 2012 sur les comptes de la CNAV est évalué à 1,5 milliard d'euros.

Parallèlement à ces facteurs démographiques, la mesure de départ en retraite anticipée a une incidence forte sur les flux de départs et la masse des pensions servies sur 2004-2012. Le dispositif a engendré en 2004 un nombre de départs supplémentaires d'environ 100 000 assurés, anticipant de 2 ans l'impact du papy boom attendu en 2006 avec l'arrivée à l'âge de 60 ans de la génération 1946. En effet, hors mesure de retraite anticipée, le flux de nouveaux prestataires serait passé de 575 000 départs en 2005 à plus de 670 000 en 2006.

Le surcoût de 14 milliards d'euros en 2012 se décompose donc en 1,2 milliard d'euros au titre des retraites anticipées, 11,1 milliards d'euros au titre du papy boom et enfin 1,5 milliard d'euros lié aux gains d'espérance de vie. Jusqu'en 2006, ce sont les retraites anticipées qui sont le premier facteur de déficit. À partir de 2007, c'est le papy boom qui devient le facteur prépondérant, comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : caisse nationale d'assurance vieillesse

2.– La prévision de déficit pour 2009 suppose la réalisation d'un redressement de 2,2 milliards d'euros par rapport à la tendance

En 2009, l'ensemble des dépenses de la branche vieillesse s'établit à 190 milliards d'euros. Le déficit de la branche s'élève à 7 milliards d'euros, contre 5,6 milliards en 2008. Le solde du régime général devrait toutefois s'améliorer de 700 millions d'euros, à 5 milliards.

Le redressement visé par rapport à la tendance d'accroissement du déficit s'établit à 2,2 milliards d'euros, hors reprise de dettes. Il serait rendu possible par des mesures concernant les recettes, notamment l'augmentation des cotisations vieillesse en contrepartie de la baisse des cotisations chômage, pour 1,8 milliard d'euros. Par ailleurs, **l'article 70** du présent projet de loi prévoit que la branche vieillesse se voie allégée du financement des majorations de pensions de 10 % pour les assurés ayant élevé au moins 3 enfants. Cet avantage familial de retraite est pris en charge progressivement par la branche famille jusqu'en 2011 où elle assumera 100 % de la dépense. Pour 2009, 400 millions d'euros sont ainsi économisés sur les comptes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ce surplus est transféré à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) par une modification de la clé de répartition du prélèvement social de 20 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

La dégradation continue du solde de la branche vieillesse explique l'adoption de mesures permettant de limiter à la marge la dynamique de la dépense à long terme. Ces mesures sont couplées aux revalorisations des faibles pensions promises par le Président de la République.

3.– Le développement de l'emploi des seniors trouve une traduction dans le présent projet de loi

Le taux d'emploi des 55-64 ans s'établit, en 2007, à seulement 38,3 %, en hausse de 0,2 point par rapport à 2006, mais à un niveau stable par rapport à 2000. Le taux d'emploi sous-jacent, c'est-à-dire indépendant des déformations démographiques que subit la classe d'âge, augmente d'un point.

Pour remédier à cette situation, le plan national d'action concertée pour l'emploi des seniors mis en place pour la période 2006-2010 a pour objectif le relèvement du taux d'activité des plus de 50 ans et pour ambition prioritaire de concourir à une augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans de l'ordre de deux points par an sur la période afin d'atteindre un taux de 50 % à l'horizon 2010.

Le présent projet de loi prévoit plusieurs mesures s'inscrivant dans la continuité du plan pour l'emploi des seniors 2006-2010.

L'article 58 dispose que des négociations sur l'emploi des plus de 55 ans doivent être menées dans les entreprises. En leur absence, les entreprises de plus de 50 salariés devront acquitter une pénalité dont le montant est fixé à 1 % des rémunérations versées. Les règles de cumul, **à l'article 59**, sont assouplies. **À l'article 60**, le taux de surcote est relevé à 5 % pour l'ensemble des années supplémentaires de cotisation. Aux **articles 61 et 62** enfin, les mises à la retraite d'office et, dans la fonction publique, les clauses « couperets » sont supprimées.

4.– Des mesures de revalorisation pour les petites pensions sont prises conformément à l'engagement du Président de la République

Le présent projet de loi prévoit deux mesures de revalorisation mettant en œuvre un engagement du Président de la République.

D'une part, il garantit un montant minimum de retraite, proportionnel à la durée de cotisation, pour les retraités de l'agriculture ne percevant pas plus de 750 euros par mois. Le coût de cette mesure, prévue à **l'article 53**, s'établit à 118 millions d'euros en 2009.

Le présent projet de loi prévoit, d'autre part, à **l'article 52**, que le taux des pensions de réversion servies aux veuves et veufs disposant de faibles pensions soit augmenté, de 54 % à 60 %, à compter du 1^{er} janvier 2010, pour le régime général et les régimes alignés. Les bénéficiaires doivent être âgés de plus de 65 ans, avoir liquidé l'ensemble de leurs avantages personnels de retraite et ne pas percevoir, au titre de ces avantages, un montant supérieur à 800 euros mensuels. Le coût de cette mesure est évalué à 200 millions d'euros en 2010, 215 millions en 2011 et 220 millions en 2012. Elle devrait concerner 630 000 personnes. Parallèlement, la condition d'âge pour bénéficier de la pension de réversion est rétablie – elle sera portée à 55 ans par décret – et les pensions provenant des régimes complémentaires légalement obligatoires sont désormais prises en compte dans le calcul des ressources des intéressés.

5.– Les effets pervers de la majoration du minimum contributif sont corrigés

L'augmentation du minimum contributif depuis 2004 est due à l'objectif fixé par la loi du 21 août 2003. Celle-ci prévoit en effet qu'un pensionné ayant réalisé une carrière complète puisse recevoir une pension égale à 85 % du SMIC net. Dans le même temps, elle crée un minimum contributif majoré afin de mieux valoriser les périodes travaillées.

Au 31 décembre 2007, 1,1 million de pensionnés de la CNAV bénéficient de la majoration du minimum contributif. Le flux des attributions de majorations est estimé à 300 000 en 2007, soit environ 40 % des pensions liquidées. Il représente près de 98 % de l'ensemble des attributions du minimum contributif en 2007.

Entre 2004 et 2008, la hausse du minimum contributif a engendré un surcoût cumulé de 140 à 185 millions d'euros, pour une dépense totale de l'ordre de 5 milliards d'euros. Dans son rapport de septembre 2008 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, la Cour des comptes a relevé que 30 % des ménages bénéficiant du minimum contributif perçoivent une retraite de plus de 1 400 euros mensuels. Cette situation est due à l'impact des retraités polypensionnés ayant effectué une carrière complète, qui bénéficient de pensions provenant de divers régimes. Si celle perçue au titre du régime général est inférieure au seuil du minimum contributif, ces personnes ont droit à la majoration du minimum contributif.

Pour supprimer cet effet pervers du dispositif, **l'article 55** du présent projet de loi prévoit la prise en compte de l'ensemble des pensions perçues pour obtenir le bénéfice contributif. Du fait des délais nécessaires aux échanges d'informations entre régimes de retraites, cette mesure entre en application au 1^{er} janvier 2010. Par ailleurs, la majoration est ciblée sur les assurés ayant une durée de cotisation minimale fixée par décret.

Par ailleurs, une durée minimale de cotisation pour pouvoir bénéficier de la majoration du minimum contributif sera instituée. Elle devrait être fixée à 30 ans. Ce seuil est destiné à mieux valoriser les carrières longues, conformément au but initial de la mesure.

Ces deux mesures devraient permettre une économie de l'ordre de 50 millions d'euros par flux annuel de nouveaux pensionnés.

Dans le même temps, l'objectif d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net, fixé par l'article 4 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, est reconduit jusqu'en 2012.

6.– Le poids du dispositif de départs anticipés pour carrières longues devrait s'atténuer

Dans un souci d'équité, la loi n° 2003-75 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a ouvert, à compter du 1^{er} janvier 2004, des droits à une retraite anticipée avant 60 ans pour les salariés ayant commencé à travailler entre 14 et 16 ans, sous conditions. Cette possibilité a été progressivement élargie aux fonctionnaires entre 2005 et 2008 tandis qu'un dispositif analogue existe depuis le 1^{er} juillet 2004 pour les assurés handicapés.

Le départ anticipé de ces personnes représente une dépense anticipée pour la branche vieillesse qui liquide prématurément ces pensions. Le coût de la mesure est fortement croissant les premières années, dans la mesure où les bénéficiaires restent en moyenne deux ans dans le dispositif, comme le montre le tableau ci-dessous.

NOMBRE DE DÉPARTS ANTICIPÉS ET LEUR COÛT ENTRE 2004 ET 2008

(montants de dépenses en millions d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	Total
Nombre de départs anticipés	112 200	100 700	107 300	117 800	109 000	547 000
Dépense induite	565	1 300	1 800	2 100	2 300	8 065

Source : caisse nationale d'assurance vieillesse

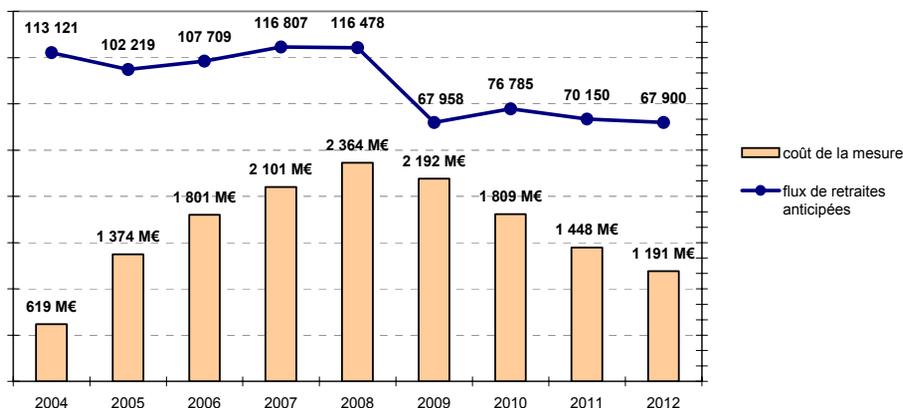
Deux évolutions viennent atténuer le coût de cette réforme.

En premier lieu, le passage à 41 années de cotisations pour l'obtention d'une retraite à taux plein a conduit le Gouvernement à préciser les règles de calcul des retraites anticipées au moment de l'allongement progressif de la durée de cotisation. À compter du 1^{er} janvier 2009, la durée de cotisation prise en compte pour bénéficier du dispositif sera celle de l'année des 60 ans du salarié. En raison de cette interprétation, le poids représenté par le dispositif à destination des carrières longues devrait s'atténuer à partir de 2009, avec une moyenne de 70 000 bénéficiaires par an, soit une diminution d'environ un quart par rapport aux prévisions initiales.

En second lieu, le présent projet de loi propose, à l'article 56, de ne plus prendre en compte les trimestres achetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplètes pour l'ouverture des droits à la retraite anticipée.

À horizon 2012, le coût de cette réforme devrait s'établir à 1,2 milliard d'euros, contre 2,3 milliards en 2008, comme le montre le graphique ci-dessous.

NOMBRE DE DÉPARTS ANTICIPÉS ET LEUR COÛT ENTRE 2004 ET 2012



Source : caisse nationale d'assurance vieillesse

B.- LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE VOIT SA SITUATION FINANCIÈRE SE DÉGRADER FORTEMENT EN 2009

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est chargé de servir des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale. Sa structure financière est très fluctuante, tant en termes de recettes qu'en termes de dépenses.

Le fonds bénéficie d'une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) qui constitue 80 % de ses recettes, et dont le rendement est étroitement corrélé à la progression de la masse salariale, ainsi que d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), qui dépend du rendement global de la contribution et de sa répartition entre ses différents tributaires. Il reçoit également une fraction du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, une contribution de la CNAF au titre de la prise en charge des majorations de pensions pour enfants, ainsi que le produit de ses propres placements. Enfin, depuis la loi du 21 août 2003, il est le destinataire du produit de la contribution à la charge des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité et de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies.

S'agissant de ses dépenses, le fonds finance :

- les diverses allocations constitutives du minimum vieillesse, qui sont remplacées progressivement par une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), qui représentent 19 % de ses charges totales ;

- les majorations de pension pour enfants ou conjoint à charge, qui constituent 28 % des dépenses du fonds. Les majorations de pensions pour enfant sont transférées progressivement à la branche famille d'ici 2012 ;

– les cotisations prises en charge au titre de périodes de chômage, de préretraite et de diverses autres périodes spécifiques, validées gratuitement par certains régimes de base d'assurance vieillesse, et qui représentent près de la moitié des dépenses du fonds ;

– et enfin, depuis 2001, les cotisations de retraite complémentaire au titre des périodes de préretraite et de chômage indemnisées par l'État. Ces dernières dépenses sont elles aussi très dépendantes de la conjoncture économique.

Ses comptes sont retranscrits dans le tableau suivant.

PRÉVISIONS POUR LES EXERCICES 2008 ET 2009

(en millions d'euros)

	2008	2009
Charges		
Prise en charge de cotisations	7 486	7 847
Prise en charge de prestations	6 785	6 850
– au titre du minimum vieillesse	2 734	2 629
– au titre des majorations de pensions	4 051	4 221
Autres charges	169	170
Produits		
Cotisations, impôts et produits affectés	12 931	11 186
CSG	11 547	9 527
C.S.S.S.	800	1 500
Contributions des articles L.137-10 et L.137-11 du CSS (loi retraite de 2003)	28	28
Prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital	556	130
Autres produits	2 411	2 929

Source : direction de la sécurité sociale.

COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)	2011 (p)	2012 (p)
Recettes	14,5	15,3	14,1	14,3	14,8	15,3
Dépenses	14,4	14,4	14,9	15,1	15,2	15,3
Total	0,2	0,9	-0,8	-0,8	-0,4	0

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe B.

1.– Les comptes du FSV se dégradent fortement en 2009 en raison du transfert d'une partie de ses ressources de CSG à la CADES

La progression soutenue de la contribution sociale généralisée (CSG), conjuguée à la baisse des effectifs de chômeurs pris en charge, est à l'origine de la réduction du déficit du fonds entre 2006 et 2008. Du fait de cette tendance, le fonds dégage un excédent de 151 millions d'euros en 2007 et 911 millions d'euros en 2008 selon les chiffres prévisionnels. La dette accumulée au 31 décembre 2008, d'un montant de 3,9 milliards d'euros, est en outre reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Pour 2009 en revanche, un déficit de 752 millions d'euros est prévu alors que les comptes tendanciels dégagent un excédent de 1,3 milliard d'euros.

Cette forte chute du solde est due au transfert de 0,2 point de contribution sociale généralisée (CSG) à la CADES, dans le but de financer la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV. Ce transfert représente une perte de 2,3 milliards d'euros pour le fonds.

Le transfert des majorations de pension de 10 % pour les assurés ayant élevé au moins trois enfants à la branche famille se traduit par un léger gain pour le fonds. Le taux de prise en charge par la branche famille passe de 60 % à 70 % en 2009, 85 % en 2010 et 100 % en 2011. La diminution des dépenses pour 2009 atteint 460 millions d'euros. La diminution de la ressource du fonds, compensant cette baisse de charge, entraîne une perte de 380 millions d'euros. Dès 2009, la clé de répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement est modifiée. La part de la CNAV passe de 15 % à 30 % tandis que celle du FSV passe de 20 % à 5 %. Au total, cette évolution se traduit, en 2009, par un gain net de 80 millions d'euros pour le fonds.

Le retour à l'équilibre du fonds est prévu pour 2012. À cette date toutefois, il aura accumulé une dette de l'ordre de 2 milliards d'euros.

2.– La mise en œuvre de l'ASPА accompagne la revalorisation du minimum vieillesse

L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 a simplifié le dispositif du minimum vieillesse en instaurant une prestation unique, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPА), prévue par l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale. Cette prestation fusionne toutes les anciennes allocations du minimum vieillesse, dont l'allocation supplémentaire (ASV) et s'y substitue pour les nouveaux bénéficiaires.

Comme l'ASV, l'ASPА permet d'atteindre le seuil du minimum vieillesse. Elle est soumise à conditions de ressources et il faut pour en bénéficier résider en France. Son montant varie selon le nombre de bénéficiaires au sein d'un ménage. Toutefois, la notion de couple marié qui prévaut pour l'ASV est élargie aux couples pacés ou concubins pour l'ASPА.

L'ASPА, comme les autres allocations du minimum vieillesse, est financée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) mais versée par les caisses de retraite. Dans le cas d'une personne ne percevant aucune pension, c'est le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPА)⁽¹⁾ qui lui verse l'ASV.

(1) Depuis janvier 2007, le SASPА a remplacé le service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASV).

Le décret d'application de la réforme du minimum vieillesse est paru le 13 janvier 2007. Ainsi, en 2007 les nouveaux allocataires du minimum vieillesse se sont vus attribuer une ASPA. Celle-ci devrait donc remplacer progressivement les anciennes prestations, à mesure que le stock d'allocataires s'éteint.

Au 31 décembre 2007, environ 32 000 personnes bénéficiaient de l'ASPA. En prenant en compte le stock des prestations amenées à disparaître, plus de 588 500 personnes percevaient, à cette date, une allocation permettant d'atteindre le minimum vieillesse. La baisse des effectifs atteint 1,8 %. Elle se stabilise autour de 2 % pour la quatrième année consécutive après des diminutions annuelles moyennes de 4,7 % entre 1983 et 2003.

Après deux hausses de 1,1 % et 0,8 % intervenues aux 1^{er} janvier et 1^{er} septembre 2008, **l'article 51** du présent projet de loi prévoit une revalorisation du minimum vieillesse de 6,9 % au 1^{er} avril 2009. Cette hausse s'inscrit dans l'objectif d'augmenter de 25 % entre 2007 et 2012 le minimum vieillesse pour les personnes seules. Elle implique un coût de 72 millions d'euros en 2009. La dépense supplémentaire serait du même ordre en 2010 et 2011. Ce coût supplémentaire est dû à la revalorisation profitant aux bénéficiaires actuels mais également à l'entrée dans le dispositif de nouveaux bénéficiaires en raison de la hausse des plafonds. Ainsi, en 2009, l'augmentation des montants des prestations versées, à 8 %, serait plus forte que la revalorisation.

C.- LA PERFORMANCE DU FONDS DE RÉSERVE DES RETRAITES PÂTIT À COURT TERME DE LA CRISE FINANCIÈRE

Mis en place au sein même du FSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de constituer des réserves financières avant de les reverser progressivement aux régimes de retraite à partir de 2020, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est devenu autonome le 1^{er} janvier 2002 et a vu ses missions s'élargir en 2005, avec la gestion de 40 % de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) qui lui a été confiée.

Malgré la diversité des recettes affectées au fonds, prévues à l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, seul le prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement constitue une ressource pérenne, 65 % de son produit étant transféré au fonds.

La situation financière de la branche retraite qui a prévalu ces dernières années a conduit le fonds à ne plus compter sur les éventuels excédents du FSV et de la CNAV dont il est affectataire. De la même manière, aucun versement en provenance de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), dont une partie peut être affectée au fonds, n'est intervenu depuis 1999. Le produit des privatisations, qui, aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, pouvait lui être affecté, n'a pas plus complété la dotation du fonds.

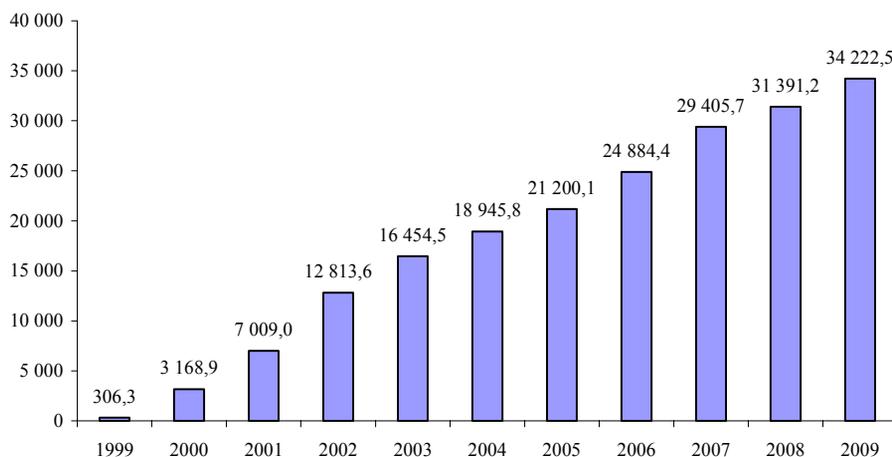
Des recettes supplémentaires, à faible rendement, ont été transférées au fonds par la loi n° 2001-152 du 19 février 2001 sur l'épargne salariale et plus récemment, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui fait du fonds l'affectataire des avoirs des contrats d'assurance-vie tombés en déshérence, pour lesquels aucune recette n'est d'ailleurs à attendre pour 2008.

Enfin, outre l'affectation possible au fonds de recettes ponctuelles – par exemple le produit de la vente des licences UMTS ou de la vente des actifs des caisses d'épargne –, le fonds bénéficie surtout du produit de ses propres placements.

Au total, hors soulte et hors plus-values latentes, le fonds gère, en 2008, 31,4 milliards d'actifs. La progression a été continue depuis 1999 comme le montre le graphique ci-dessous.

**ÉVOLUTION DU SOLDE CUMULÉ DU FRR
(hors soulte IEG et hors plus values latentes)**

(en millions d'euros)



Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

1.– La nécessité d'apprécier sur le long terme la performance du FRR fait relativiser les pertes récentes

Le FRR a pâti de la récente chute des marchés actions. Au 20 septembre 2008, la valeur de ses actifs avait perdu 11 % par rapport au début d'année. Cette forte baisse est due à la baisse d'environ 25 % de la valeur des actions détenues par le fonds.

Depuis 2004, la performance du FRR s'établit à environ + 4 % par an, ce qui correspond au coût du capital. Le fonds n'a donc pas créé de valeur depuis cette date. L'horizon d'investissement du FRR est cependant plus lointain dans la

mesure où les premiers décaissements ne devraient pas être opérés avant 2020. La performance du FRR ne saurait donc être évaluée au regard des seules circonstances de l'année 2008. Le tableau ci-dessous met en évidence les fortes variations auxquelles est soumise la performance du fonds d'une année sur l'autre.

PERFORMANCE DU FONDS DEPUIS 2004

(en pourcentage)

	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)
Performance annuelle	15,7	12,4	11,2	4,8	-12	6,3
Performance annualisée depuis 2004	15,7	15,6	10,5	8,8	4,1	4,5

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

Il convient de noter par ailleurs que la répartition des actifs du fonds tend à le protéger de variations trop brusques de sa performance. Si 60 % de ses actifs sont investis en actions, 30 % sont investis en obligations et 10 % concernent les investissements alternatifs, notamment dans les sociétés non cotées. Cette diversification conduit à réduire le risque auquel est exposé le FRR. Celui-ci n'utilise pas non plus les techniques les plus risquées d'investissement. Il n'investit pas dans les *hedge funds* ni n'utilise les techniques à effet de levier.

2.– Des voies d'évolution sont à explorer pour adapter le fonds aux défis actuels

Le FRR constitue un instrument original affecté au financement futur des régimes de retraite. Du fait de cette mission, il a été doté d'un mandat et d'une structure adaptés. Il est en effet chargé d'obtenir un rendement satisfaisant sur les fonds investis, tout en limitant le risque pris. Dans cette optique, il investit sur des critères purement financiers, sans préoccupation de politique industrielle. Par ailleurs, son conseil de surveillance comprend des représentants des partenaires sociaux, sur le modèle des caisses de sécurité sociale. Le FRR est donc un outil qui s'inscrit dans le modèle classique de la sécurité sociale et dont la mission ne dépasse pas l'horizon de financement futur des régimes de retraite.

Toutefois, en raison des atouts qu'il possède – savoir-faire et réserves d'actifs notamment –, on ne saurait faire l'économie d'une réflexion sur son évolution possible, en lien avec les nouveaux défis apparus à la faveur de la crise financière.

Ainsi, lors de son discours d'Annecy du 23 octobre 2008, le Président de la République a annoncé la création d'un fonds d'investissement dessiné sur le modèle des fonds souverains. Géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), sous la surveillance du Parlement, il serait chargé de prendre des participations dans certaines sociétés cotées, dans une optique de politique industrielle. Il a été précisé que ses ressources proviendraient principalement de la CDC mais qu'elles pourraient être complétées par d'autres ressources publiques ou privées. Dans la perspective de la création de ce nouveau fonds, il pourrait être envisagé, sous réserve de l'accord des partenaires sociaux, qu'une partie des

réserves du FRR lui soit affectée. Cette option présente en effet l'avantage de joindre, à l'objectif de valorisation du capital que poursuit le FRR, un objectif de politique industrielle dont l'importance a été réaffirmée par le Président de la République.

Par ailleurs, au cours de son audition par votre Rapporteur pour avis, le président du conseil de surveillance du FRR a évoqué les problèmes qui entravent l'action du fonds. La répartition des compétences entre conseil de surveillance, qui décide de la politique d'allocation d'actifs, et directoire, qui met en œuvre ces orientations et choisit les moyens pour atteindre les objectifs fixés, ne faciliterait pas la bonne gestion des réserves. A cet égard, sous réserve de l'accord des partenaires sociaux, une évolution de la structure vers la concentration de ces deux tâches dans un même organe pourrait être envisagée.

3.- Quelles perspectives de versements aux régimes de retraite à partir de 2020 ?

La perspective de 2020 reste éloignée au regard des points à l'ordre du jour du rendez-vous de 2008.

Des travaux de projection, récapitulés dans le tableau suivant, ont été toutefois réalisés par le conseil d'orientation des retraites (COR) concernant l'évolution des réserves du FRR, selon trois hypothèses distinctes quant au niveau du chômage. Ces projections postulent qu'aucune ressource exceptionnelle nouvelle n'est affectée au fonds sur la période.

RÉSERVES DU FRR À HORIZON 2020

Nature des réserves	Taux de chômage se stabilisant à partir de 2015 à		
	4,5 %	7 %	9 %
Excédents CNAVTS	8	7	6
Excédents FSV	48	15	0,3
2 % Patrimoine	29	28	28
Autres	7	7	7
Abondement total	92	56	41
Revenus financiers	36	28	26
Réserves en 2020	127	84	67
Réserves en 2020 (% PIB)	5,6	3,8	3,1

Source : conseil d'orientation des retraites

Dans l'hypothèse d'un abondement récurrent de recettes à hauteur de 1 milliard d'euros sur la période 2007-2020, le montant des réserves accumulées s'établirait à 127 milliards d'euros avec un taux de chômage à 4,5 %.

Le COR a ensuite posé quelques éléments de principe touchant aux opérations futures de décaissement des réserves du FRR. En se basant sur l'hypothèse initiale que les régimes sont équilibrés *in fine*, si nécessaire par une hausse des cotisations, le COR a considéré que la nécessité première était de prolonger la durée de décaissement du FRR sur une période de 2020 à 2040, voire 2050 (contre une période de 2020-2030 initialement prévue), ce qui a

conduit le fonds à adopter, lors de son conseil de surveillance du 16 mai 2006, une délibération tendant à allonger la durée de décaissement du FRR et par là même son horizon de placement à 2040.

En second lieu, le COR a rappelé que le FRR n'a pas vocation à dispenser les régimes des adaptations nécessaires en matière de recettes ou de dépenses, mais qu'il devait permettre à la fois de rendre ces adaptations plus progressives et d'éviter de reporter sur les générations futures des charges trop lourdes. Dans ces conditions, le FRR serait à même de couvrir les besoins complémentaires de ces régimes.

IV.- LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE DISPOSE DE CRÉDITS EN HAUSSE CONSTANTE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a pour mission l'accompagnement de la perte d'autonomie. Initialement cantonnée à l'accompagnement des personnes âgées, la CNSA a vu ses compétences s'élargir aux personnes handicapées par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La CNSA constitue un modèle original au sein de notre système de protection sociale. Structure essentiellement vouée à la collecte des ressources et à leur répartition optimale sur le territoire, elle joue un rôle éminent de pilotage de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie, tout en collaborant étroitement avec les collectivités locales et principalement avec les départements. Par ailleurs, son mode de construction progressif sous la forme d'un élargissement de ses missions à l'accompagnement des personnes handicapées, n'est pas étranger à l'émergence de ce que l'on appelle aujourd'hui « le risque dépendance ».

Votre Rapporteur pour avis estime que le développement de la politique de dépendance permet de faire évoluer la conception traditionnelle de la politique de la famille. La dépendance prouve en effet que la famille ne se réduit pas à l'enfant mais peut s'étendre à toutes formes de solidarité structurant le réseau familial. La prise en compte de ces évolutions sociales par le risque dépendance est à saluer.

A.— UN MODE DE FINANCEMENT ORIGINAL A ACCOMPAGNÉ L'ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DE LA CAISSE

1.— Le financement de la CNSA mêle affectation de taxes et dotations de l'assurance maladie

a) Les recettes propres de la CNSA ne représentent qu'un cinquième de son budget

La Caisse bénéficie d'une fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement et sur les jeux, qui constitue la ressource initiale de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Elle perçoit également la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), prélevée à hauteur de 0,3 % sur les revenus salariaux, ainsi que la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

Enfin, elle reçoit une participation des régimes d'assurance vieillesse qui financent à l'origine l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'affectation des recettes obéit à de strictes règles de répartition. Le tableau suivant indique la répartition prévisionnelle des ressources pour 2008.

DÉPENSES PRÉVISIONNELLES DE LA CNSA EN 2008

(en millions d'euros)

Dépenses	Prévision
Section I	14 174,0
Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	
Sous-Section I	7 712,9
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	
– Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 504,0
– Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24,0
– Agence nationale d'évaluation des états et serv. médico-sociaux	0,6
– Opérations diverses	22,1
– Résultat (excédent)	162,2
Sous-Section II	6 461,1
Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes	
– Remboursement aux régimes d'assurance maladie	6 237,0
– Agence nationale d'évaluation des états et serv. médico-sociaux	0,9
– Opérations diverses	25,6
– Résultat (excédent)	197,6
Section II	1 624,2
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	
– Concours versés aux départements (APA)	1 607,4
– Congé de soutien familial	0,5
– Opérations diverses	16,0
– Résultat (excédent)	0,2
Section III	641,8
Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	
– Concours versés aux départements (PCH)	556,5
– Concours versés aux départements (MDPH)	45,0
– Majoration AEEH (versement CNAF)	22,7
– Congé de soutien familial	0,5
– Opérations diverses	17,0
– Résultat (Excédent)	0,1
Section IV	101,5
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	
Sous-section 1	85,4
Personnes âgées	
– Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	55,0
– Plan métier	0,7
– Résultat (Excédent)	29,8
Sous-section 2	16,1
Personnes handicapées	
– Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	7,0
– Résultat (Excédent)	9,1
Section V	447,2
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	
Sous-section 1	324,9
Actions en faveur des personnes âgées	
– Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
– Charges prévisionnelles PAM 2006-2007	80,0
– Provisions PAI 2008 & régularisation PAM 2007	225,7
– Plan Alzheimer	9,2
Sous-section 2	122,3
Actions en faveur des personnes handicapées	
– Dépenses d'animation, prévention et études	10,0
– Charges prévisionnelles PAM 2006-2007	37,0
– Provisions PAI 2008 & régularisation PAM 2007	75,3
Section VI	14,4
Frais de gestion de la Caisse	
– Dépenses de fonctionnement CNSA	6,9
– Dépenses de personnel CNSA	7,3
– Excédent	0,2
TOTAL (hors transferts de section à section)	16 557,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 8

b) L'ONDAM médico-social assure 80 % du financement de la CNSA

Depuis 2006, la Caisse gère directement l'ONDAM médico-social, destiné au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées. L'intégration de ce volet de l'ONDAM s'explique par la forte intrication des compétences de la Caisse avec celles de l'assurance maladie : en effet, si c'est un nouveau champ qui est couvert par la CNSA, la dépendance, il est étroitement lié aux évolutions et aux enjeux mêmes de la branche maladie. Dès lors, l'isolement, au sein de l'ONDAM, d'un volet médico-social, s'avère particulièrement pertinent.

Pour 2009, le sous-objectif médico-social de l'ONDAM est fixé à 13,9 milliards d'euros. Le taux de croissance atteint 6,3 %, après 7,4 % réalisé en 2008 et 7,3 % en 2007. 6,2 milliards sont destinés aux personnes âgées et 7,7 milliards aux personnes handicapées.

2.– Initialement destinée aux personnes âgées, la Caisse a élargi ses missions aux personnes handicapées

Les dépenses de la Caisse concernent à 84 % le financement des établissements et services accueillant personnes âgées et personnes handicapées, le solde concernant principalement le financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Le tableau ci-dessous illustre cette situation.

DÉPENSES PRÉVISIONNELLES 2009

(en millions d'euros)

CHARGES	Prévision
Section I	
Financement des établissements	15 412,4
Sous-Section I	
Établissements et services accueillant des personnes handicapées	8 051,0
Sous-Section II	
Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes	7 361,3
Section II	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 648,7
Section III	
Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	645,6
Section IV	
Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation	90,7
Sous-section 1	
Personnes âgées	75,8
Sous-section 2	
Personnes handicapées	14,9
Section V	
Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	566,0
Sous-section 1	
Actions en faveur des personnes âgées	411,0
Sous-section 2	
Actions en faveur des personnes handicapées	155,0
Sections VI	
Frais de gestion de la Caisse	17,1
TOTAL	18 330,8

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, annexe 8

Les missions de la Caisse se sont progressivement élargies depuis 2004. Par ailleurs, les recettes obéissent à des règles strictes de répartition entre les différentes actions et prestations : à chaque dépense correspond une recette affectée.

La Caisse contribue au financement des établissements services médico-sociaux pour les personnes handicapées et les personnes âgées, grâce à l'affectation à cette section de la totalité de l'enveloppe médico-sociale, à laquelle s'ajoute une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Ces deux contributions constituent l'objectif général de dépenses (OGD) à ce titre.

En second lieu, la Caisse prête son concours aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), grâce à une fraction des produits de CSG et de CSA, ainsi que la participation des régimes d'assurance vieillesse.

Depuis 2006, la Caisse participe également au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), sous la forme du versement aux départements d'une fraction de ses recettes au titre de la CSA. Elle offre également aux MDPH une expertise et un conseil en permettant notamment la diffusion des bonnes pratiques.

Elle participe à la modernisation de l'aide à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, par le financement, grâce à une part des produits de la CSG et de la CSA, de la politique nationale de professionnalisation des intervenants de l'aide à domicile, de développement de la qualité des services et de promotion des actions innovantes.

Enfin, la Caisse finance :

- les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- une dotation à l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, prélevée sur l'objectif global de dépenses (OGD) ;
- des dépenses d'animation et de prévention en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- et le remboursement à la CNAF de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), et un remboursement à la CNAV pour la prise en charge de l'assurance vieillesse des personnes au titre du congé de soutien familial.

En outre, la Caisse est autorisée à financer sur ses excédents des investissements dans le secteur médico-social, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services médico-sociaux. Son objectif est d'assurer un montant annuel d'investissements de 250 millions d'euros.

La Caisse voit donc son rôle étendu à l'ensemble des aspects constituant la politique de développement du secteur médico-social.

Pour l'avenir, la CNSA voit dans le développement des aides techniques au sein de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) une « nouvelle frontière » qui assurerait de meilleurs services aux allocataires. Ces aides techniques consistent en l'aménagement des domiciles des bénéficiaires de l'APA. Elles permettraient le maintien à domicile de ces personnes. Le coût représenté par ces nouvelles prestations serait compris entre 500 millions et 1 milliard d'euros.

B.- LES PRÉCÉDENTS BUDGETS ONT ÉTÉ CARACTÉRISÉS PAR UNE SOUS-EXÉCUTION CHRONIQUE

Depuis la création de la Caisse, les dotations ouvertes pour les personnes âgées n'ont jamais été consommées intégralement. En 2008, la sous-exécution s'établit entre 500 millions et 550 millions d'euros, dans un ordre de grandeur proche des années précédentes.

Elle est due pour 375 millions d'euros à une sous-réalisation de l'objectif global de dépenses (OGD) par la sous-section finançant les établissements pour personnes âgées. Cette sous-exécution concerne également, en 2008, les personnes handicapées à hauteur de 150 millions d'euros. Après une sur-exécution de 50 millions d'euros en 2007, le taux de croissance de l'OGD s'élève en effet à 3,5 % en rythme annuel au premier semestre, pour une prévision de 7 %. Il pourrait s'agir d'un décalage dans les décaissements effectivement réalisés. Un rattrapage en fin d'année n'est pas à exclure.

Au cours de son audition par votre Rapporteuse pour avis, le directeur de la CNSA a avancé deux explications à cette situation.

D'une part, des décalages budgétaires existeraient en raison de l'obligation de disposer des crédits pour prendre un arrêté de création de places en établissement, alors que les crédits seront effectivement dépensés plus tard. Cette règle n'apparaît pas satisfaisante et pourrait acquérir la souplesse nécessaire au bon déroulement des plans d'investissement.

D'autre part, la mise en œuvre de la politique de médicalisation des établissements pour personnes âgées a connu des retards. Les difficultés de la première vague, entre 2005 et 2007, s'expliqueraient notamment par la complexité des répartitions de compétence entre conseils généraux, assurance maladie et État, qui a nécessité un temps d'adaptation. Par exemple, la rémunération des aides soignantes est assurée à 70 % par l'assurance maladie au titre du soin et à 30 % par les conseils généraux au titre de la dépendance, ce qui complexifie leur financement. Les difficultés de la seconde vague de modernisation, depuis 2006, seraient également liées à ces répartitions de compétence, qui nécessitent la signature de conventions tripartites entre État, conseils généraux et assurance

maladie. Les programmes de médicalisation entraînent en outre des actions de formation des médecins qui s'étalent dans le temps.

Ces sous-exécutions chroniques ont conduit à la formation d'excédents substantiels, de 130 millions d'euros en 2006, 300 millions en 2007 et 95 millions en 2008. Ceux-ci ont connu, jusqu'à présent, deux types d'affectations.

Ils ont contribué à financer des plans d'aide à l'investissement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et services médico-sociaux, pour 500 millions d'euros en 2006, 185 millions en 2007 et 300 millions en 2008.

Ils ont également fait l'objet de prélèvements destinés au financement de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, pour 200 millions d'euros en 2008 et pour un montant prévisionnel de 260 millions d'euros en 2009.

En 2009, un montant de 262 millions d'euros d'excédents devrait être affecté, pour la première fois, à des dépenses de fonctionnement des établissements et services pour personnes âgées. Les comptes prévisionnels pour 2009 prévoient toutefois un déficit de 540 millions d'euros.

C.- LE MAINTIEN À DOMICILE CONSTITUE LA « NOUVELLE FRONTIÈRE » DU RISQUE DÉPENDANCE

Deux axes structurent les évolutions actuelles de la politique de la dépendance pour les personnes âgées.

En premier lieu, le maintien à domicile apparaît comme la « nouvelle frontière » de la dépendance. Deux mesures sont envisagées pour le favoriser. D'une part, un déplafonnement de l'APA pour les personnes souffrant d'une dépendance élevée permettrait d'adapter les aides qui leur sont versées à leurs besoins. D'autre part, une meilleure indemnisation des aidants familiaux pourrait être mise en œuvre. L'APA prévoit un tel dispositif mais les financements afférents sont absorbés par les rémunérations aux aides ménagères. Au cours de son audition par votre Rapporteur pour avis, le directeur de la CNSA a également évoqué la création de nouvelles « aides techniques », dont le but serait de permettre notamment l'aménagement des appartements. Il évalue le coût de ces nouvelles aides entre 500 millions et un milliard d'euros.

Le maintien à domicile paraît d'autant plus nécessaire que, malgré les efforts réalisés, les établissements ne pourront satisfaire toute la demande. Des efforts sont toutefois poursuivis dans ce domaine. Outre la création de 7 500 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) prévue pour 2009, la convergence du taux d'encadrements soignants devrait permettre une amélioration de la médicalisation des établissements. Une tarification a été mise en œuvre à cet effet. La question du reste à charge, enfin, reste en suspens. Celui-ci s'élève à 1 600 euros mensuels en moyenne et à

2 200 euros en Île-de-France. Un redéploiement des aides pourrait être envisagé dans le but de le réduire.

Lors de son audition par votre Rapporteuse pour avis, le directeur de la CNSA a remarqué que, en ce qui concerne les personnes handicapées, l'enjeu du cinquième risque serait de ne pas considérer la loi du 11 février 2005 comme un aboutissement définitif. Un élargissement des missions, notamment en terme de services offerts, pourrait constituer une nouvelle frontière, qui doit se concilier avec la nécessité de maîtriser la dépense.

D.- LES CONTOURS DU CINQUIÈME RISQUE COMMENCENT À SE DESSINER

Au cours de ses auditions, votre Rapporteuse pour avis a tenté de tracer les contours ce qui pourrait devenir un cinquième risque. Le scénario le plus prévisible consisterait en la mise en place d'une complémentarité entre protection publique et assurance privée.

On peut anticiper une répartition du risque entre trois sources de financement :

– le financement public, qui permet une assurance au niveau collectif, devrait bénéficier des excédents de la branche famille, également convoités par la branche vieillesse, et par une éventuelle diminution des dépenses hospitalières en raison d'une meilleure articulation entre secteurs hospitaliers et médico-sociaux. À cet égard, la création des agences régionales de santé (ARS) devrait permettre de renforcer le pilotage de la dépense sur l'ensemble du parcours des patients.

Le risque dépendance et les futures agences régionales de santé

Les futures agences régionales de santé (ARS) auront un périmètre intégrant le secteur médico-social. À ce titre, elles devront jouer un rôle dans la construction d'une continuité dans la chaîne de prise en charge entre établissements de santé et secteur médico-social. À titre d'exemple, une sortie d'établissement de santé n'est souvent possible qu'à la condition d'une prise en charge spécifique, soit en établissement soit à domicile. Une continuité mieux assurée pourrait être source d'économies si elle permet une sortie plus rapide des établissements de santé.

Au cours de ses auditions, votre Rapporteuse pour avis a constaté qu'il existait le risque d'un détournement des moyens administratifs, au sein des ARS, de la sphère médico-sociale vers la sphère sanitaire. Ce risque devra être pris en compte au moment de la mise en œuvre du dispositif des ARS.

– l’assurance privée serait favorisée. Des pistes ont été dessinées pour la promouvoir, notamment la convergence des référentiels d’évaluation de la dépendance publics et privés. Cette solution s’applique aux personnes aujourd’hui relativement jeunes car l’assurance privée ne saurait couvrir des personnes déjà âgées. Son impact doit donc avoir lieu à horizon de 20 ans et représenterait probablement un coût pour les finances publiques. Des dispositifs d’incitation à la couverture par les assurances privées seraient vraisemblablement mis en œuvre, ce qui se traduirait par des dépenses fiscales.

– les personnes dépendantes devront enfin payer une partie des dépenses auxquelles elles font face. Une alternative pourrait être mise en place, entre, d’une part, une APA améliorée mais compensée par une participation sur le patrimoine et, d’autre part, une APA diminuée sans mise en jeu du patrimoine.

Le défi de ce cinquième risque serait également de préserver l’articulation entre droit universel et prestation personnalisée. La mise en place de la CNSA et des différentes allocations qu’elle offre a permis une avancée dans la conception de l’aide à l’autonomie. Il est aujourd’hui acquis qu’une même perte d’autonomie peut nécessiter une réponse différente, notamment en raison de l’âge du bénéficiaire. **Votre Rapporteuse pour avis rappelle que la détermination de prestations « sur-mesure » est l’originalité et la clé du succès de la politique de dépendance.**

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du 22 octobre 2008, votre Commission a procédé à l'examen, pour avis, de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n°1157).

Monsieur le président Didier Migaud. L'ordre du jour appelle la suite de l'examen de la seconde partie du projet de loi de finances pour 2009.

La commission des finances est, comme à son habitude, saisie pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. C'est donc le volet social de la programmation des finances publiques qui nous intéresse aujourd'hui.

Ma première observation sera pour souligner que ce sont les mêmes hypothèses macroéconomiques qui ont été retenues pour le cadrage pluriannuel des comptes sociaux et pour le budget de l'État et qu'elles sont donc soumises aux mêmes incertitudes.

La deuxième a trait aux exonérations de cotisations sociales, qui devraient s'élever à plus de 33 milliards d'euros en 2009. Elles continuent donc à croître puisqu'elles augmentent de 17 % sur deux ans. Il est essentiel que ces exonérations fassent l'objet d'une compensation intégrale aux régimes de sécurité sociale.

Si le projet de loi de programmation des finances publiques consacre une avancée importante qui devrait permettre de contenir la dynamique des exonérations de charges, force est de constater que la dette de l'État, à ce titre, est loin d'être éteinte : elle serait de 3,5 milliards en 2008, malgré l'opération d'apurement intervenue l'an passé.

La troisième observation, enfin, porte sur la dette de la sécurité sociale. Le PLFSS pour 2009 poursuit la clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale ; il faut s'en réjouir et saluer les efforts en ce sens du ministre des comptes publics. Toutefois, les transferts de dette qui seront opérés en 2009 ne règlent pas le problème du niveau atteint par la dette. La reprise par l'État de la dette du fonds de financement des prestations sociales agricoles – FFIPSA – a conduit à aggraver la dette publique de près de 1 milliard d'euros. Ce sont ainsi 27 milliards d'euros de déficits cumulés qui sont transférés en 2009 à la caisse d'amortissement de la dette sociale – CADES. C'est toute la question de la « soutenabilité » de la dette de la sécurité sociale qui doit, à un moment donné, être posée.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. C'est un texte volontariste que nous examinons aujourd'hui, puisqu'il prend la mesure des enjeux cruciaux qui sont ceux des comptes sociaux. Certes, il ne règle pas le problème structurel du retour à l'équilibre, à long terme, des comptes de la sécurité sociale,

d'autant plus qu'il intervient dans un contexte économique qui s'est dégradé depuis quelques mois, et plus encore depuis quelques semaines.

Il comporte toutefois des mesures importantes de redressement des comptes de la sécurité sociale, et cela, dès 2009, de même qu'il s'inscrit dans un cadre pluriannuel qui permet de définir une trajectoire de résorption des déficits à l'horizon de 2012.

En ma qualité de rapporteure pour avis, je ne m'attacherai pas à commenter en détail les dispositions prévues par le projet de loi : c'est là la mission de nos collègues de la commission des affaires culturelles. En revanche, il m'a semblé important de rendre compte à la commission des finances des évolutions qui affectent les comptes sociaux et, en regard, de présenter l'impact global sur les comptes des mesures contenues dans ce texte.

Je tiens auparavant à saluer les avancées permises cette année grâce au projet de loi de programmation des finances publiques, dont la discussion par notre assemblée a débuté cette semaine, et qui fixe, dans un cadre pluriannuel, des objectifs d'évolution des déficits et de la dette publique, par la fixation d'une norme de dépenses et d'une prévision d'évolution des recettes. Cette dernière intègre d'ailleurs un objectif de gel des niveaux atteints par les exonérations de cotisations et les niches sociales. C'est une bonne nouvelle pour les régimes de sécurité sociale qui accusent des pertes de recettes importantes à ce titre – pertes qui ne sont d'ailleurs par toujours compensées. Surtout, je me permets de rappeler qu'un tel cadrage pluriannuel existe, en matière de sécurité sociale, depuis la LOLFSS de 2005.

Une fois n'est pas coutume : on ne peut en effet que se réjouir de l'élargissement à l'ensemble des finances publiques d'une méthode dont les vertus ont pu être éprouvées pour les comptes de la sécurité sociale depuis trois exercices déjà.

La recherche d'une vision consolidée des comptes publics doit être une préoccupation constante, et ce projet de loi y contribue grandement.

Je parlerai, en premier lieu, de l'équilibre général et des recettes de la sécurité sociale.

Il faut tout d'abord reconnaître que la situation financière de nos comptes sociaux n'est pas bonne : le déficit du régime général s'établit en effet à 8,7 milliards d'euros cette année, ce qui est très lourd. En l'absence de mesures de redressement, il atteindrait 15 milliards d'euros en 2009, soit un niveau encore largement supérieur à celui de 1995. C'est à l'aune de ces prévisions, établies par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2008, que l'on doit juger de l'effort qui est fourni par le PLFSS. Et cet effort est conséquent.

L'ensemble des mesures prises dans ce texte permettra en effet de réduire le déficit du régime général de plus de 6 milliards d'euros !

L'effort de réduction des déficits est réparti équitablement entre la mise en place de recettes nouvelles et les mesures d'économies, et ce n'est pas la moindre vertu de ce texte.

Tout d'abord, en matière de recettes nouvelles, ce sont essentiellement les branches maladie et vieillesse qui en bénéficieront – on le comprendra aisément. Le projet de loi propose ainsi une majoration conséquente de la taxe sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires, dont le rendement est estimé à 1 milliard d'euros. Par ailleurs, 400 millions d'euros sont attendus de la mise en place d'un « forfait social », sous la forme d'une contribution patronale sur certaines niches sociales liées à l'intéressement et à la participation. Il faudra intégrer à nos réflexions l'évolution des structures de rémunération pour porter l'effort sur la sphère de rétribution globale, et pas simplement sur la part salariale, ce qu'esquisse le forfait social qui vous est soumis.

Le projet propose également de pérenniser la contribution acquittée par l'industrie pharmaceutique, le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires la concernant étant relevé à 1 %. Enfin, s'agissant de la branche vieillesse, les cotisations retraites seront relevées de 0,3 % en 2009.

La nécessité de réaliser des économies est centrale et, de ce point de vue, le projet de loi qui nous est aujourd'hui soumis s'y attache fortement. Le texte prévoit en effet 1,9 milliard d'euros d'économies pour la seule branche maladie du régime général. J'aurai l'occasion d'y revenir. C'est également en termes d'économies réalisées que l'on trouve, à mon sens, la mesure la plus vertueuse de ce PLFSS. Il s'agit, notre président l'a évoqué, de deux transferts de dettes, opérés parallèlement en PLF et en PLFSS. L'un concerne la suppression du FFIPSA et la reprise de sa dette, à hauteur de 7,5 milliards d'euros, par l'État. L'autre concerne le régime général et le fonds de solidarité vieillesse – FSV –, avec un transfert de leurs dettes respectives à la CADES, à hauteur de 27 milliards d'euros, sans prolongement de la durée de vie de la Caisse, et sans augmentation de la CRDS ou de la CSG – puisque le financement s'opère par un transfert de 0,2 point de CSG. Ces deux mesures phares permettront de réaliser une économie substantielle en termes de charges d'intérêt de 1,4 milliard d'euros au total, dont 1,1 milliard d'euros pour le seul régime général dont la trésorerie est gérée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale – ACOSS.

L'importance des déficits cumulés par la sécurité sociale m'a en fait conduit, dans le cadre de la préparation du rapport qui sera publié au début de la semaine prochaine, à établir un diagnostic sur la gestion de la trésorerie et le financement de la dette de la sécurité sociale. S'agissant de cette question de la dette et du coût de la trésorerie, on est là sur un risque endogène : c'est le risque dans le risque.

J'ai ainsi été amenée tout d'abord à constater l'étendue des progrès réalisés depuis la LOLFSS : nous sommes aujourd'hui informés tant de l'évolution du coût des exonérations de charges que de leur compensation, nous pouvons suivre la gestion de la trésorerie du régime général, ainsi que les modalités du financement de la dette sociale par la CADES. Cette information gagnerait toutefois à être encore améliorée. J'ai fait part, tout à l'heure, de mon attachement à une vision consolidée des comptes sociaux. Celle-ci me semble en effet essentielle pour construire des prévisions solides, engager un véritable travail de prospective sur l'avenir de l'ensemble des comptes sociaux, mais surtout, pour parvenir à un pilotage effectif du « risque financier » qui pèse lourdement sur les comptes de la sécurité sociale. C'est pourquoi je vous proposerai, mes chers collègues, de vous prononcer en faveur d'un amendement que j'aurai l'occasion de vous présenter lorsque nous aborderons l'examen du texte article par article.

En deuxième lieu, je ferai quelques remarques sur les mesures relatives aux dépenses prévues dans ce projet de loi de financement.

Ce sont, bien entendu, les dépenses de l'assurance maladie et de la branche vieillesse qui, par leur dynamisme, sont les plus préoccupantes. Ce projet de loi prévoit plusieurs mesures structurelles d'ajustement de la dépense, les seules qui peuvent garantir la pérennité de notre système de sécurité sociale.

L'assurance maladie voit ses dépenses réduites de 1,4 point par rapport à leur dynamique naturelle, sans que la protection des assurés n'en soit affectée. C'est une des caractéristiques principales de ce texte.

Le projet de loi pose également les jalons d'une plus grande efficacité des hôpitaux en préfigurant le projet de loi « Hôpitaux, patients, santé, territoire » que vient de présenter Mme Bachelot en conseil des ministres. Des gains de productivité sont possibles à l'hôpital, ils sont nécessaires pour assurer la pérennité des établissements publics de santé – y compris dans les domaines de la santé publique que l'on ne regarde pas toujours de près, en particulier la psychiatrie.

Tout en freinant sur les dépenses inutiles, il faut accélérer là où des besoins croissants se manifestent. La poursuite de la progression de l'ONDAM médico-social s'inscrit dans cette philosophie. Il est vrai que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA – a dégagé ces dernières années des excédents importants. Ils ont été utilisés pour moderniser les établissements ou rendus à l'assurance maladie. Mais au-delà des visions comptables et court-termistes, il faut poursuivre l'effort de la Nation pour anticiper les besoins et mettre cela en perspective du texte « Hôpital, patients, santé, territoire », la création des agences régionales de santé – ARS – permettant d'espérer une gouvernance efficace de ce lien entre santé et médico-social que nous appelons de nos vœux et qui contribuerait à soulager une partie de l'effort de dépense strictement maladie.

Ce projet de loi travaille pour le long terme. Mais la bataille du long terme se gagne aussi par les innovations quotidiennes portées par l'administration. À cet égard, je voudrais saluer le projet d'ONDAM médicalisé, porté par l'assurance maladie. Ce projet pourrait avoir, sur la présentation des comptes sociaux, un impact aussi important que celui que la LOLF a eu sur le budget de l'État. Dans quelques années, j'espère que nous pourrons voter les objectifs de dépenses, non plus, comme aujourd'hui, selon les grands champs de la santé publique comme l'hôpital ou la médecine de ville, mais par pathologie, en prévoyant telle dépense pour le diabète, telle dépense pour les maladies cardio-vasculaires et, j'espère aussi, pour les maladies psychiques dont les coûts induits sont considérables.

L'autre source de dynamisme de la dépense est la branche vieillesse. Le rendez-vous des retraites a posé le principe qui permettra d'affronter les conséquences du vieillissement démographique : ce principe est le développement de l'emploi des seniors. Le présent projet de loi y consacre plusieurs dispositions permettant de mettre en œuvre les décisions prises au cours de l'été avec les partenaires sociaux. C'est un point décisif, une révolution culturelle à conduire.

Mais le succès de cette politique ne saurait advenir, de mon point de vue, sans une réflexion approfondie sur les conditions de travail et l'organisation du travail en entreprise, voire sur les comportements managériaux. Je pense que de nombreux seniors n'envisagent absolument pas de poursuivre leur carrière, compte tenu de la situation qui leur est faite dans l'entreprise.

Les mentalités sont dans ce domaine très importantes. Je le répète : c'est dans la durée que l'effort entrepris aujourd'hui trouvera ses fruits.

Il est vrai que, à horizon 2012, le déficit de la branche vieillesse n'aura pas disparu. Mais son évolution est guidée par des tendances de long terme et ce sont des mesures de même nature qui nous permettront de faire face au défi du vieillissement démographique.

Les branches AT-MP et famille demeurent quant à elles proches de l'équilibre. Les transferts prévus dans le présent projet de loi sont justifiés par cette bonne santé financière. Dans le même temps, ces risques restent couverts de manière satisfaisante, notamment au sein de la branche famille qui a réalisé un effort considérable ces dernières années avec la mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant.

En conclusion, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui nous est aujourd'hui soumis fait preuve de sincérité dans son diagnostic. Il n'omet pas une vision long-termiste à travers des mesures assez précises.

Dans ces conditions, monsieur le président, mes chers collègues, je ne peux que vous demander de vous prononcer favorablement sur ce projet.

M. Jean-Pierre Brard. Sans critiquer le travail de Marie-Anne Montchamp, je suis en total désaccord avec son analyse, au demeurant très précise.

J'aimerais que nous soit communiqué le volume des exonérations sociales et que cette information figure dans le rapport.

M. Gérard Bapt. Madame la rapporteure, afficher un retour à l'équilibre est évidemment toujours « volontariste » ; MM. Douste-Blazy et Bertrand avaient eux-mêmes été volontaristes en 2004 pour afficher l'équilibre en 2007. Aujourd'hui, ce volontarisme va bien entendu être confronté à la réalité des faits et, pour l'année 2009, il est à craindre que les perspectives de croissance et d'évolution de la masse salariale et des revenus en général n'induisent des pertes de recettes, aggravant très certainement le déficit au-delà des 15 milliards que vous avez évoqués. Or le comité d'alerte ne pourra agir que sur les dépenses d'assurance maladie s'il y a glissement par rapport aux propositions formulées dans le projet de loi.

Ces propositions me semblent insuffisantes s'agissant de l'hôpital public, dont vous avez parlé sous l'angle de la recherche d'efficacité, alors que les gestionnaires des hôpitaux sont, depuis plusieurs années déjà, poussés à rechercher tous les gisements d'économies. Ils ont beaucoup externalisé, parfois réduit les personnels, voire fermé des lits, mais, malgré ces efforts, le déficit de l'hôpital public s'établit à 600 millions. La majorité des CHU sont dans le rouge et certains établissements hospitaliers publics sont en observation, laissant présager un déficit de 800 millions de déficit. Dans ce contexte, leur demander à la fois d'être plus efficaces et d'engager une réforme, dont nous allons discuter dans les semaines à venir, est une mission difficile.

Ma question porte sur la gestion de la dette, sur la gestion du « risque dans le risque », pour reprendre votre expression. L'an dernier, il avait été dit que le ministère de l'économie et des finances prévoyait de supprimer la CADES pour intégrer la dette sociale dans la dette de l'État. Vous avez parlé d'économies faites en transférant la dette de la branche maladie du régime général et du FSV à la CADES. Or selon les informations qui, semble-t-il, viennent de Bercy, l'intégration de la dette sociale dans la dette de l'État pourrait aboutir à des économies de l'ordre de 100 à 150 millions d'euros.

Quel est votre avis sur ce point ? Quelles sont les intentions du Gouvernement concernant l'existence de la CADES pour les trois ans à venir ?

M. Yves Censi. Comme tous mes collègues et Marie-Anne Montchamp, je me réjouis de la décision du Gouvernement de la reprise de la dette, décision importante et naturelle. La suppression du FFIPSA aboutit à une gestion par la CCMSA qui me paraît tout à fait souhaitable, faisant partie des propositions de long terme du comité de surveillance du FFIPSA.

Je me permets néanmoins de vous faire part de mon inquiétude quant à ce qui est inscrit dans l'exposé des motifs du projet de loi : « Afin de garantir un financement pérenne du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles, celui-ci sera intégré financièrement à la Caisse nationale d'assurance maladie ». Le fait que le financement du régime soit intégré à la Caisse nationale d'assurance maladie n'apporte pas un centime de plus. Pour ce qui est de la gouvernance, il ne s'agit pas que de gestion par la CCMSA, la particularité du régime agricole étant de donner aux acteurs que sont les exploitants la capacité de gérer le destin du régime.

Au-delà de la dimension financière pure qui représente une avancée, il serait important de signaler dans le rapport, qu'il y a diversification des financements, par l'affectation de la taxe sur les véhicules de société, ce qui est une bonne chose.

Pour le reste, j'avais eu l'occasion d'alerter le Gouvernement et la représentation nationale sur l'évolution du régime et sur mes inquiétudes. À l'époque, on m'avait dit que l'intégration du régime était une solution éventuellement envisagée, mais qu'aucune décision n'était prise. Or nous y sommes aujourd'hui. Excepté l'alignement ou la perspective d'alignement du régime agricole sur le régime général, je ne vois toujours pas aujourd'hui l'utilité de cette solution, même si je me félicite des mesures financières qui sont prises par ailleurs.

M. René Couanau. Ma première remarque concerne le financement des hôpitaux.

Si la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la T2A, est difficile, elle est un révélateur absolument indispensable, le passage de la dotation globale à la T2A permettant d'ores et déjà de mieux analyser les coûts, de rechercher l'activité optimale, tout en recherchant le meilleur service au malade. Je ne partage pas l'idée convenue selon laquelle, en matière de tarification, l'objectif doit être l'alignement du secteur public sur le secteur privé, car elle ne correspond pas à la réalité et au besoin de service public de notre pays. Néanmoins, la T2A entraîne dans l'immédiat des difficultés financières qui, vous le savez, sont compensées par de multiples contrats de retour à l'équilibre. Ainsi, les discussions sur le comblement des déficits qui avaient lieu auparavant sont remplacées par des discussions incessantes, année après année, avec l'agence régionale de l'hospitalisation – ARH – sur des contrats de retour à l'équilibre. Ne vaudrait-il pas mieux en tirer la conséquence globale que la mise en place de la T2A va nécessiter pendant quelques années un accompagnement financier sur deux ou trois ans, de façon à éviter ces à-coups ?

Deuxième remarque : j'espère que le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire », qui va être présenté aujourd'hui en conseil des ministres, va comprendre une étude d'impact ou une sorte d'évaluation des effets que nous pourrions attendre de la communauté d'établissements, c'est-à-dire du

regroupement des établissements hospitaliers. Il faut essayer d'évaluer comment les moyens pourraient être mutualisés. Dans mon secteur sanitaire, j'ai fait l'expérience de proposer une direction générale commune pour trois établissements, le directeur général d'un établissement prenant la direction des deux autres à la faveur du départ des autres directeurs. Néanmoins sur le terrain, j'ai beaucoup de mal à expliquer par une étude d'impact les effets positifs attendus de l'utilisation mutualisée des moyens médicaux et logistiques, des économies à réaliser. Il serait donc important que la discussion du prochain projet de loi « HPST » nous apporte des éclaircissements sur ce point.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Monsieur Brard, le volume des exonérations sociales s'élève à 33 milliards, et cette somme figurera dans le rapport.

S'agissant du plafonnement, une politique est enfin portée dans notre débat. Néanmoins, il faudra se demander comment sortir de ces dispositifs, car en se désengageant brutalement, sans prévenir, l'État place les acteurs dans une situation inconfortable. Il doit donc le faire de manière *clean* !

M. Jean-Pierre Brard. Homéopathique !

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Monsieur Bapt, je suis d'accord sur le contexte difficile et les hypothèses sur l'évolution défavorable des recettes, mais aussi sur l'idée que les seuls effets de levier sur la réduction de la dépense ne suffiront pas. En revanche, la réaction conjoncturelle à une situation relève effectivement d'une logique, et l'inscription dans nos lois de financement de la sécurité sociale des tendances à long terme que nous observons tous est une autre logique. Nos risques évoluent, singulièrement dans le domaine de la santé, et les évolutions démographiques entraîneront, demain, une inversion du modèle. Nous commençons à l'engager par des mesures de redéploiement à l'intérieur même du champ du PLFSS. Tous ces éléments sont de nature à gager le volontarisme et le réalisme de ce projet.

S'agissant de la CADES, je vous soumettrai tout à l'heure un amendement portant sur ce que j'appelle le risque financier. Mes chers collègues, c'est l'occasion pour nous de prendre la main sur ces questions. Qu'il y ait des intentions ici et là, qu'on se pose la question de la vertu de la gestion financière par tel ou tel organisme, c'est assez naturel. Mais posons-nous cette question ensemble, ouvertement, ici, grâce à un panorama consolidé. Les responsables de la CADES, que j'ai rencontrés, ont des instruments très efficaces et sont très performants en matière de gestion de la dette. Mais nous ne pouvons faire les arbitrages que dans la mesure où nous avons une vision à la fois globale et analytique. Nous devons être capables d'en décider ensemble. Grâce à cet amendement, ces sujets deviendront beaucoup plus objectifs et nous pourrons, à travers un rapport circonstancié, disposer d'éléments contradictoires. Nous en débattons ensemble, sachant qu'il porte sur des mesures très techniques.

Yves Censi a raison de souligner l'effort considérable consenti sur la reprise de dette : 7,5 milliards, ce n'est pas rien.

S'agissant de l'adossement de la maladie au régime général, je dirai plutôt « gestion pour compte de tiers » - c'est la philosophie de la mesure. Il y a une ressource affectée, la taxe sur les véhicules de société, avec un rendement de 1,2 milliard d'euros, rendant l'opération saine sur le plan financier. La gestion pour compte de tiers est une voie intéressante développée par le régime général. Il faut simplement prendre le temps de l'explorer, et ce texte nous en donne le temps. La maladie, c'est un pas. Pour la vieillesse, c'est la CCMSA qui sera gestionnaire du risque. Vous avez raison : la culture du monde agricole, la sensibilité particulière des non salariés agricoles devra être prise en compte. D'où l'idée, qui n'est pas aberrante, d'une gestion pour compte de tiers reprenant avec soin ces paramètres culturels. Mais là encore, je renvoie à ma remarque à l'intention de Gérard Bapt : ayons une approche consolidée, regardons les vertus de gestion déléguée ou de gestion directe et consolidée, et peut-être serons-nous capables de trancher entre ce qui produit un résultat et constitue une amélioration de gestion et ce qui, au contraire, n'est qu'une mesure sans conséquence.

Je partage tout à fait l'analyse de René Couanau sur la T2A. Elle n'est en effet pas une fin en soi, mais un véritable outil de gestion analytique, permettant d'établir des diagnostics très intéressants et très vertueux, même si elle est réduite au champ médecine, chirurgie, obstétrique – MCO. C'est pourquoi je continue à parler d'autres champs, notamment de la psychiatrie, qui pourrait utilement être intégrés.

Enfin, s'agissant des conventions de retour à l'équilibre, il pourrait être intéressant d'avoir une discussion suffisamment tôt pour pouvoir proposer des amendements intéressants sur l'évaluation et les mesures d'impact dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoire ». Mon cher collègue, soyez convaincu que, avec votre aide sur le sujet, j'irai dans ce sens.

M. le président Didier Migaud. Nous en venons à l'examen des articles et des amendements.

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 1^{er}.

Article 2 : *Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2007*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 2.

Article 3 : *Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 3.

Article 4 : *Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 4.

Article 5 : *Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 5.

Article 6 : *Rectification Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1^{er} septembre 2008*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6.

Article 7 : *Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par la branche*

La Commission émet un avis favorable l'article 7.

Article 8 : *Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 8.

Article 9 : *Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 9.

Article 10 : *Reprise de dette par la CADES et ressources de cette caisse*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10.

Article 11 : *Modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11.

Article 12 : *Mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, tendant à supprimer l'article 12.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la commission **rejette** l'amendement.*

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 12 sans modification.

Article 13 : *Contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales (« forfait social »)*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt tendant à soumettre les revenus tirés des parachutes dorés à la contribution au financement de l'assurance maladie.

M. Gérard Bapt. Le PLFSS prévoit la création d'un forfait social, qui permet de faire contribuer des revenus liés à l'intéressement et à la participation au financement de l'assurance maladie. Il est proposé de soumettre les revenus tirés des parachutes dorés à cette contribution.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis favorable. Nos collègues de la commission des affaires sociales sont d'ailleurs sur la même ligne.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt proposant la création d'une contribution additionnelle au forfait social pour alimenter le Fonds de réserve des retraites

M. Gérard Bapt. L'amendement propose de créer une contribution additionnelle au forfait social pour alimenter le Fonds de réserve des retraites.

Mme Marie-Anne Montchamp. Avis défavorable, même si vous évoquez une véritable préoccupation.

Cette idée d'une approche consolidée des besoins de financement de l'ensemble des fonds, telle que je l'ai évoquée à propos de l'amendement que je vais vous soumettre, pourrait nous permettre d'en décider pour le prochain PFLSS.

M. Gérard Bapt. C'est surtout un amendement d'appel, car vous parlez du problème du financement du FRR.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13 ainsi modifié.

Article 14 : *Contribution à la charge des entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires croît plus rapidement que l'ONDAM*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt ayant pour objet de faire contribuer des revenus liés à l'intéressement et à la participation au financement de l'assurance maladie

M. Gérard Bapt. Dans le même esprit que précédemment, il est proposé de soumettre les revenus tirés des parachutes dorés à la contribution.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis favorable à cet amendement qui est le même amendement que précédemment concernant les parachutes dorés.

L'amendement est retiré.

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14 sans modification.

Article additionnel après l'article 14

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, proposant un mécanisme de baisse de prix pour réguler le prix du médicament.

M. Gérard Bapt. Il s'agit là du problème complexe du prix du médicament.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Le dispositif bénéficie avant tout au patient. La rédaction de ce texte étant compliquée, j'émet un avis défavorable.

M. Gérard Bapt. L'idée est d'aller vers des baisses de prix du médicament, davantage que vers des remboursements.

La Commission rejette l'amendement.

Article 15 : *Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools pour rattrapage annuel de l'inflation*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15.

Article 16 : *Suppression du Fonds de financement des prestations sociales agricoles et intégration financière à la Caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection des non-salariés agricoles*

La Commission émet un avis favorable à l'article 16.

Article 17 : *Mesures relatives aux régimes agricoles*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17.

Article 18 : *Prise en charge des frais de transport domicile-travail*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, tendant à rendre obligatoire l'aide au salarié pour la prise en charge des frais de transport entre son domicile et son lieu de travail.

M. Gérard Bapt. La commission des affaires sociales a supprimé l'article 18 instituant une aide directe au salarié pour la prise en charge des frais de transport entre son domicile et son lieu de travail. Cet amendement précise que l'aide doit être obligatoire.

Je note au passage que le projet proposerait de créer une nouvelle niche fiscale et sociale ! (*Sourires.*)

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable.

M. le président Didier Migaud. Nous ne savons pas si l'amendement de la commission des affaires sociales ira jusqu'au bout, Mme Lagarde étant revenue, hier, sur l'intérêt de cette mesure de prise en charge. Le président de la commission des affaires sociales veut surtout provoquer un débat avec le Gouvernement.

M. Yves Censi. Absolument.

La Commission rejette l'amendement.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 18 sans modification.

Article 19 : *Sécurité juridique des cotisants*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 19.

Article 20 : *Assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 20.

Article 21 : *Cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 21.

Article 22 : *Non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à certains dispositifs*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, tendant à supprimer l'article 22.

M. Gérard Bapt. Cet article nous semble remettre en cause le principe selon lequel l'État compense toujours le montant des pertes de recettes liées aux allègements des cotisations sociales.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable. La LOLFSS prévoit expressément ce type de disposition.

M. Gérard Bapt. Avez-vous relevé que le deuxième paragraphe de l'exposé des motifs de cet amendement indique que cet article contient une erreur, le Gouvernement prévoyant d'intégrer l'article 18 dans les dispositions précitées, mais qu'il mentionne l'article 17 ?

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Il en est pris acte.

*Après avoir **rejeté** l'amendement, la commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 22 sans modification.*

Article 23 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 23.

Article additionnel après l'article 23

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 23, tendant à compléter l'article L. 242-5 par deux alinéas.

M. Gérard Bapt. Cet amendement propose que le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles soit déterminé par entreprise et que, pour établir la valeur du risque qui sert de base au calcul du taux brut, il soit retenu une valeur forfaitaire fixée par décret par catégorie d'accident, de manière à mieux responsabiliser les entreprises et à faire en sorte que la lourdeur des cotisations soit proportionnée non seulement aux risques, mais aussi aux efforts de prévention.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Le Gouvernement a fait le choix de la négociation et il faut, selon moi, laisser le processus se dérouler. Un nombre assez important de conventions a déjà été signé – 1 500 d'après mes informations, dont 80 % concernent le secteur du bâtiment.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 23, tendant à conditionner les exonérations de cotisations sociales à l'existence d'un accord salarial.

M. Gérard Bapt. C'est là tout le débat sur le pouvoir d'achat. À l'occasion du texte sur les revenus du travail, une incitation a été créée pour que les entreprises appliquent la loi et engagent des négociations salariales, mais sans prévoir de butoir à l'engagement de ces négociations. Cet amendement propose qu'en cas d'absence d'accord de moins de deux ans, il soit proposé une réduction de 10 % des exonérations de cotisations.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable car cet amendement est plutôt coercitif eu égard au choix de la négociation.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 23, tendant à réserver les allègements généraux de cotisations aux 1 000 premiers salariés.

M. Gérard Bapt. Le rapport de M. Bur proposait d'essayer de lister tout ce qui pourrait être exorbitant dans les allègements de cotisations sociales pour les entreprises, en particulier pour celles de plus de 1 000 salariés, dont on peut penser qu'elles pourraient profiter d'un effet d'aubaine. Limiter les allègements aux 1 000 premiers salariés représenterait, selon l'ACOSS, une économie potentielle de 3,2 milliards d'euros.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Je ne suis pas sûre que le rendement serait aussi important.

Par ailleurs, si cet amendement cible la grande entreprise qui est effectivement d'une habileté redoutable en matière de niches sociales, il ne faut pas seulement aborder cette question en ciblant l'entreprise avec un seuil salarial, mais de façon plus globale. Cet amendement est donc un peu décalé pour responsabiliser la grande entreprise.

Avis défavorable, même si je comprends l'intention de cet intéressant amendement de M. Bapt, inspiré par M. Yves Bur.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 23, visant à mettre en place un coefficient réduisant les allègements généraux de cotisations sociales sur le travail à temps partiel.

M. Gérard Bapt. À l'heure actuelle, il y a autant d'allègements de cotisations sociales au prorata pour le temps partiel que pour le temps plein. Cet amendement incite les employeurs à s'orienter vers le temps plein s'ils veulent profiter à plein des allègements de charges, répondant en cela à l'esprit du texte sur le RSA.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Si l'intention est comprise, l'avis est défavorable car l'objectif n'est pas la diminution du coût du travail, ou en tout cas la capacité offerte à l'entreprise de gérer sa masse salariale, même au travers du temps partiel. Cet amendement crée une forme de déséquilibre.

La Commission rejette l'amendement.

Article 24 : *Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 24.

Article 25 : *Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 25.

Article 26 : *Approbation du tableau d'équilibre du régime général*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 26.

Article 27 : *Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 27.

Article 28 : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28.

Article 29 : *Rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29.

Article additionnel après l'article 29

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis, prévoyant que le Gouvernement transmet chaque année au Parlement un rapport présentant un bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ou des organismes financés par ces régimes.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cet amendement propose que le Gouvernement rende un rapport au Parlement sur le pilotage financier de la trésorerie et de la dette sociale, comme je l'ai déjà évoqué. Il conviendrait même d'imaginer qu'à côté de la mission IGF/IGAS qui serait diligentée par le Gouvernement, la Cour des comptes puisse être sollicitée sur ce sujet, ce qui nous permettrait d'émettre des avis, des préconisations et d'amender utilement les prochains PLFSS.

La Commission adopte l'amendement.

Article 30 : *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 30.

Article 31 : *Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles – Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnelles de santé et de financement de la permanence des soins*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 31.

Article additionnel après l'article 31

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 31, visant à exonérer des franchises les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle.

M. Gérard Bapt. Mon amendement vise à exonérer des franchises les victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle. La franchise paraît totalement inadaptée car les victimes du travail bénéficient d'un droit à réparation et d'une prise en charge ne relevant pas de l'assurance maladie, mais de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable.

Il y a, d'un côté, la réparation du dommage et, de l'autre, l'indemnisation du préjudice subi. La franchise relève du premier et non du deuxième.

M. Gérard Bapt. La franchise est présentée comme une mesure de régulation et de responsabilisation. Lorsqu'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, le patient n'est pas responsable.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Sans vouloir choquer, il n'est pas inutile de renvoyer malgré tout à une forme de responsabilité. On ne peut pas dire que la responsabilité incombe uniquement à l'une des parties. Par ailleurs, n'oublions pas l'existence de l'indemnisation pour la réparation du préjudice.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 31, visant à supprimer l'instauration des franchises médicales.

Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, l'amendement est rejeté.

Article 32 : *Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32.

Article 33 : *Rémunération des enseignants de médecine générale*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 33.

Article additionnel après l'article 33

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 33, tendant à étendre le bénéfice de la mesure dérogatoire aux médecins ayant obtenu un diplôme en France.

M. Gérard Bapt. Cet amendement vise à étendre le bénéfice de la mesure dérogatoire instituée lors du précédent PLFSS aux médecins ayant obtenu un diplôme en France et qui totalisent trois ans d'expérience professionnelle, tout en justifiant d'une fonction rémunérée au cours des deux années précédant la publication de la loi.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable.

Cette question de l'équivalence doit être traitée en tant que telle et relève, ce qui n'est pas inutile, d'une vérification de la maîtrise de la langue française par ces praticiens.

La Commission rejette l'amendement.

Article 34 : *Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, précisant que les actes en série sont les premiers concernés, notamment ceux de masso-kinésithérapie.

M. Gérard Bapt. Cet amendement concerne les actes de masso-kinésithérapie.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis favorable. Je trouve intéressante une approche différenciée des prescriptions, qui va en outre dans le sens de mon explication initiale concernant une approche plus analytique tournée vers le patient.

M. Gérard Bapt. C'est l'idée de la maîtrise non comptable.

La Commission adopte l'amendement.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 34

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marie-Anne Montchamp, portant article additionnel après l'article 34, proposant que les organismes locaux d'assurance maladie communiquent aux patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un contrat.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Le présent amendement s'inscrit dans la continuité des dispositions mises en place par l'article 43 du PLFSS pour 2009. L'an passé, les CPAM avaient la possibilité de conclure directement avec les médecins et les centres de santé des contrats d'amélioration des pratiques. Cet amendement propose que les CPAM puissent publier sur Internet la liste des médecins et des centres de santé qui ont adhéré à ce type contrat.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 34, précisant que « l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique avec comparateurs, lorsqu'ils existent ».

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis favorable. Cette mesure relève d'ailleurs d'une préconisation de la MECSS.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 34, précisant que la Haute Autorité de santé tient à jour une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications.

M. Gérard Bapt. Cette mesure traduit aussi l'une des préconisations du rapport de la MECSS sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments », en proposant que la Haute autorité de santé tienne à jour une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis favorable, la Commission **adopte** l'amendement.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 34, prévoyant une sanction financière prononcée par le CEPS en cas de manquement par une entreprise.

M. Gérard Bapt. Toujours selon les préconisations de la MECSS, cet amendement donne la possibilité au Comité économique des produits de santé – CEPS – de décider de sanctions financières en cas de non-respect d'engagements pris par des laboratoires pharmaceutiques concernant la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché – AMM – d'un médicament, sachant qu'un tiers d'AMM est réalisé après la mise sur le marché.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable. La loi du 15 avril 2008 prévoit déjà la possibilité d'une baisse de prix en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Article 35 : *Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 35.

Article 36 : *Dispositif de régulation des prescriptions des spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à supprimer les alinéas 2, 3, 4 et 8, 9, 10 de l'article 36.

M. Gérard Bapt. Cet amendement vise à supprimer, à l'article 36, le I, concernant la création d'un nouvel outil de maîtrise des dépenses de médicaments, et le III prévoyant que la prescription initiale des médicaments orphelins fait l'objet d'une validation.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Compte tenu du dynamisme à quinze points de la liste en *sus*, avec un besoin de financement de l'ordre de 400 millions d'euros, il faut prendre des mesures plus drastiques pour juguler cette inflation qui, par ailleurs, ne s'accompagne pas nécessairement d'une évolution favorable du SMR.

M. Gérard Bapt. Par harmonie des formes, sachant ce que vous avez dit sur les actes de masso-kinésithérapie, le fait que le couperet tombe à partir d'un certain pourcentage ne tient pas compte du fait qu'un hôpital peut être un centre de référence et que davantage de malades peuvent être adressés à ce centre. Il faudrait plus de souplesse.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Il y a, malgré tout, une tendance lourde sur laquelle il faut avoir une position plus ferme.

La Commission rejette l'amendement.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 36 sans modification.

Article 37 : *Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital.*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 37.

Article 38 : *Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation MIGAC*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 38.

Article 39 : *Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé.*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à tenir compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population.

M. Gérard Bapt. Il s'agit de tenir compte des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population concernant le système de régulation prix-volume, pour médicaliser en quelque sorte le système.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Idée intéressante, mais laissons les futures ARS nous apporter leur contribution sur ce sujet. Avis défavorable.

Après avoir rejeté l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 39 sans modification.

Article additionnel après l'article 39

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 39, prévoyant que les forfaits techniques en matière d'imagerie médicale peuvent être pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont facturés au titre des soins externes par les établissements de santé.

M. Gérard Bapt. Cet amendement nous amène à avoir une discussion technique sur les problèmes d'imagerie médicale.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la Commission **rejette** l'amendement.*

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Gérard Bapt, portant article additionnel après l'article 39, prévoyant que pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux.

M. Gérard Bapt. M. Couanau lui-même s'inquiétait des problèmes de convergence inscrits à l'heure actuelle dans la loi, la majorité elle-même ayant un peu forcé la main du Gouvernement en mettant la convergence à 50 % en 2008 et en totalité en 2012. Si l'on veut comparer les coûts, il faut prendre en compte le fait que les honoraires des médecins dans le privé ne sont pas inclus dans le budget de l'établissement.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. J'émet un avis défavorable. Là encore, nous avons besoin de l'apport de la future loi HPST qui nous permettra d'avoir une vision plus analytique de ces questions dans les communautés hospitalières.

M. Gérard Bapt. La convergence, c'est tout de suite. On ne connaît pas l'échelle des coûts publics-privés que déjà on veut faire converger les prix du privé et du public !

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Gérard, portant article additionnel après l'article 39, visant à supprimer la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, l'amendement est **rejeté**.*

Article 40 : *Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements public de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à supprimer l'article 40.

M. Gérard Bapt. L'article aurait été mieux placé dans la future loi HPST – « Hôpital, patients, santé, territoires ».

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Sauf que cette question affecte singulièrement les finances publiques. J'ajoute que l'amendement que vous avez accepté de ma part concernant une vision consolidée des déficits pourra nous permettre d'avoir un regard consolidé également sur le déficit hospitalier. Pour le reste, la situation financière très dégradée des établissements nécessite de prendre des mesures pour obtenir des effets de relèvement rapide. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Gérard Bapt, proposant de supprimer le caractère automatique de la mise sous administration provisoire.

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'assouplir la façon dont la gestion de l'administration provisoire sera gérée par l'ARH.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cela me fait penser aux dispositions que nous avons adoptées sur les banques ! Il faut absolument que cela s'accompagne d'une restructuration de l'exécutif. Cela peut sembler sévère, mais c'est le prix à payer pour une évolution favorable.

Après avoir rejeté l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 40 sans modification.

Article 41 : *Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 41.

Article 42 : *Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 42.

Article 43 : *Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à supprimer l'article 43.

M. Gérard Bapt. Mon amendement a trait au problème de l'intégration des médicaments dans les prix de journée des établissements accueillant des personnes dépendantes. Notre crainte est que, d'une part, cela ne soit pas compensé pour les établissements et, d'autre part, que les établissements aient ensuite tendance à comprimer le plus possible les prescriptions médicamenteuses dans l'établissement.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. On connaît les effets iatrogènes de la surconsommation des personnes âgées en établissement. Avis défavorable.

*Après avoir **rejeté** l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 43 sans modification.*

Article 44 : *Tarifification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux*

La commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, tendant à supprimer l'article 44.

M. Gérard Bapt. Cet amendement vise à supprimer cet article qui prévoit une diminution des tarifs et un alignement de tous sur les tarifs « plafonds ». Cette convergence par le bas n'est pas soutenable, alors même que les établissements doivent continuer à évoluer en termes de qualité et d'encadrement.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Sauf que, aujourd'hui, l'équité n'est pas totalement présente dans la mesure où les établissements les moins vertueux sont souvent ceux qui sont plus dotés. Retrouver un fonctionnement plus équitable en faveur de ceux qui font des efforts de gestion me semble correct. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 44 sans modification.

Article 45 : *Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à supprimer l'article 45.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la Commission **rejette** l'amendement.*

La Commission est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à interdire aux praticiens hospitaliers titulaires d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires.

Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la Commission rejette l'amendement.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 45 sans modification.

Article 46 : *Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46.

Article 47 : *Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 47.

Article 48 : *Dotations pour 2009 au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 48.

Article 49 : *Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 49.

Article 50 : *Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, tendant à diminuer l'ONDAM ville de 1 %.

M. Gérard Bapt. L'égalité affichée entre l'ONDAM hospitalier et l'ONDAM de ville n'est pas de mise, y compris pour respecter l'intention du Président de la République d'augmenter considérablement les dépenses de prévention dans les dépenses de santé. Diminuer l'ONDAM de ville au profit du

FIQCS permettra de renforcer des actions de prévention. On pourra revenir à la médecine de ville sous la forme des nouveaux contrats et des nouvelles formes de rémunération qui sont désormais permises par les PLFSS.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Sous-évaluer un ONDAM, c'est également un biais que vous pourriez nous reprocher par ailleurs. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt, visant à instaurer une péréquation interrégionale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalière, dont la répartition reposera sur des indicateurs permettant de tenir compte des besoins de santé publique suivant les différentes régions.

M. Gérard Bapt. Il s'agit de répondre au vœu sans cesse répété de M. Prétel d'avoir un « ORDAM », un objectif régionalisé des dépenses d'assurance-maladie.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cette idée est intéressante, mais laissons les ARS nous permettre de construire, le cas échéant, cet « ORDAM »

La Commission rejette l'amendement.

Elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 50 sans modification.

Article 51 : *Revalorisation du minimum vieillesse*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 51.

Article 52 : *Majoration des petites pensions de réversion à partir de 2010 et rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion*

La Commission est saisie d'un amendement rédactionnel de Mme la rapporteure pour avis.

Après avoir adopté l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 52 ainsi modifié.

Article 53 : *Revalorisation des petites retraites agricoles*

La Commission est saisie d'un amendement rédactionnel de Mme la rapporteure pour avis.

Après avoir adopté l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 53 ainsi modifié.

Article 54 : *Modification des règles d'indexation des pensions de retraite*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 54.

Article 55 : *Aménagement du régime du minimum contributif*

La commission est saisie d'un amendement rédactionnel de Mme la rapporteure pour avis.

Après avoir adopté l'amendement, la commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 55 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 55

La Commission est saisie d'un amendement de Mme la rapporteure pour avis portant article additionnel après l'article 55, tendant à rendre obligatoire la transmission des informations entre régimes de retraite.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cet amendement doit favoriser les échanges d'information pour mettre en œuvre la réforme du minimum contributif qui, aujourd'hui, menace d'être très complexe.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Article 56 : *Rachat de cotisations au titre du départ anticipé à la retraite*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 56.

Article 57 : *Mise en place d'une validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 57.

Article 58 : *Application d'une cotisation additionnelle de 1% en cas d'absence d'accord collectif en faveur de l'emploi des salariés âgés*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 58.

Article 59 : *Libéralisation du cumul emploi-retraite pour les bénéficiaires du taux plein*

La Commission est saisie d'un amendement de Mme la rapporteure pour avis, précisant que pour cumuler une pension de retraite et une activité professionnelle, l'assuré doit avoir liquidé l'ensemble de ses pensions y compris celles dues au titre des régimes étrangers.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Cet amendement vise à préciser que, pour pouvoir cumuler sans restriction une pension de retraite et

une activité professionnelle, l'assuré doit avoir liquidé l'ensemble de ses pensions auprès des régimes de retraite obligatoire dont il a relevé, y compris les régimes étrangers. Le niveau de complexité est en effet monstrueux lorsque les démarches n'ont pas été engagées par l'assuré.

Après avoir adopté l'amendement, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 59 ainsi modifié.

Article 60 : *Surcote*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 60.

Article 61 : *Suppression de la mise à la retraite d'office*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 61.

Article 62 : *Autorisation de la poursuite d'activité au-delà des limites d'âge dans la fonction publique*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 62.

Article 63 : *Réforme de l'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'État résidant en outre-mer*

La Commission est saisie d'un amendement de Gaël Yanno, tendant à fixer à dix ans de services effectifs dans une ou plusieurs collectivités la durée exigée pour déterminer une résidence outre-mer.

M. Gaël Yanno. L'article 63 tend à réformer le dispositif dit « ITR » – indemnité temporaire de retraite – qui date de 1952. Mes amendements à cet article 63 tendent à mettre fin à l'effet d'aubaine – c'est-à-dire à la situation de métropolitains qui n'ont jamais exercé outre-mer ou insuffisamment et qui viennent dans certaines collectivités d'outre-mer pour bénéficier d'une majoration –, mais aussi de plafonner certaines de ces indemnités qui sont les plus élevées. Ce dispositif datant de cinquante-six ans, il faut l'aménager progressivement pour les fonctionnaires d'État qui sont des résidents dans ces collectivités, ou qui sont des Calédoniens, des Polynésiens, des Réunionnais, des Mahorais, des Wallisiens, des Futuniens ou des Saint-Pierrais de cœur ou d'adoption.

Mon premier amendement propose qu'à partir de dix ans d'exercice d'activité professionnelle dans l'une de ces six collectivités, il paraît normal de les reconnaître comme des personnes durablement établies dans ces collectivités, quinze ans paraissant excessifs. La formule « Une ou plusieurs collectivités » tend simplement à préciser qu'il faut avoir servi dans l'une de ces six collectivités concernées.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Je comprends la préoccupation de notre collègue Gaël Yanno. Ce PLFSS propose une avancée majeure dans le domaine des ITR en créant des barrières à l'entrée importantes, ce qui va dans le bon sens. Avec les amendements de Gaël Yanno, nous voyons poindre trois types de préoccupations.

Les premières sont de calibrer les barrières à l'entrée. Notre collègue nous propose dix ans, contre quinze pour le Gouvernement. La proposition du Gouvernement me semble pouvoir être retenue car un acte fondateur, rétablissant une certaine équité, est nécessaire.

La deuxième famille d'amendements relève de ce que l'on peut appeler le « stock », c'est-à-dire la situation de ceux qui sont déjà dans le dispositif et pour lesquels la sortie de « niches sociales » doit être organisée progressivement, ce que propose le PLFSS.

Un troisième cas de figure est celui des personnes qui constituent le flux, celles qui vont accéder à une situation de retraite, alors qu'elles sont sur place, pour lesquelles le Gouvernement ne prévoit pas, à ce stade, de sortie du dispositif et propose quelque chose qui s'apparente à un couperet.

Nous avons beaucoup parlé de ce sujet avec notre collègue Gaël Yanno. Je rejoins la position du Gouvernement pour ce qui concerne les barrières à l'entrée et le stock, mais sur la question du flux, je pense que nous avons encore à travailler.

M. Jean-Pierre Brard. Sur le fond, je soutiens notre collègue Yanno. La proposition gouvernementale n'est pas, selon moi, un acte fondateur.

J'ai des raisons particulières de monter au créneau : au moment où, dit-on, les pouvoirs du Parlement sont élargis, on assiste plutôt à un véritable mépris du travail accompli par votre serviteur. Sur proposition du prédécesseur de Didier Migaud, M. Pierre Méhaignerie, j'ai en effet produit un travail sur ce sujet à l'issue duquel je ne suis pas revenu à mes opinions de départ.

En Polynésie, il y a des voleurs, c'est vrai : entre vingt et trente. Ce sont des gens qui bénéficient des compléments de salaire et de pension de façon illégitime, y compris en ne résidant pas vraiment sur le territoire. Je pense à ce général d'aviation aux deux passeports, dont un pour les contrôles à Los Angeles !

Le problème étant beaucoup plus complexe que ne le laissent croire les propositions gouvernementales, j'avais proposé de sortir de cette vue partielle, voire partielle car, en particulier en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie, et pour une part importante à la Réunion, il y a un problème de formation des prix. Mon rapport parlait à cet égard – c'est un sujet qui peu fâcher – de la porosité entre les milieux politiques et les milieux économiques.

Plus de 240 auditions m'ont permis de voir une situation bien différente selon que l'on est aux Antilles, dans l'Océan Indien ou dans le Pacifique, sachant que les statuts sont différents, la Réunion étant un DOM, mais pas la Polynésie et la Nouvelle-Calédonie.

J'avais donc proposé que Sénat et Assemblée refassent le travail que j'avais moi-même réalisé. J'en ai parlé à Jean Arthuis, sans résultat. Si cela n'est pas possible au niveau des deux assemblées, je vous propose qu'une mission, comprenant une personne de chaque groupe de la commission des finances, refasse ce travail, se rende sur place, auditionne, puis fasse des propositions communes, dépassant les clivages.

Parce qu'elles ne prennent pas en considération l'ensemble du problème, les propositions qui nous sont faites manquent totalement d'intelligence. Il faut prendre en compte l'ensemble du sujet, le régler dans la durée, décider les échéances.

Travailler sur la formation des prix et abaisser dans le temps le pourcentage applicable aux traitements et aux pensions profiteraient y compris à ceux qui ne sont pas fonctionnaires. Le pouvoir d'achat de tous en serait amélioré, les vraies prébendes – qui ne sont pas là où je les avais imaginées au départ – seraient supprimées.

Si cela ne tenait qu'à moi, toutes les dispositions sur l'outre-mer contenues dans ce projet de loi de financement seraient supprimées, pour revenir d'une façon équilibrée et plus globale, après avoir fait ce travail en commun, aux conclusions assez consensuelles auxquelles j'étais moi-même arrivé et qui ne peuvent être balayées d'un revers de main, sachant qu'il y a un problème dans le Pacifique et dans l'Océan Indien. À la Guadeloupe, pour d'autres raisons, j'avoue que c'est plus compliqué : c'est l'endroit où, à ma grande surprise, j'ai été le plus mal reçu, en particulier par les organisations syndicales.

Si les textes en question ne sont pas supprimés, je voterai par principe les amendements de notre collègue Yanno comme une position de compromis, en regrettant que ce problème ne soit pas appréhendé globalement, par exemple en décidant de le régler pour l'année prochaine sur la base d'un consensus qui n'est pas improbable.

M. Michel Diefenbacher. Il faut moraliser le système de retraite, et je suis à cet égard particulièrement sensible à deux arguments de M. Yanno. D'une part, si l'on veut dissuader certaines personnes de bénéficier d'un effet d'aubaine, leur demander de justifier de dix ans de services effectifs, et non de quinze, est largement suffisant. D'autre part, la période exigée par l'accord Nouméa pour obtenir la citoyenneté calédonienne étant de dix ans, il ne serait pas imaginable que le délai nécessaire pour bénéficier d'un avantage fiscal soit plus important.

M. Yves Censi. La nature technocratique de la durée minimale de services effectifs me heurte d'autant plus que les situations sont très diverses et qu'aucune étude d'impact ne nous a été fournie sur les conséquences de notre décision.

M. Gaël Yanno. La préoccupation du Gouvernement est d'éviter qu'un nombre de plus en plus grand de retraités soit tenté de se rendre dans les collectivités sans y avoir servi une durée minimale. Si personne ne remet en cause la suppression de l'effet d'aubaine, il serait cependant surprenant que l'on accorde le droit à des citoyens français de voter pour l'autodétermination de la Nouvelle-Calédonie après dix années de résidence, et qu'on leur demande dans le même temps quinze années de résidence pour bénéficier de l'ITR.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Il convient de bien séparer les trois familles d'amendements qui nous seront présentées sur ce sujet.

La première concerne les barrières à l'entrée dans le dispositif. À cet égard, il semble cohérent de demander de justifier de dix ans de services effectifs et non de quinze.

La deuxième porte sur le stock, c'est-à-dire les personnes aujourd'hui concernées par les mesures prévues. Il s'agit là pour notre collègue de rendre plus favorable le dispositif retenu par le Gouvernement. Je continue pour ma part à rester favorable à ce dernier dispositif, de même qu'à celui prévu pour la troisième famille, qui concerne le flux, c'est-à-dire les personnes qui seront visées pas les mesures en question dans l'avenir.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie ensuite d'un amendement rédactionnel de M. Gaël Yanno.

M. Gaël Yanno. Mon amendement tend à faire référence, pour l'accès à l'ITR, aux intérêts matériels et moraux tels qu'exigés – et non pas retenus – pour l'octroi des congés bonifiés. En effet, les ressortissants du Pacifique n'ont pas droit à ces congés bonifiés.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis favorable.

M. Michel Diefenbacher. Il conviendrait qu'il soit fait référence au « territoire géographique » car retenir le seul mot « territoire » risquerait d'exclure notamment le département de la Réunion.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Absolument.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno tendant à supprimer l'alinéa 6 de l'article 63.

M. Gaël Yanno. Les personnes qui prétendront à une pension à taux partiel, faute de pouvoir justifier de 164 trimestres d'activités, ne pourront pas bénéficier de l'ITR. Tel sera le cas d'une femme fonctionnaire d'État qui aura décidé d'arrêter son activité pendant un certain nombre d'années pour élever ses enfants. Une telle disposition est ahurissante, surtout si elle a pour objet d'inciter les personnes concernées à travailler plus longtemps.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable. La durée comptabilisée dans le projet de loi est celle retenue pour l'ensemble des régimes de retraite.

M. Gaël Yanno. Pour autant, une femme qui aura décidé d'arrêter le temps d'élever ses enfants ne cotise pas à la sécurité sociale. De même, les ressortissants du Pacifique ne cotisent pas à la sécurité sociale, mais à des caisses différentes, telle la CPS – la Caisse de protection sociale pour la Polynésie. L'effet de seuil des 164 trimestres est d'une violence extrême s'agissant de l'ITR.

M. Jean-Pierre Brard. Il s'agit là en effet d'une condition supplémentaire inadmissible.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Les conditions sont certes différentes en métropole, mais l'esprit du PLFSS est de faire en sorte que tous rejoignent le droit commun.

M. le président Didier Migaud. Le vote de l'amendement permettrait de provoquer la discussion avec le Gouvernement.

M. Gaël Yanno. La question est de savoir s'il faut punir ceux qui sont entrés tardivement dans la fonction publique après de longues études ou qui ont suspendu leur activité professionnelle pour élever leurs enfants.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Les mesures du PLFSS ont pour objet de rectifier, voire de sortir du dispositif actuel dans le domaine de l'ITR.

S'agissant des barrières à l'entrée, la commission a voté un infléchissement du texte du Gouvernement. En ce qui concerne les dispositions pour bénéficier de l'ITR, je réitère mon avis défavorable.

M. Michel Diefenbacher. C'est un vrai sujet dont il conviendrait de parler avec le Gouvernement en séance publique.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Gaël Yanno tendant à apprécier la date d'affectivité de la résidence après le 1^{er} janvier 2009.

M. Gaël Yanno. La date d'effectivité de la résidence est appréciée après justification de six mois de présence dans la collectivité éligible pour l'ITR. Il serait correct de prévoir comme date d'éligibilité le 1^{er} janvier 2009 et non le 13 octobre 2008 afin de ne pas prendre des personnes par surprise. Ce n'est là qu'une question de deux mois et demi, sachant que l'on change un dispositif en vigueur depuis cinquante-six ans.

On ne peut imaginer que des personnes ont anticipé ces mesures voilà six mois et qu'il faut donc se précipiter pour tout bloquer le 13 octobre. Il faut un délai minimum de préavis.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Une crispation sur la date d'éligibilité ne serait pas compréhensible, et il faudra bien d'ailleurs s'interroger un jour sur les moyens de sortir correctement des dispositifs de niche. Le côté couperet en tout cas n'a pas de sens, et j'émetts donc un avis favorable à l'amendement.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno visant à instaurer un plafond égal, à titre transitoire, pour les nouveaux bénéficiaires entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2018, au plafond déterminé pour les bénéficiaires actuels.

M. Gaël Yanno. Mon amendement, comme les deux suivants, est relatif à la troisième famille d'amendements à laquelle Mme la rapporteure pour avis faisait allusion, à savoir le flux, c'est-à-dire les personnes qui prendront leur retraite à partir du 1^{er} janvier 2009.

Il est proposé, pour les nouveaux bénéficiaires dont certains ont d'ores et déjà déposé leur demande de mise en retraite pour les années à venir sur la base du système existant, d'instaurer un plafond égal, à titre transitoire, au plafond déterminé pour les bénéficiaires actuels.

Après un avis défavorable de la rapporteure pour avis, l'amendement est retiré.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno ayant pour objet d'instaurer un plafond égal pour les nouveaux bénéficiaires, proche de celui fixé pour les bénéficiaires actuels.

M. Gaël Yanno. Mon amendement, qui a le même objet que le précédent, est toutefois un peu moins favorable que ce dernier.

Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, l'amendement est retiré.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno visant à instaurer un plafond égal pour les nouveaux bénéficiaires, proche également de celui fixé pour les bénéficiaires actuels.

M. Gaël Yanno. L'effet couperet pour ceux qui prendront leur retraite à compter du 1^{er} janvier 2009 peut être d'une violence extrême, notamment dans le Pacifique. Certains fonctionnaires d'État aujourd'hui âgés de plus de cinquante ans ont cru, depuis trente ou trente-cinq ans qu'ils servent l'État, qu'ils pourraient prendre leur retraite selon un certain dispositif.

Je peux entendre le discours selon lequel il faut mettre un frein aux hautes retraites, mais si le texte est voté en l'état, ce sont les plus petites catégories de la fonction publique d'État qui seront touchées de plein fouet par la réforme. Un préavis est là encore à prévoir.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. On ne peut traiter la question du flux par la voie d'un simple amendement. Il convient plutôt de se tourner vers le Gouvernement afin qu'il propose une solution plus adaptée.

M. le président Didier Migaud. Le problème est qu'aucun amendement ne répond à cette préoccupation.

M. Gaël Yanno. On peut certes voter contre l'amendement et négocier ensuite, mais il me semble préférable de le voter afin de faire réagir le Gouvernement.

M. Michel Diefenbacher. L'amendement consiste à établir un plafond pour les nouveaux bénéficiaires pendant une période transitoire. Le problème est qu'à partir du moment où l'on fixe simplement un plafond, le Gouvernement est libre de fixer les mesures qu'il veut sous ce plafond. Le système proposé n'est-il pas dans ces conditions contraignant pour les retraités, mais pas pour le Gouvernement ?

M. Jean-Pierre Brard. L'instauration d'un plafond me semble une bonne idée. Je l'avais d'ailleurs proposée dans mon rapport. Peut-être convient-il de sécuriser la disposition en la matière, mais l'amendement doit être voté car il permettra au moins d'ouvrir la discussion avec le Gouvernement sur la base d'une position claire.

M. Gaël Yanno. Il me semble raisonnable, pour la progressivité de la réforme, d'instaurer un plafond pour les nouveaux bénéficiaires, proche de celui fixé pour les bénéficiaires actuels, mais en tenant compte de la situation particulière de ceux qui ont servi l'État pendant trente-cinq ou quarante ans et qui prendront leur retraite dans quelques mois.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno visant à faire en sorte que les conditions matérielles d'existence en fin de carrière soient en rapport avec la dignité de la fonction de l'intéressé.

M. Gaël Yanno. Mon amendement a pour objet d'appeler l'attention de la commission sur la remise en cause du principe de sécurité juridique. Aussi vise-t-il à supprimer tout plafonnement pour les bénéficiaires actuels.

Après un avis défavorable de la rapporteure pour avis, l'amendement est retiré.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno visant à baser le calcul de la différence de plafond entre l'Océan indien et le Pacifique sur le rapport existant entre les taux d'indexation, soit 35 % contre 75 %.

M. Gaël Yanno. Mon amendement porte sur la deuxième famille d'amendements, à savoir le stock. Il propose une équité de traitement entre les différentes collectivités dans le calcul de la différence de plafond entre l'Océan indien et le Pacifique.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable. La mesure prévue dans le projet de loi est équitable.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gaël Yanno visant à ce que la dégressivité du plafond soit déterminée par décret.

M. Gaël Yanno. Mon amendement ne change en rien le dispositif initial. Il prévoit simplement que la décroissance du plafond soit déterminée par la loi et que la dégressivité s'effectue de manière linéaire. On ne peut voter un texte sans connaître le projet de décret.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Avis défavorable. L'idée générale, s'agissant du flux, est de rouvrir la discussion avec le Gouvernement. Pour négocier il faut de la confiance, et il n'est donc pas utile de prévoir le contenu d'un décret dans la loi.

La Commission adopte l'amendement, et émet un avis favorable à l'adoption de l'article 63 ainsi modifié.

Article 64 : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2009

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 64.

Article 65 : *Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 65.

Article 66 : *Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 66.

Article 67 : *Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt tendant à rétablir la contribution à la charge des entreprises au financement des fonds de l'amiante.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la Commission **rejette** l'amendement.*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 67 sans modification.

Article 68 : *Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 68.

Article 69 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 69.

Article 70 : *Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 70.

Article 71 : *Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 71.

Article 72 : *Assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 72.

Article 73 : *Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 73.

Article 74 : *Nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 74.

Article 75 : *Contrôle budgétaire de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) sur les organismes de son réseau*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 75.

Article 76 : *Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 76.

Article 77 : *Révision de la procédure des pénalités financières*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt tendant à supprimer l'article 77, le code de la sécurité sociale prévoyant déjà des sanctions pour les abus et les fraudes.

*Après un avis défavorable de la rapporteure pour avis, la Commission **rejette** l'amendement.*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 77 sans modification.

Après l'article 77

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt portant article additionnel après l'article 77 et visant à renforcer l'obligation d'affichage de ses tarifs par le professionnel de santé.

*Après que la rapporteure pour avis a émis un avis défavorable, la Commission **rejette** l'amendement.*

Elle est saisie ensuite d'un amendement de M. Gérard Bapt portant article additionnel après l'article 77 et tendant à ce que les dépassements d'honoraires fassent l'objet d'une expression chiffrée objective encadrant le critère de « tact et mesure ».

*Après que **Mme la rapporteure pour avis** a émis un avis défavorable, la commission **rejette** l'amendement.*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Gérard Bapt portant article additionnel après l'article 77 et visant à préciser que les dépassements facturés sans devis préalables sont considérés comme illégaux.

*Après un avis défavorable de la rapporteure pour avis, la Commission **rejette** l'amendement.*

Article 78 : *Amélioration du recouvrement des indus et extension de la procédure de contrainte*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 78.

Article 79 *Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des États de l'Union européenne*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 79.

Article 80 : *Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 80.

La Commission émet ensuite un avis favorable à l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 ainsi modifié.

AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Article 13

Amendement n° 34 présenté Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances, M. Bapt et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche :

Après l'alinéa 9, insérer l'alinéa suivant :

« *Art. L. 137-15-1.*— Les rémunérations différées visées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code de commerce sont soumises à la contribution fixée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. »

Article additionnel après l'article 29

Amendement n° 35 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

Insérer l'article suivant :

Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, avant le 15 octobre, un rapport présentant un bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ou des organismes financés par ces régimes ainsi que des organismes visés au 8° du III de l'article L.O. 111-4. du code de la sécurité sociale.

Article 34

Amendement n° 36 présenté Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances, M. Bapt et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche :

À l'alinéa 1, après les mots : « nombre d'actes », insérer les mots : « en fonction de la pathologie particulière du malade ».

Article additionnel après l'article 34

Amendement n° 37 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

Insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes locaux d'assurance maladie communiquent aux patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un contrat tel que mentionné au premier alinéa de cet article ».

Article additionnel après l'article 34

Amendement n° 38 présenté Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances, M. Bapt et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche :

Insérer l'article suivant :

Avant la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent ».

Article additionnel après l'article 34

Amendement n° 39 présenté Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances, M. Bapt et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche :

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications.»

Article 52

Amendement n° 40 présenté par Mme Montchamp, rapporteure avis au nom de la commission des Finances :

I.— À la première phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots : « légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, ».

II.— En conséquence, à l'alinéa 3, substituer aux mots : « d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des organisations internationales ».

III.— En conséquence, à la première phrase de l'alinéa 7, substituer aux mots : « d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, ».

IV.— En conséquence, à l'alinéa 8, substituer aux mots : « d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des organisations internationales ».

Article 53

Amendement n° 41 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

I.— À l’alinéa 5, substituer aux mots : « d’assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales ».

II.— En conséquence, à l’alinéa 8, substituer aux mots : « de base et par les régimes complémentaires légalement obligatoires d’assurance vieillesse » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales ».

Article 55

Amendement n° 42 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

I.— À l’alinéa 3, substituer aux mots : « de base et régimes complémentaires légalement obligatoires français ou étrangers, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales » les mots : « légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales ».

II.— En conséquence, à l’alinéa 7, substituer aux mots : « de dispositions législatives ou réglementaires françaises ou étrangères, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales » les mots : « des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales ».

Article additionnel après l’article 55

Amendement n° 43 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

Insérer l’article suivant :

Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires communiquent à la caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés par transmission électronique de données les informations nécessaires à la mise en œuvre des articles L. 173-2 et L. 353-6 du code de la sécurité sociale.

Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret, après avis de la commission nationale de l’informatique et des libertés.

Article 59

Amendement n° 44 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances :

Aux alinéas 4, 9, 14, 20 et 26, substituer aux mots : « des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires » les mots : « des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales ».

Article 63

Amendement n° 45 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

À l'alinéa 4, substituer au mot :

« quinze »,

le mot :

« dix ».

Article 63

Amendement n° 46 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

À l'alinéa 4, substituer à la première occurrence du mot :

« les »,

les mots :

« une ou plusieurs ».

Article 63

Amendement n° 47 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 5 :

« *b*) ou remplir, au regard de la collectivité ou du territoire sur lequel l'intéressé justifie de sa résidence effective, les critères d'éligibilité pour les intérêts matériels et moraux tels qu'exigés pour l'octroi... (*le reste sans changement*) ».

Article 63

Amendement n° 48 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Supprimer l'alinéa 6.

Article 63

Amendement n° 49 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Dans l'alinéa 8, substituer à la date : « 13 octobre 2008 » la date : « 1^{er} janvier 2009 ».

Article 63

Amendement n° 50 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Après le mot : « excéder », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 10 :

« 10 000 € par an à La Réunion, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon et à 18 000 € par an en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie Française et à Wallis-et-Futuna. Ce plafond s’annule à compter du 1^{er} janvier 2028 ».

Article 63

Amendement n° 51 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Après le mot :

« défini »,

rédiger ainsi la fin de la première phrase de l’alinéa 14 :

selon le calcul suivant : montant du plafond d’ITR au 1^{er} janvier de l’année (2008+N) = ITR au 31/12/2008 – N * [(ITR au 31/12/2008 - « plafond final ») ÷ 10].

Article 63

Amendement n° 52 présenté par Mme Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des Finances et M. Yanno :

Compléter la dernière phrase de l’alinéa 14 par les mots :

« pour atteindre le « plafond final » fixé à 10 000 € pour La Réunion, Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon et 21 400 € pour la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française et Wallis-et-Futuna. »

ANNEXE
LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES
PAR VOTRE RAPPORTEURE POUR AVIS

Votre Rapporteure pour avis tient à exprimer ses vifs remerciements aux personnes qu'elle a rencontrées et qui lui ont fourni les éléments nécessaires à la préparation de ce rapport :

– M. Raoul Briet, président du conseil de surveillance du fonds de réserve des retraites (FRR)

– M. Pierre Burban, président de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), M. Pierre Ricordeau, directeur, et M. Alain Gubian, directeur financier

– M. Jean-Christophe Dantonel, conseiller au cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche

– M. Philippe Georges, directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

– M. François Gin, directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

– M. Patrick Hermange, directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

– M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale

– Mmes Mathilde Lignot-Leloup et Marianne Kermoal, conseillers au cabinet du ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique

– MM. Pierre-Alain de Malleray et Pierre Robin, conseillers au cabinet du ministre du Travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité

– M. Patrice Ract-Madoux, directeur de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

– Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes

– M. Julien Samson, conseiller au cabinet du Président de la République

– M. Laurent Vachey, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

– M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM)

– Mme Sophie Villers, présidente du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et M. Jean-Paul Heulin, directeur

– Mme Cécile Waquet et M. Étienne Deguelle, conseillers au cabinet de la ministre de la Santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative