

N° 2912

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2010.

## AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET *de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011* (n° 2854),

PAR Mme Marie-Anne MONTCHAMP,

Députée.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>PREMIÈRE PARTIE : LE TRAITEMENT D'AMPLEUR DE LA DETTE SOCIALE EST LE SOCLE DE LA RÉFORME À ENGAGER</b> .....	9
<b>I.– UN TRANSFERT MASSIF DE DETTE À LA CADES QUI, POUR LA PREMIÈRE FOIS, ENTEND TRAITER UNE PARTIE DES DÉFICITS PRÉVISIONNELS DU RÉGIME GÉNÉRAL</b> .....	10
A.– LE SCHÉMA DE REPRISE DE DETTES PAR LA CADES .....	10
B.– LE FINANCEMENT DES RETRAITES .....	13
1.– Les déficits futurs au titre des retraites seront transférés à la CADES .....	13
2.– Des recettes nouvelles prévues par la réforme des retraites quasiment exclusivement affectées au FSV .....	14
3.– Les modalités d'affectation des nouvelles recettes au FSV .....	21
<b>II.– UNE SITUATION ASSAINIE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2011, DES EFFORTS CONSÉQUENTS POUR L'AVENIR</b> .....	29
A.– LES PRÉVISIONS ASSOCIÉES AU PLFSS POUR 2011 : UN EFFORT IMPORTANT, QUI DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE COMPLÉTÉ .....	29
1.– Un peu moins d'un milliard de recettes nouvelles pour le régime général en 2011 .....	30
2.– Un important plan d'économies .....	32
B.– LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES .....	33
C.– LA SÉCURITÉ SOCIALE RESTE EXPOSÉE AU RISQUE FINANCIER .....	35
<b>SECONDE PARTIE : LES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES DÉPENSES DES BRANCHES</b> .....	39
<b>I.– LE DÉSÉQUILIBRE STRUCTUREL DE LA BRANCHE MALADIE IMPLIQUE UNE RÉFORME PROFONDE</b> .....	39
A.– LA MAÎTRISE DE PLUS EN PLUS PRÉCISE DES DÉPENSES NE SUFFIT PAS À CONTENIR LES DÉFICITS .....	40
1.– L'évolution des comptes de l'assurance maladie en 2009 et 2010 .....	40
2.– L'ONDAM et les mesures d'économies prévues pour 2011 .....	42

B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE .....	44
1.– Bien que les dépenses soient globalement bien maîtrisées, certains postes connaissent une augmentation rapide .....	44
2.– Les mesures d'économies prévues par le présent PLFSS dans le champ des dépenses de soins de ville.....	47
C.– DES PROGRÈS DOIVENT ENCORE ÊTRE RÉALISÉS DANS LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	49
1.– Le dépassement de l'objectif 2010 est atténué par des mesures correctrices .....	49
2.– Les mesures d'économies prévues par le présent PLFSS dans le champ des dépenses des établissements de santé .....	49
3.– La situation financière toujours difficile des hôpitaux publics .....	51
D.– POUR ASSURER LA VIABILITÉ DE NOTRE SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE, UNE RÉFORME PROFONDE EST NÉCESSAIRE .....	52
1.– L'aggravation des déséquilibres .....	53
2.– La nécessité de réguler l'accès aux soins .....	53
<b>II.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>55</b>
A.– APRÈS DEUX ANS DE DÉFICIT, LA BRANCHE AT-MP DEVRAIT RETROUVER L'ÉQUILIBRE EN 2011.....	56
1.– La crise économique et l'augmentation des charges ont plongé la branche AT-MP dans le déficit en 2009 .....	56
2.– En 2010, le déficit demeure important.....	56
3.– En 2011, les mesures prises par le présent projet de loi permettraient le retour à l'équilibre.....	57
B.– LA PARTICIPATION AUX FONDOS AMIANTE SE STABILISE À UN NIVEAU ÉLEVÉ.....	57
<b>III.– LA BRANCHE FAMILLE .....</b>	<b>59</b>
A.– STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE, LA BRANCHE FAMILLE S'INSTALLE POURTANT DANS LES DÉFICITS .....	59
1.– Les effets de la crise se font pleinement sentir en 2010 .....	59
2.– Le déficit se creuserait encore en 2011, du fait de l'augmentation importante des dépenses .....	60
B.– L'ÉVOLUTION DIFFÉRENCIÉE DES PRESTATIONS .....	60
<b>IV.– LE REDRESSEMENT DE LA BRANCHE VIEILLESSE PAR LA RÉFORME DES RETRAITES EN COURS D'EXAMEN .....</b>	<b>62</b>
A.– UN DÉFICIT STRUCTUREL QUI SE CREUSE D'ANNÉE EN ANNÉE.....	62
1.– L'évolution des recettes en 2009 et 2010 .....	62
2.– Un ralentissement relatif de l'augmentation des charges du fait du ralentissement des départs anticipés .....	62

B.– L'IMPACT DE LA RÉFORME SUR LES COMPTES EN 2011 .....	63
1.– Le redressement des comptes de la CNAV en 2011 .....	64
2.– Les nouvelles dépenses prises en charge par le FSV .....	65
<b>V.– LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE .....</b>	<b>67</b>
A.– LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES ET LES COMPTES DE LA CNSA.....	67
1.– La dégradation des comptes de la CNSA.....	67
2.– L'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD).....	68
3.– L'évolution des concours aux départements.....	69
B.– LA SITUATION DES ÉTABLISSEMENTS.....	70
1.– La convergence tarifaire .....	70
2.– L'épuisement des réserves implique la recherche de nouvelles sources de financement des investissements.....	71
<b>EXAMEN EN COMMISSION .....</b>	<b>73</b>
<b>AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION .....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS.....</b>	<b>101</b>



## INTRODUCTION

Notre modèle social est en bout de course, son financement a été poussé au bout de ses capacités. L'échelle de réduction des dépenses se compte en millions d'euros, là où le besoin de recette se compte en milliards. C'est à ce carrefour de nos convictions politiques que nous sommes rendus. Il est aujourd'hui essentiel d'en appeler à une réflexion générale sur les modalités de financement de la sécurité sociale. Le grand débat fiscal que la Rapporteuse pour avis appelle de ses vœux, et souhaité par le Président de la République au printemps prochain, ne doit pas faire l'impasse sur les finances sociales. La réflexion devra être globale, tant fiscale que sociale. C'est une question de survie de notre modèle de protection sociale, pilier de notre pacte républicain.

Il est impératif de redresser les comptes de la sécurité sociale, c'est pour cela qu'est aujourd'hui menée la réforme des retraites, qui prévoit en particulier un flux de recettes nouvelles destinées à financer la dette sociale et à enclencher un mouvement de résorption des déficits du régime général. Ces recettes passent par la réduction de niches fiscales et sociales, par la hausse de taxations ciblées, mais également par la sollicitation des hauts revenus et des revenus du capital. Sur le plan des dépenses, le présent projet ambitionne de réduire les déficits par de nouvelles mesures d'économies, essentiellement centrées sur l'assurance maladie : on constate toutefois qu'en la matière, le processus de ciblage des économies à réaliser est de plus en plus fin, allant jusqu'à des mesures qui ne rapporteraient que 20 millions d'euros. Cette situation ne fait que mettre en avant la nécessité de porter l'effort sur les recettes si l'on souhaite parvenir à un redressement durable des comptes de la sécurité sociale.

C'est de ce point de vue que notre système s'essouffle et c'est pourquoi il convient de le repenser. Le transfert de dette massif qui est opéré dans le cadre du présent projet, à hauteur de 130 milliards d'euros au total sur la période 2011-2018, constitue un premier pas, d'ampleur, dans cette direction : il permet non seulement d'assainir la trésorerie du régime général en ne lui laissant plus porter le poids des déficits cumulés, mais il programme d'ores et déjà le transfert d'une partie des déficits futurs, ceux de la branche vieillesse sur la période couverte par la réforme des retraites, soit jusqu'à 2018. Ce transfert était inéluctable ; et pour la première fois, la reprise de déficits futurs est planifiée.

La crise qui a frappé de plein fouet les recettes du régime général, essentiellement corrélées à l'évolution de la masse salariale, a joué de ce point de vue un rôle de déclencheur, en amenant les pouvoirs publics à « assurer leurs arrières », au lieu de traiter les déficits une fois constatés, voire accumulés depuis plusieurs exercices.

Il n'empêche que si la trésorerie du régime général sortira assainie de cette opération, elle ne sera pas définitivement mise à l'abri du risque financier : les déficits structurels de la branche maladie resteront importants, de l'ordre de 25 milliards d'euros au total sur la période 2012-2014, tandis que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) continuera d'accuser une situation déficitaire, avec un solde cumulé qui pourrait s'établir à plus de 9 milliards d'euros sur la même période. Avec un montant de déficits prévisionnels non repris de l'ordre de 34 milliards d'euros à horizon 2014, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se retrouverait rapidement dans une situation difficile.

De nouvelles décisions doivent donc être prises ; elles ne peuvent attendre, et la mobilisation de nouvelles recettes est de ce point de vue la seule possibilité, la seule option qui soit à la hauteur des enjeux. Le débat fiscal souhaité par le Président de la République au printemps prochain ne pourra de ce point de vue faire l'impasse sur la question du financement de notre système de sécurité sociale : une réflexion sur le niveau des prélèvements sociaux est à cet égard inévitable. Ce débat sera l'occasion d'examiner les niveaux respectifs de contribution des revenus du travail et des revenus du capital au financement de la protection sociale.

Un tel débat, décisif pour l'avenir de notre modèle social, est d'autant plus essentiel que doivent être définies les modalités de financement du risque « dépendance ». De nouvelles recettes devront inmanquablement être dégagées au regard de l'enjeu que constitue le vieillissement démographique pour notre société. La réflexion sur les objectifs que nous fixons à notre modèle social est également décisive s'agissant de l'assurance maladie : si, en termes d'économies, les marges de manœuvre s'avèrent aujourd'hui limitées – à l'exception de certains postes de dépenses particulièrement dynamiques, qu'il convient de canaliser, comme le transport sanitaire par exemple -, il convient de s'interroger sur les finalités de l'assurance maladie, par le biais d'un prisme qui distinguerait entre « petits risques », pour lesquels un effort individuel peut être fourni, et « grands risques » liés aux pathologies graves, aux affections de longue durée et aux situations de dépendance qu'elles occasionnent.

Les deux thématiques sont en tout état de cause étroitement imbriquées : on ne peut discuter des objectifs fixés à notre modèle de protection sociale sans s'interroger sur ses modalités de financement, et inversement. Il ne sera pas possible de faire l'économie d'une refonte du système, du fait du risque financier qui continuera de peser sur la sécurité sociale.



## **PREMIÈRE PARTIE : LE TRAITEMENT D'AMPLEUR DE LA DETTE SOCIALE EST LE SOCLE DE LA RÉFORME À ENGAGER**

La crise qui a frappé l'économie française à partir de la mi-2008 s'est traduite par une aggravation sans précédent de la situation des comptes de la sécurité sociale, dont les recettes, assises en grande partie sur les cotisations sociales, ont pâti du recul enregistré par la masse salariale (– 1,3 % en 2009).

Les déficits du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ont ainsi atteint 23,2 milliards d'euros en 2009 et devraient s'établir à 27,4 milliards d'euros en 2010. Le solde cumulé sur ces deux exercices s'élèverait *in fine* à 51 milliards d'euros. En l'absence de reprise de dette effectuée fin 2009, le plafond d'autorisation d'emprunt de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a été voté à un niveau historique pour 2010, à hauteur de 65 milliards d'euros. La Rapporteuse pour avis s'était prononcée l'an passé en faveur d'un transfert de dette à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), assorti d'une augmentation de la CRDS destinée à son financement, considérant que l'on ne pouvait pas reporter une telle décision. En effet, l'ajournement de toute décision quant à la gestion des déficits cumulés a conduit l'ACOSS à un véritable exercice d'équilibrisme, lui faisant jouer un rôle qu'elle n'a pas vocation à avoir, sa mission étant la gestion de la trésorerie infra-annuelle du régime général.

Au cours de l'année 2010, la Rapporteuse pour avis a donc suivi de très près l'évolution des comptes du régime général, à travers la mise en place d'un « tableau de bord » des comptes sociaux qu'elle a actualisé au cours de l'année. Ce suivi infra-annuel lui a notamment permis d'observer la progression très nette de la masse salariale, qui devrait finalement atteindre 2 % en 2010 contre une prévision initiale de 0,3 % seulement, qui a permis à l'ACOSS de revoir à la baisse en volume son plan de financement pour 2010. Son point bas de trésorerie devrait en définitive s'établir à 51 milliards d'euros contre une prévision de plus de 60 milliards d'euros en projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Toutefois, avec une prévision de déficit du régime général et du FSV à hauteur de 25,1 milliards d'euros pour 2011 selon les estimations de l'annexe B au présent projet, il n'est plus possible de répéter l'exercice : une solution de financement doit être trouvée ; elle se matérialise dans le vaste transfert de dette, à hauteur de 130 milliards d'euros, que programme l'article 9 du présent projet, dans le cadre modifié proposé par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale.

## I.– UN TRANSFERT MASSIF DE DETTE À LA CADES QUI, POUR LA PREMIÈRE FOIS, ENTEND TRAITER UNE PARTIE DES DÉFICITS PRÉVISIONNELS DU RÉGIME GÉNÉRAL

Le présent projet rompt résolument avec l'attentisme qui avait caractérisé la précédente loi de financement : il programme un transfert de dette sans précédent à la CADES, pour 130 milliards d'euros, et apporte un total de 3,5 milliards d'euros de recettes nouvelles au financement de notre système de retraites, dont 2,18 milliards d'euros qui font l'objet de mesures présentées dans le cadre du présent projet (**articles 10 à 12**), les autres mesures figurant dans le projet de loi de finances pour 2011.

Pour la première fois, le transfert de dette programmé comprend des déficits prévisionnels, en l'occurrence, ceux de la branche vieillesse du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sur la période 2011-2017, conformément au calendrier retenu par la réforme des retraites.

Ces mesures constituent véritablement une opération de sauvetage du système. Le risque financier qui a pesé sur l'ACOSS en 2010 se serait révélé insupportable pour elle en 2011 : en effet, en l'absence de mesures, ses besoins de financement auraient atteint près de 80 milliards d'euros.

### A.– LE SCHÉMA DE REPRISE DE DETTES PAR LA CADES

**L'article 9** du présent projet organise la reprise par la CADES des déficits cumulés du régime général et du FSV sur les exercices 2009 et 2010, du déficit prévisionnel des branches maladie et famille en 2011, et des déficits de la branche vieillesse et du FSV sur la période 2011-2018.

Le schéma financier retenu pour cette reprise massive de dette a fait l'objet de commentaires détaillés dans le cadre du rapport pour avis de la commission des Finances n° 2819 sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale<sup>(1)</sup>, présenté par la Rapporteure pour avis, également Rapporteure pour avis de ce projet de loi : nous y renvoyons donc le lecteur. Le texte adopté par les deux assemblées confirme le schéma retenu :

– la reprise de 34 milliards d'euros de déficits cumulés du régime général et du FSV sur les exercices 2009 et 2010, qui correspondent à la « dette de crise », par le biais d'un report de quatre ans de l'échéance d'amortissement de la dette sociale ;

– la reprise des 34 milliards d'euros supplémentaires de déficits du régime général et du FSV sur la même période, qui correspondent à la dette « hors crise », ainsi que des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille (qui s'établiraient à 14,5 milliards d'euros), par le biais de l'affectation à la CADES de 0,28 point de CSG ;

---

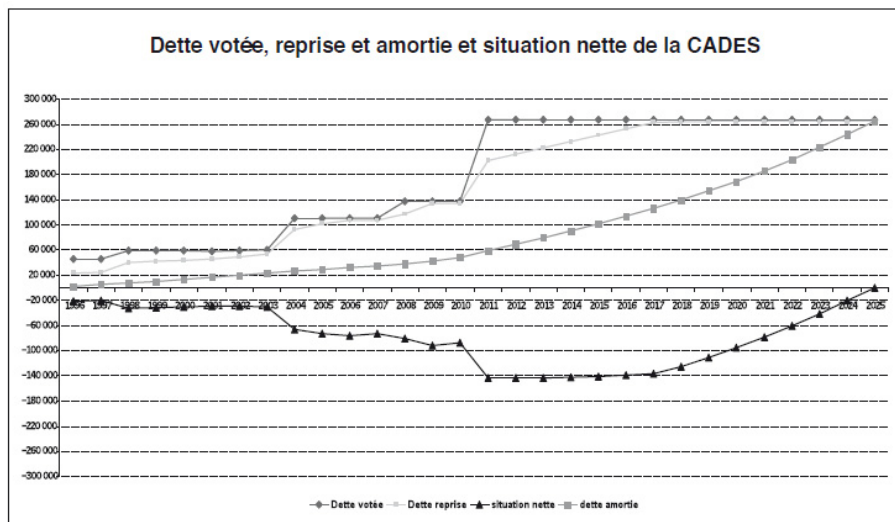
(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r2819.asp>

– et enfin, la reprise progressive, à partir de 2011, des déficits prévisionnels de la branche vieillesse et du FSV sur la période 2011-2018, par le biais de la mobilisation des actifs du Fonds de réserve des retraites (FRR) ainsi que de sa recette pérenne, une fraction de 65 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital.

Le Parlement a souhaité, à l’initiative de l’Assemblée, inscrire dans le texte organique le principe de l’universalité de l’assiette des impositions de toute nature affectées à la CADES : en effet, le schéma initial proposé prévoyait d’affecter à la Caisse le produit de recettes non pérennes, issues de la remise en cause de règles de fiscalité dérogatoires dans le secteur de l’assurance. Cette mesure n’a pas paru acceptable au Parlement, qui a considéré que l’esprit des dispositions conjuguées de la règle organique de 2005 et de l’ordonnance de 1996 qui a présidé à la création de la CADES, imposaient de la mettre en mesure de faire face à son échéance d’amortissement lors de toute opération de transfert de dette, mais également sur l’ensemble de sa durée de vie. Le principe selon lequel seuls des prélèvements sociaux à assiette large doivent alimenter la Caisse – comme c’est le cas depuis sa création avec l’affectation d’une seule recette dédiée, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), et depuis 2009, avec le transfert de 0,2 point de contribution sociale généralisée (CSG) – a été confirmé : c’est d’ailleurs pourquoi la Rapporteuse pour avis a proposé l’affectation au régime général, et en l’occurrence, à la caisse nationale d’allocations familiales (CNAF) du produit des recettes prévues au titre de la taxation du secteur de l’assurance et le transfert, en contrepartie, de la CNAF vers la CADES, de 0,28 point de CSG, correspondant au rendement attendu de ces recettes, à hauteur de 3,2 milliards d’euros.

À titre dérogatoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 pourra affecter à la CADES le produit d’une imposition de toute nature à l’assiette non universelle, en l’occurrence, la fraction de 65 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital aujourd’hui attribuée au Fonds de réserve des retraites (FRR), dont le schéma financier retenu prévoit qu’elle permettra le financement d’une partie des déficits futurs de la branche vieillesse et du FSV sur la période 2011-2018.

Le graphique suivant retrace la nouvelle trajectoire d’amortissement de la dette de la CADES, en intégrant le report de son échéance à 2025 et les nouvelles recettes qui lui seront affectées afin d’amortir ces 130 milliards d’euros de dette nouvelle, qui s’ajoutent aux 87 milliards d’euros de dette restant à amortir.



Remarque : la « situation nette » correspond la dette restant à amortir.

Source : caisse d'amortissement de la dette sociale, septembre 2010

La structure de la dette gérée par la Caisse en sortira profondément modifiée et cela, de façon assez brutale à compter du début de l'année 2011 : en effet, chaque nouvelle opération de reprise nécessite de mobiliser des disponibilités importantes en peu de temps et donc d'accroître le volume des dettes à court terme, essentiellement sous la forme de billets de trésorerie ou de « commercial papers ». Ces dernières sont alors progressivement converties en dettes à moyen et long termes. Compte tenu d'une reprise massive de dette au cours du premier semestre 2011, de l'ordre de 50 milliards d'euros sur un montant total de 68 milliards d'euros de dette à reprendre sur l'année 2011 – la Caisse sera en effet amenée à opérer des versements de l'ordre de 10 milliards d'euros par mois à l'ACOSS à partir de février ou mars 2011 –, la part des emprunts à court terme de la Caisse sera amenée à augmenter notablement, pour passer de 11 % actuellement à 30 à 40 % en janvier 2011. Le niveau actuellement bas des taux place la Caisse dans une situation favorable pour amorcer une reprise d'une telle ampleur : toutefois, une remontée, peut-être brutale, des taux pourrait changer la donne. La Rapporteuse pour avis suivra en tout état de cause de très près les évolutions qui pourraient se dessiner sur le plan macroéconomique et qui pourraient avoir un impact sur la gestion de la dette de la CADES : en effet, selon les informations fournies par le président du conseil d'administration de la Caisse, M. Patrice Ract-Madoux, une remontée des taux de l'ordre de 100 points de base conduit à décaler, toutes choses égales par ailleurs, l'échéance d'amortissement de huit à dix mois ; une remontée des taux de l'ordre de 200 points de base introduit un décalage de l'ordre d'un an à un an et demi.

Il était dans ce contexte essentiel de garantir la qualité de la signature de la Caisse, élément crucial de sa crédibilité vis-à-vis des marchés qui la financent : l'on ne peut que se féliciter que les garanties nécessaires lui soient apportées dans le cadre du projet de loi organique et du présent projet.

## B.– LE FINANCEMENT DES RETRAITES

Avec la programmation de la reprise par la CADES de 62 milliards d'euros correspondant aux déficits prévisionnels cumulés du régime général et du FSV sur la période 2011-2018 et la mobilisation de près de 3,5 milliards d'euros pour financer la réforme des retraites, le présent projet affiche un volontarisme que l'on se doit de souligner.

### 1.– Les déficits futurs au titre des retraites seront transférés à la CADES

S'agissant des déficits futurs de la branche vieillesse et du FSV, la réforme des retraites proposée par le Gouvernement prévoit leur reprise progressive par la CADES sur l'ensemble de la période, soit entre 2011 et 2018. En tenant compte de l'impact financier de la réforme, ces déficits cumulés sur la période devraient être ramenés à 62 milliards d'euros, comme le retrace le tableau suivant.

#### DÉFICITS CUMULÉS DE LA CNAV ET DU FSV SUR LA PÉRIODE 2011-2018

(en milliards d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>solde CNAV € 2008 après réforme et transferts</b>	-8,3	-6,5	-6,9	-7,3	-6,8	-5,9	-3,9	-2,8	-0,8	0,0	0,0
<b>conversion en euros courants</b>	-0,1	-0,2	-0,3	-0,5	-0,6	-0,6	-0,5	-0,4	-0,1	0,0	0,0
<b>frais financiers</b>	-0,2	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0
<b>solde CNAV euros courants après mesures</b>	-8,6	-6,9	-7,4	-8,0	-7,7	-6,7	-4,6	-3,4	-1,0	-0,1	0,0
dette cumulée = 45,7 Mds €											
<b>solde FSV € 2008 après réforme</b>	-4,2	-3,7	-3,4	-2,9	-2,2	-1,6	-1,0	-0,4	0,0	0,5	0,9
<b>conversion euros courants</b>	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,2
<b>solde FSV euros courants après mesures</b>	-4,3	-3,8	-3,6	-3,1	-2,4	-1,8	-1,1	-0,5	0,0	0,5	1,1
dette cumulée = 16,3 Mds €											

Source : ministère du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

Ces sommes seraient financées par le transfert, dès 2011, à la CADES de la fraction de 65 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital qui était jusque-là attribuée au FRR, pour un rendement de 1,5 milliard d'euros en 2011, et par le versement annuel à la Caisse du produit de la réalisation d'une partie des actifs du FRR à hauteur de 2,1 milliards d'euros par an sur quatorze ans, soit un versement total de 29,4 milliards d'euros<sup>(1)</sup>. La CADES serait ainsi amenée à reprendre les déficits annuels de la CNAV et du FSV, par tranche maximale de 10 milliards d'euros par an. Auditionné par la Rapporteur pour avis, M. Yves Chevalier, membre du directoire du FRR, a confirmé que ce schéma conduirait à une révision de l'allocation stratégique des actifs du Fonds, dans le contexte d'une réduction importante, de seize ans, de la durée prévisionnelle de son passif, qui se voit ramené de 2040 à 2024 et d'un changement de ses conditions de gestion, dans la mesure où le Fonds ne sera plus abondé par des recettes nouvelles à partir de 2011 : si la valeur du Fonds sera donc amenée à se réduire progressivement, sa durée de vie de quatorze ans lui laisse néanmoins une marge non négligeable de rendement potentiel. La proportion de ses actifs de performance sera donc réduite, mais une poche de tels actifs de l'ordre de 30 % resterait envisageable.

## 2.– Des recettes nouvelles prévues par la réforme des retraites quasiment exclusivement affectées au FSV

La quasi-totalité des recettes annoncées dans le cadre de la réforme des retraites, et qui se matérialisent dans le projet de loi de finances pour 2011 et le présent projet, seraient affectées au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui se voit en effet transférer le financement d'une partie du minimum contributif à compter de 2011. Le tableau suivant en offre un récapitulatif.

---

(1) Ce schéma est explicité dans le rapport pour avis de Mme Marie-Anne Montchamp n° 2819 de la commission des Finances, sur le projet de loi organique n°2781 relatif à la gestion de la dette sociale, septembre 2010.

## RENDEMENT DES RECETTES ENVISAGÉES AU PROFIT DES RÉGIMES DE RETRAITE

(en millions d'euros constants de 2010)

	Rendement 2011	Rendement 2020
<i>Contributions des hauts revenus</i>	415	630
Augmentation de 40 % à 41 % du taux marginal du barème de l'impôt sur le revenu	230	290
Retraites-chapeau : suppression de l'abattement de 1 000 euros par mois pour l'imposition des rentes et instauration d'une contribution salariale spécifique de 14 %	115	140
Stock-options : passage de la contribution patronale spécifique sur la valeur des options de 10 à 14 % et de la contribution salariale sur le gain de levée d'option de 2,5 à 8 %	70	200
<i>Contributions des revenus du capital</i>	1 090	1 340
Hausse d'un point des prélèvements sur les plus-values de cessions mobilières (18 % à 19 %)	90	110
Hausse d'un point des prélèvements sur les plus-values de cessions immobilières (16 % à 17 %)	45	50
Hausse d'un point du prélèvement forfaitaire libératoire sur les dividendes et les intérêts (18 % à 19 %)	130	160
Suppression du crédit d'impôt sur les dividendes	645	800
Imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières au premier euro	180	220
<b>Total taxes sur les ménages</b>	<b>1 505</b>	<b>1 970</b>
Annualisation des allègements généraux de charges sociales	2 000	2 400
Suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales	200	250
<b>Total taxes sur les entreprises</b>	<b>2 200</b>	<b>2 650</b>
<b>Total</b>	<b>3 705</b>	<b>4 600</b>

Source : direction de la législation fiscale et direction de la sécurité sociale

Les recettes actuelles du FSV sont actuellement constituées :

– d'une fraction de CSG, à hauteur de 0,85 point depuis 2009, contre 1,05 point précédemment. En effet, le transfert à la CADES des déficits cumulés du Fonds au 31 décembre 2009, à hauteur de 4 milliards d'euros, s'est accompagné de l'affectation à la Caisse d'une fraction de 0,2 point de CSG en provenance du Fonds ;

– d'une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) après affectation aux régimes de base du régime social des indépendants (RSI) à hauteur de leur déficit <sup>(1)</sup> ;

(1) L'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les droits des régimes de base du RSI sur la C3S sont égaux à leur déficit comptable avant prise en compte de la C3S, et ne sont donc définitivement connus, au titre d'un exercice, qu'à l'issue des arrêtés de comptes. Après attribution de C3S au RSI en fonction de ces impératifs, l'affectation de C3S au FSV est ensuite déterminée.

– d’une fraction de 5 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital (cette fraction était de 20 % avant l’attribution, opérée en 2009, de 15 points de ce prélèvement à la branche vieillesse) ;

– d’une contribution de la caisse nationale d’allocations familiales (CNAF) au titre de la prise en charge par le FSV des majorations de pension pour enfants à charge : cette contribution est passée de 60 à 70 % en 2009, puis à 85 % en 2010 (elle atteindra 100 % en 2011) ;

– et enfin, de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies relevant de l’article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, dites « retraites chapeau ». Le rendement de cette contribution s’établirait à 65,1 millions d’euros en 2010 et à 69 millions d’euros en 2011, à cadre législatif inchangé.



### LE RÉGIME SOCIAL APPLICABLE AUX « RETRAITES CHAPEAU »

Le champ des régimes de retraite à prestations définies englobe celui, plus étroit, des « retraites chapeau » visées par l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale : ce dernier ne recouvre que les systèmes à droits aléatoires<sup>(1)</sup>. Les contrats concernés présentent trois caractéristiques principales :

– ils sont collectifs (les cotisations sont versées sur un fonds collectif et non pas sur des comptes individuels comme c'est le cas dans les régimes à cotisations définies) ;

– le niveau des prestations est prédéterminé (et corrélativement, l'engagement de l'entreprise à garantir ce niveau), ce qui fait que le coût de la retraite n'est pas connu à l'avance, car un certain nombre d'aléas peuvent survenir entre-temps ;

– dans ces contrats, seuls les salariés présents dans l'entreprise au moment de leur retraite bénéficient des droits à retraite supplémentaires, l'objectif souvent affiché étant de fidéliser les cadres dirigeants.

En vertu de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, les contributions aux régimes relevant de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale sont exonérées, sans plafond, de CSG, de CRDS et de cotisations sociales.

En contrepartie, une contribution à la charge de l'employeur est affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ; le taux de cette contribution varie en fonction du choix de l'employeur sur le mode de prélèvement. Lors de la création du régime, l'employeur doit opter pour l'assujettissement des rentes versées ou pour celui des contributions destinées à financer le régime :

– si l'employeur choisit l'assujettissement de la rente, la contribution est assise sur la partie des rentes excédant un tiers du plafond de la sécurité sociale (soit 962 euros mensuels depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010) et le taux est alors de 16 % ;

– si l'entreprise fait le choix d'une contribution assise sur les sommes destinées au financement du régime, le taux de la contribution varie selon que le régime est géré en interne (il est alors de 24 %) ou confié à un organisme externe, société d'assurances, institution paritaire, mutuelle... (il est alors de 12 %).

Ce dispositif social est particulièrement avantageux pour deux raisons : d'une part, aucun plafond n'est appliqué pour l'exonération de cotisations sociales, contrairement aux régimes à cotisations définies pour lesquels un plafond d'exonération est fixé à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale ; d'autre part, les taux sont très inférieurs aux taux de cotisation pratiqués pour les autres régimes de retraite supplémentaire d'entreprise (entre 30,93 % et 51,23 % selon le niveau de salaire).

(1) Les autres régimes à prestations définies, à droits individualisés, sont soumis au régime de droit commun valable en matière de retraite supplémentaire : dès lors qu'ils ne sont pas réservés à une catégorie de salariés et que les droits qu'ils ouvrent ne sont pas conditionnés à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, le financement par l'employeur est soumis à CSG, CRDS et au forfait social dans la limite d'un plafond.

Le Fonds, qui a pour mission de financer les avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale - en particulier le minimum vieillesse, la prise en charge de cotisations au titre du chômage et des majorations de pensions pour enfants et conjoint à charge -, s'est également vu transférer par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 le financement des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité, jusque-là prises en charge par le régime général et les régimes alignés. Cette nouvelle mission conduit à aggraver la dégradation des comptes du FSV : après un déficit de l'ordre de 3,16 milliards d'euros en 2009, le déséquilibre du Fonds s'établirait à 4,25 milliards d'euros en 2010.

S'il semble cohérent de clarifier la ligne de partage entre les droits soumis à contribution et les avantages et prestations non contributifs, en isolant le financement de ces derniers, il devient aujourd'hui insoutenable de ne pas doter le Fonds de recettes à la hauteur des enjeux. **L'article 14** du présent projet procède en conséquence à l'affectation de la quasi-totalité des nouvelles recettes prévues dans le cadre de la réforme des retraites au Fonds de solidarité vieillesse, pour une prévision à hauteur de **3,59 milliards d'euros en 2011 et 3,88 milliards d'euros en 2012**. Le détail de ces recettes figure dans le tableau suivant.

**NOUVELLES RECETTES AFFECTÉES AU FSV  
AU TITRE DE LA RÉFORME DES RETRAITES**

(en millions d'euros)

	2011	2012
CSSS additionnelle	982	1 020
Part du forfait social	428	654
Fraction de la taxe sur les salaires	2 000	2 090
Contribution sur les retraites chapeau	110	117
Total	3 520	3 881

Source : évaluation préalable des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

Afin de financer ses nouvelles missions, le FSV se verrait affecter, à compter de 2011 :

- la totalité de la C3S additionnelle, jusqu'alors affectée à la branche maladie et dont le taux est de 0,03 % (**alinéa 7** de l'article 14) : son rendement prévisionnel s'établirait à 950 millions d'euros en 2010 et 979 millions d'euros en 2011, selon les estimations de la commission des comptes de la sécurité sociale (982 millions d'euros en 2012 selon l'évaluation gouvernementale) ;

- une fraction du forfait social, jusqu'alors affectée également à la branche maladie, dont le calibrage a été opéré de façon à transférer au FSV une somme de 428 millions d'euros en 2011. Au regard de l'augmentation de 4 à 6 % du taux du forfait social, prévue par **l'article 13** du présent projet, l'équivalent de la somme attendue correspond à 2,45 % en 2011 (**alinéa 22** de l'article 14) ; à compter de 2012, ce taux sera porté à 3,58 % (**alinéa 13** de l'article 14) ;

- une fraction égale à 16,7 % du produit de la taxe sur les salaires affectée, dans le cadre de la compensation des allègements généraux, aux régimes concernés, à hauteur de 2 milliards d'euros (**alinéa 5** de l'article 14) ;

- le produit des recettes accessoires du Fonds de réserve des retraites (FRR) (**alinéas 26 à 32** de l'article 9) et qui correspondent à une partie du produit des redevances dues pour les fréquences utilisées par les téléphones mobiles de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> générations (UMTS), au produit de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieure à 2 300 euros au plan d'épargne retraite collectifs (PERCO), ainsi qu'aux sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et de l'assurance-vie, au terme du délai de

prescription trentenaire. Ces sommes représenteraient au total 75 millions d'euros au titre des licences UMTS et quelques millions d'euros pour les deux autres recettes.

En outre, **l'article 10** du présent projet, qui prévoit d'alourdir la taxation au titre des « retraites chapeau », dont le produit est déjà affecté au Fonds, pourrait générer un gain supplémentaire de 110 millions d'euros en 2011. Cet article prévoit en effet de :

– supprimer l'abattement forfaitaire sur les rentes lorsque l'employeur a opté pour le prélèvement à la sortie. Cet abattement, qui ne bénéficie pas aux contributions lorsqu'elles sont versées à l'entrée, n'apparaît en effet pas justifié ;

– et créer une contribution au taux de 14 % pesant sur le bénéficiaire au moment de la perception des rentes. Actuellement, les rentes perçues à ce titre sont soumises à la CSG sur les revenus de remplacement au taux de 6,6 %, à la CRDS (0,5 %) et à la contribution maladie de 1 % sur les avantages de retraite autres que ceux de base, soit un total de 8,1 %. La fixation d'un taux de 14 % supplémentaire reviendrait donc à porter le taux global de prélèvement sur ces rentes à 22,1 %, soit un taux à peu près équivalent à celui qui s'applique aux cotisations et contributions salariales.

La commission des Finances a adopté, à l'initiative de M. Laurent Hénart, un amendement prévoyant un abattement à hauteur d'un dixième du plafond de la sécurité sociale (soit 3 462 euros par an) avant application de la contribution de 14 % à ce type de rentes : s'il est légitime de rechercher un alignement des taux de prélèvements pesant sur ces rentes et de ceux portant sur les revenus salariaux, il convient en effet de ne pas pénaliser les bénéficiaires de rentes modestes. Loin de ne concerner que des cadres supérieurs et dirigeants, des régimes de retraite à prestations définies ont souvent été mis en place dans certaines entreprises pour garantir un taux de remplacement suffisant à leurs salariés : il s'agit, dans la plupart des cas, des anciennes « institutions de retraite supplémentaire » (IRS) le plus souvent créées à la suite de privatisation d'entreprises nationalisées, et qui ont été transformées ou dissoutes en application de la loi n° 2003-775 portant réforme des retraites. La commission des Finances a ainsi jugé qu'une telle mesure d'équité se devait de ne pas emporter d'effet préjudiciable aux titulaires de rentes de niveau modeste.

Le tableau suivant retrace l'évolution prévisionnelle des comptes du FSV entre 2009 et 2011.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DU FSV DE 2009 À 2011**

(en millions d'euros)

	2009	Évolution (en %)	2010 (p)	Évolution (en %)	2011 (p)	Évolution (en %)
<b>Charges</b>	<b>16 170</b>	<b>10,6</b>	<b>17 671</b>	<b>9,3</b>	<b>21 958</b>	<b>24,3</b>
Charges techniques	15 927	10,3	17 480	9,8	21 772	24,6
Prise en charge de cotisations par le FSV	8 921	17,2	10 239	14,8	10 773	5,2
<i>Au titre du service national</i>	22	- 40,4	20	- 8,6	20	0
<i>Au titre du chômage</i>	8 899	17,5	9 588	7,8	9 457	- 1,4
<i>Au titre de la maladie</i>	0	-	630		1 297	++
Prise en charge de prestations par le FSV	7 006	2,6	7 242	3,4	10 999	51,9
<i>Au titre du minimum vieillesse</i>	2 821	1,4	2 948	4,5	3 058	3,7
<i>Au titre des majorations de pensions</i>	4 185	3,5	4 293	2,6	4 441	3,4
<i>Au titre du minimum contributif</i>					3 500	-
Autres charges techniques	150	-15,5	154	2,3	158	0
Dotations aux provisions	86	++	36	--	27	0
Autres charges	7	++	1		1	0
<b>Produits</b>	<b>13 008</b>	<b>- 15,7</b>	<b>13 419</b>	<b>3,2</b>	<b>18 122</b>	<b>35</b>
Cotisations, impôts et produits affectés	10 122	- 22,3	9 821	-3	13 739	39,9
CSG	9 192	- 20,9	9 348	1,7	9 611	2,8
Autres ITAF	931	- 33,9	473	-49,2	4 127	++
C3S	800	0	300	--	350	16,7
<i>C3S additionnelle</i>					982	-
<i>Taxe sur les salaires</i>					2 000	-
<i>Contribution sur les avantages de retraite</i>	33	16,4	65	++	179	++
<i>Contribution sur les avantages de préretraite</i>	0	--	0	++	0	-
<i>Prélèvement social de 2 %</i>	98	--	108	9,5	113	5,4
<i>Forfait social</i>					428	-
<i>UMTS</i>					75	
Prises en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants	2 883	20,8	3 596	24,7	4 381	21,8
Autres produits	3	-	2	-33,3	2	0
<b>Résultat net</b>	<b>-3 162</b>		<b>-4 253</b>		<b>-3 837</b>	

(1) Les zones grisées correspondent aux nouvelles recettes affectées à partir de 2011 au FSV.

Source : annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

Ces moyens supplémentaires doivent donc permettre au Fonds de :

– participer au financement du minimum contributif, à hauteur de 3,6 milliards d'euros au total : 3 milliards d'euros pour le régime général, 0,4 milliard d'euros pour le régime des salariés agricoles et 0,1 milliard d'euros pour le RSI, soit environ 56 % de la dépense de ces régimes. En effet, le coût total du minimum contributif, qui permet d'améliorer le niveau de pension des retraités les plus modestes, s'établirait à 5,4 milliards d'euros pour la branche vieillesse du régime général, à 0,6 milliard d'euros pour le régime des salariés agricoles et à 0,2 milliard d'euros pour le RSI ;

– et d’achever le processus de transfert, en provenance des différents régimes, des validations gratuites de trimestres au titre des périodes d’arrêt maladie, maternité, AT-MP et invalidité, à hauteur de 0,7 milliard d’euros pour 2011.

**La Rapporteuse pour avis note que les charges ainsi transférées excèdent le niveau des nouvelles ressources qui seraient affectées au Fonds.**

Cet écart est préoccupant, car il ne fait que poursuivre un mouvement déjà initié les années passées : en effet, le transfert opéré à partir de 2010 des validations gratuites de trimestres ne s’est pas accompagné de l’affectation de recettes à due concurrence ; en outre, lors de la dernière reprise de dette par la CADES, le Fonds a cédé 0,2 point de CSG en contrepartie du transfert de ses déficits cumulés à la Caisse.

Ce déséquilibre explique que le déficit prévisionnel du FSV en 2011 s’établisse à 3,8 milliards d’euros, au lieu de 4,25 milliards d’euros en 2010 et 3,16 milliards d’euros en 2009. Le solde cumulé du Fonds, à fin 2011 et compte tenu de la reprise de la dette du FSV par la CADES fin 2008, représenterait 11,25 milliards d’euros, et cela, malgré l’effort conséquent qui résulte de la mise en place de nouvelles recettes. Une telle situation est dommageable, d’autant plus qu’elle pèse *in fine* sur la branche vieillesse elle-même, qui supporte le poids des frais financiers du Fonds.

3.– Les modalités d’affectation des nouvelles recettes au FSV

À l’exclusion de la recette tirée de la taxation des « retraites chapeau », aucune des recettes prévues pour être affectées au FSV ne lui bénéficie directement. C’est en réalité une vaste opération de transfert de recettes qui est menée, en partie dans le cadre du présent projet, mais également dans le projet n° 2824 de loi de finances pour 2011.

La réforme des retraites a en effet prévu une augmentation de recettes, à hauteur initialement de 3,7 milliards d’euros en 2011 ; elle serait finalement de **3,52 milliards d’euros**, dont 1,34 milliard d’euros au titre de l’imposition des hauts revenus, des revenus du capital et de la suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales, et 2,18 milliards d’euros au titre des mesures de taxation des retraites chapeau, des stock-options et de l’annualisation du calcul des allègements généraux. Ces mesures sont destinées à financer le FSV (l’une d’elles étant en réalité destinée à la branche maladie du régime général) : ces mesures figurent aux articles 3 à 6 du projet de loi de finances pour 2010 <sup>(1)</sup> et aux **articles 10 à 12** du présent projet.

---

(1) Le détail des mesures est commenté dans le tome II du rapport général n° 2857 de M. Gilles Carrez, Rapporteur général du budget : « Examen de la première partie du projet de loi de finances, Conditions générales de l’équilibre financier ».

Au sein du projet de loi de finances, les mesures de recettes proposées, qui portent sur des impôts affectés au budget général, généreraient un gain de 1,34 milliard d'euros en 2011 (**1,25 milliard d'euros *in fine***).

- L'article 3 du projet de loi de finances prévoit une contribution supplémentaire de 1 % sur les hauts revenus et sur les revenus du capital : majoration d'un point de la tranche d'imposition de 40 % du barème progressif à l'impôt sur le revenu, du taux de 18 % des prélèvements forfaitaires libératoires de l'impôt sur le revenu applicables aux revenus de capitaux mobiliers, du taux de 18 % de la retenue à la source sur les dividendes versés par des sociétés françaises à certaines personnes physiques non résidentes, ainsi que des taux proportionnels d'imposition des plus-values de cessions de valeurs mobilières (18 %) et des plus-values immobilières (16 %). Le rendement de cette hausse de l'imposition s'établirait à **495 millions d'euros en 2011**, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi de finances, mais il ne serait rigoureusement que de **405 millions d'euros en 2011**, dans la mesure où le relèvement des taux dérogatoires au barème ne s'applique qu'aux revenus perçus ou réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 (en pratique, la recette supplémentaire de 90 millions d'euros attendue du relèvement du prélèvement proportionnel sur les plus-values de cessions mobilières ne générera de rendement qu'à compter de 2012).

- L'article 4 du projet de loi de finances supprime le crédit d'impôt « dividendes », attaché aux revenus distribués de source française ou étrangère : cette suppression générerait un rendement de l'ordre de **645 millions d'euros en 2011**.

- L'article 5 du projet de loi de finances supprime le seuil de cession pour l'imposition à l'impôt sur le revenu des gains de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux réalisés par les particuliers, dont on rappelle qu'elle est portée au taux forfaitaire de 19 % par l'article 3 : le produit supplémentaire attendu à ce titre serait de **180 millions d'euros, mais seulement à partir de 2012**, dans la mesure où la suppression du seuil de cession ne s'appliquera qu'à celles réalisées à compter de 2011.

- Enfin, l'article 6 du projet de loi de finances propose de supprimer le plafonnement aux frais et charges réels de la quote-part réintégrée au résultat imposable des dividendes exonérés d'impôt dans le cadre du régime fiscal des sociétés mères, dit régime « mère-fille », pour une recette supplémentaire estimée à **200 millions d'euros en 2011**.

Ces recettes étant naturellement affectées au budget de l'État, il est prévu d'organiser une série de transferts successifs, afin de doter *in fine* le FSV de l'équivalent du rendement de ces quatre mesures.

- L'article 39 du projet de loi de finances prévoit d'affecter à la branche maladie du régime général la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de plusieurs secteurs d'activité en lien avec la sphère sociale : il s'agit de la TVA brute

collectée par les fabricants de matériel médico-chirurgical et dentaire, les médecins généralistes, les infirmiers et les sages-femmes, les structures hospitalières, les structures d'hébergement médicalisé pour les personnes âgées et les structures d'hébergement social pour personnes handicapées mentales et personnes souffrant d'une maladie mentale. La prévision initiale de recettes au titre de la majoration d'un point de la dernière tranche du barème de l'impôt sur le revenu et des prélèvements sur les revenus du capital s'établissant à 1,34 milliard d'euros, le transfert de TVA prévu pour 2011 s'opérerait dans la limite de ce montant.

Il n'en demeure pas moins qu'au regard d'un produit final des recettes allant à l'État, dont on a vu qu'il ne s'établirait qu'à 1,25 milliard d'euros en 2011, les opérations de transfert prévues emportent une perte de recettes nettes pour l'État. Le rendement de ces recettes devrait néanmoins augmenter en 2012, avec l'effet de la majoration du prélèvement forfaitaire libérateur sur les dividendes et les intérêts (130 millions d'euros de recettes supplémentaires sont en effet attendus à ce titre) qui n'emporte d'effet qu'à compter de cette date, pour s'établir à 1,588 milliard d'euros en tenant compte de l'augmentation du produit liée aux autres impositions, ainsi que le récapitule le tableau suivant.

**MESURES DE RECETTES DE LA RÉFORME DES RETRAITES REVENANT SPONTANÉMENT  
AU BUDGET GÉNÉRAL DE L'ÉTAT**

(en millions d'euros)

	<b>2011 (p)</b>	<b>2012 (p)</b>	<b>2013 (p)</b>
Augmentation de 40 à 41 % du taux marginal du barème de l'IRPP	230	241	252
Hausse d'un point des prélèvements proportionnels			
-plus-values de cessions mobilières (18 à 19 %)	90	94	98
-plus-values de cessions immobilières (16 à 17 %)	45	46	48
-prélèvement forfaitaire libérateur sur les dividendes et les intérêts (18 à 19 %)	130	674	703
Suppression du crédit d'impôt sur les dividendes	645	674	703
Imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières au 1 <sup>er</sup> euro	0	188	196
Suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales	200	209	218
<b>Total des recettes arrivant « spontanément » au budget général de l'État</b>	<b>1 340</b>	<b>1588</b>	<b>1 656</b>

Source : évaluation préalable des articles du projet de loi de finances pour 2010

Dès lors, à compter de 2012, c'est la totalité du produit de la TVA brute sur les biens et services médicaux concernés qui serait affectée à la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le tableau suivant retrace l'évolution parallèle des rendements des recettes attendues de la TVA sectorielle et des recettes prévues aux articles 3 à 6 du projet de loi de finances.

**PRODUITS PRÉVISIONNELS DE LA TVA À TRANSFÉRER ET DES  
« NOUVELLES RESSOURCES »**

*(en millions d'euros)*

	2011	2012	2013
Produit constaté des TVA sectorielles visées par l'article 39	1 512	1 592	1 676
Produit effectivement versé des TVA sectorielles visées par l'article 39	1 340	1 592	1 676
Produit des « nouvelles ressources » affectées au budget de l'État	1 340	1 588	1 656
Écart TVA – « Nouvelles ressources »	0	4	20

*Source : d'après l'étude d'impact annexée à l'article 39 du projet de loi de finances pour 2011*

On peut s'étonner de la quasi-concordance entre les deux types de recettes : un écart de seulement 20 millions d'euros pourrait à ce titre être constaté en 2013, au profit d'ailleurs de la CNAM. Il convient de rappeler que contrairement à la compensation des allègements généraux et des exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires, par le biais de paniers fiscaux affectés à la sécurité sociale, il n'est pas retenu ici le principe d'une compensation : aucune garantie de la recette n'est donc prévue pour l'assurance maladie. Une fois transférée, la TVA brute sur les biens et services concernés évoluera sans qu'aucun mécanisme d'ajustement n'intervienne. On est en droit de s'en étonner : certes, il ne s'agit pas ici de compenser une perte de recettes pour l'assurance maladie ; il n'en demeure pas moins que l'intention portée par la réforme des retraites reposait sur la mise à contribution des hauts revenus et des revenus du capital. Si la recette tirée de cette imposition supplémentaire n'est pas *in fine* affectée à la branche vieillesse, c'est l'esprit de la réforme qui aura vécu.

*A fortiori*, on doit constater que le « fléchage » des recettes vers le FSV, destinataire final de ce surcroît d'imposition, passe par un second mécanisme de transfert : en effet, si la branche maladie percevra à compter de 2011 le produit de la TVA brute sur les biens et services médicaux énoncés plus haut, à hauteur de 1,34 milliard d'euros en 2011, 1,592 milliard d'euros en 2012 et 1,656 milliard d'euros en 2013, elle sera amenée à transférer en contrepartie au FSV la totalité du produit de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) additionnelle et une fraction du produit du forfait social, comme évoqué plus haut.

La neutralité de l'opération est théoriquement assurée pour l'assurance maladie, comme le retrace le tableau suivant.

**ÉVOLUTION DES RECETTES AFFECTÉES À LA CNAM ET DES RECETTES  
TRANSFÉRÉES AU FSV DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DES RETRAITES**

*(en millions d'euros)*

Rendement des mesures		2011	2012
Surcroît de recettes pour la CNAM	Stock options	70	82
	TVA	1 340	1 592
	Sous-total (A)	1 410	1 674
Perte de recettes pour la CNAM (transfert au FSV)	Part du forfait social	428	654
	C3S additionnelle	982	1 020
	Sous-total (B)	1 410	1 674
<b>Bilan pour la CNAM</b>	<b>A-B</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

*Source : évaluation préalable des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*



Le même constat s'impose : l'exercice a consisté à « calibrer » le niveau des recettes affectées à l'assurance maladie et celles qu'elle sera amenée à transférer au FSV, afin d'aboutir à une stricte concordance. Celle-ci n'est toutefois nullement garantie. Si l'on peut souscrire à la volonté d'affecter des recettes cohérentes avec l'objet de leur financement (la TVA sur certains biens et services médicaux pour l'assurance maladie, la C3S additionnelle au FSV, déjà affectataire d'une fraction de la C3S), la multiplication des « organismes pivots », qui apparaissent dans cette opération comme de simples supports de « branchement » de recettes, ne contribue pas à la lisibilité du dispositif. Et s'il est logique que les recettes issues de l'impôt sur le revenu restent à l'État, la question qui se pose est bien celle de savoir s'il convenait de prendre de telles mesures d'alourdissement de l'imposition sur le revenu pour financer la réforme des retraites : n'aurait-il pas été plus simple, plus cohérent, mais également plus sensé d'augmenter les prélèvements sociaux sur les revenus du capital pour affecter le surplus de recettes à la branche vieillesse ?

Le présent projet prévoit quant à lui de nouvelles recettes à hauteur de 2,18 milliards d'euros en 2011.

- **L'article 10** prévoit, comme on l'a vu, d'alourdir la taxation des retraites-chapeau, pour un rendement évalué à 110 millions d'euros en 2011 et à 117 millions d'euros en 2012, qui ira directement au FSV, les contributions existantes à ce titre lui étant déjà affectées.

- **L'article 11** propose de relever de 2 à 8 % le taux de la contribution des bénéficiaires de stock-options au moment de la cession des titres, et de porter de 10 à 14 % la contribution de l'employeur au moment de l'attribution de stock-options : le gain supplémentaire attendu serait de 70 millions d'euros en 2011 et de 82 millions d'euros en 2012, pour l'assurance maladie, affectataire de ces contributions depuis leur création par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

- Enfin, **l'article 12** prévoit l'annualisation du calcul des allègements généraux de charges, pour un **rendement prévisionnel de 2 milliards d'euros en 2011**. Le coût total de cette exonération est estimé à 21,85 milliards d'euros en 2010 et à 21,18 milliards d'euros en 2011 par l'annexe 5 au présent projet.

La réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale a été instaurée par la loi du 1<sup>er</sup> janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et à l'emploi : elle est destinée à favoriser l'emploi des salariés les moins qualifiés, en diminuant le coût du travail pour les niveaux de salaire pour lesquels l'élasticité de la demande de travail à son coût est la plus sensible. Elle consiste en une réduction dégressive des cotisations patronales de un à 1,6 SMIC. Initialement calculé sur une base horaire, le taux de l'allègement général a été mensualisé à l'occasion de la mise en place du dispositif d'exonération sur les heures supplémentaires et complémentaires par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Le calcul des allègements fondé sur la rémunération annuelle versée au salarié et non plus sur la rémunération mensuelle est destiné à rendre équivalent le montant de la réduction sur une année quelle que soit la manière dont la rémunération est répartie sur l'année, autrement dit, que la rémunération soit lissée sur douze mois ou qu'elle soit irrégulière du fait de versement de primes. En effet, aujourd'hui, la réduction dont bénéficie une entreprise qui paie ses salariés 1 500 euros sur treize mois est supérieure de 25 % à celle d'une entreprise qui paie ses salariés 1 625 euros par mois sur douze mois, alors même que la rémunération annuelle versée par les deux entreprises est strictement identique.

Le gain de 2 milliards d'euros attendu en 2011 de cette mesure aura pour effet d'augmenter le montant des cotisations reçues par les branches maladie, famille et vieillesse des régimes dont les cotisants peuvent bénéficier des exonérations générales, soit essentiellement le régime général, mais également le régime des salariés agricoles et certains régimes spéciaux. Il aurait pu être envisagé de réduire le « panier fiscal » de compensation par l'État des allègements généraux à due concurrence : en l'occurrence, cette mesure ayant été prévue dans le cadre de la réforme des retraites, il est prévu d'en faire bénéficier le FSV, par le biais de l'affectation au Fonds d'une fraction de la taxe sur les salaires aujourd'hui incluse dans le « panier fiscal » (**article 14** du présent projet). Le rendement total de la taxe sur les salaires est en effet évalué à 11,59 milliards d'euros en 2010 et à 11,94 milliards d'euros en 2011 : la fraction de taxe sur les salaires affectée au FSV s'établirait donc à 16,7 %.

\*

\* \*

La Rapporteuse pour avis rappelle qu'afin de financer les mesures annoncées au Sénat dans le cadre du débat sur la réforme des retraites en faveur des mères de famille et des parents d'enfants handicapés, le Gouvernement propose, par le biais d'amendements à l'article 3 du projet de loi de finances pour 2011 qui porte sur l'augmentation des taux des prélèvements sur les revenus du capital :

– d'aligner le taux forfaitaire applicable aux plus-values immobilières sur celui applicable aux plus-values de cessions de valeurs mobilières, soit 19 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 ;

– et de porter le taux du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital à 2,2 %.

Le rendement de ces deux mesures s'établirait à **340 millions d'euros en 2011**, dont 134 millions d'euros au titre des deux points d'imposition supplémentaires sur les plus-values immobilières et 206 millions d'euros au titre du prélèvement social sur les revenus du capital, augmentations qui seraient en outre, par souci d'équité, neutralisées au regard du bouclier fiscal. Le FSV étant

l'affectataire final de ces mesures, il conviendra, dans le cadre du projet de loi de finances, d'en tirer les conséquences en termes de « branchements » : en effet, le Gouvernement prévoit de relever la part de TVA brute sur les biens et services médicaux affectée à l'assurance maladie pour prendre en compte le produit de la mesure d'imposition supplémentaire des plus-values immobilières : ce seraient donc 1,475 milliard d'euros qui seraient finalement affectés à la CNAM au titre de la TVA brute, au lieu des 1,34 milliard d'euros envisagés initialement. En revanche, il faudra bien que la CNAM transfère au FSV (ou à la CNAV) l'équivalent de ce nouveau rendement : une fraction plus importante du forfait social affecté au Fonds serait logiquement sollicitée. S'agissant du relèvement du taux du prélèvement social sur les revenus du capital, la clé de répartition de ce prélèvement devra être modifiée dans le cadre du présent projet, pour affecter le 0,2 point supplémentaire au FSV. Le principe du financement de ces mesures par le FSV devra également faire l'objet de précisions dans le cadre du présent texte : selon les informations communiquées à la Rapporteuse pour avis, une section spécifique serait créée à cet effet, dans laquelle les sommes afférentes seraient mises en réserve, puisqu'elles sont destinées à compenser un surcoût à compter de 2016.

### Le volet "recettes" du RDV retraites

- Augmentation d'un point du taux marginal IR
- Hausses d'un point des prélèvements proportionnels
  - Plus-values de cessions mobilières
  - Plus-values de cessions immobilières
- Prélèvement forfaitaire libératoire sur les intérêts et dividendes
- Suppression du crédit d'impôt dividendes
- Imposition des plus-values de cessions mobilières au 1er euro (effet à partir de 2012)
- Suppression du plafonnement de la quote part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une sté-mère

Mesures figurant en PLF 2011

Transfert de TVA brute sur les professionnels et établissements de santé et fabricant de matériel médico-chirurgical et dentaire  
1,34 Md€ en 2011 ; 1,59 Md€ en 2012

**CNAM**

Augmentation des taux des contributions patronales et salariales sur les stock-options

Mesures figurant en PLFSS 2011

Transfert de la C3S additionnelle et 2,45 points de forfait social (3,58 points en 2012)  
1,41 Md€ en 2011 ; 1,67 Md€ en 2012

**FSV**

Augmentation des prélèvements sur les retraites-chapeaux

2 Md€ (Transfert de 16, taxe sur les salaires)

Annualisation du calcul allègements générés

110 M€

## II.- UNE SITUATION ASSAINIE POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2011, DES EFFORTS CONSÉQUENTS POUR L'AVENIR

Le vaste transfert de dette opéré dans le cadre fixé par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale et conduit par le présent projet, ainsi que les nouvelles recettes destinées au FSV et, à la marge, à l'assurance maladie, permettent d'assainir la situation du régime général pour 2011.

Le plafond d'autorisations d'emprunt de l'ACOSS s'en trouverait donc singulièrement réduit, à hauteur de 20 milliards d'euros contre 65 milliards d'euros en 2010 (**article 33** du présent projet). Un tel assainissement de la situation de la trésorerie du régime général constitue un signal positif ; il ne saurait cependant la mettre définitivement à l'abri du risque financier, au regard de l'importance des déficits futurs de la branche maladie en particulier, qui pourraient à eux seuls représenter 25 milliards d'euros en cumulé entre 2012 et 2014.

### A.- LES PRÉVISIONS ASSOCIÉES AU PLFSS POUR 2011 : UN EFFORT IMPORTANT, QUI DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE COMPLÉTÉ

Le présent projet porte un effort important de consolidation des comptes de la sécurité sociale, tant du régime général que de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

#### EFFORT DE REDRESSEMENT DES COMPTES INCLUS DANS LE PLFSS POUR 2011

(en milliards d'euros)

	2011 (tendanciel)	2011 (p) après prise en compte des mesures du PLFSS	Effort net (recettes nouvelles ou réduction des dépenses)
<b>Régime général</b>	- 28,6	- 21,3	7,3
Maladie	- 14,5	- 11,5	3
Accidents du travail	- 0,4	0,1	0,5
Vieillesse	- 10,5	- 6,9	3,6
Famille	- 3,2	- 3	0,2
<b>Ensemble des régimes de base</b>	- 30,3	- 22,7	7,6
FSV	- 4	- 3,8	0,2
<b>Ensemble des régimes de base et FSV</b>	- 34,3	- 26,5	7,8

Source : commission des comptes de la sécurité sociale et annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

**S'agissant du régime général, la réduction des déficits passerait par un effort de l'ordre de 7,29 milliards d'euros** : l'essentiel de cet effort est concentré sur le volet « dépenses », avec des économies à hauteur de 5 milliards d'euros, dont 2 milliards d'euros pour l'assurance maladie et 2,9 milliards d'euros pour la branche vieillesse du régime général. L'accroissement des recettes s'établirait quant à lui à 922 millions d'euros pour le régime général. Enfin, une forte réduction des frais financiers serait permise, à hauteur de 788 millions d'euros, en raison principalement du transfert de

l'ensemble des déficits cumulés du régime général et du FSV à la CADES. Le reste de la baisse du déficit est à mettre au compte de l'impact des mesures proposées sur les transferts d'équilibrage avec les autres régimes, pour un montant de 557 millions d'euros <sup>(1)</sup>.

Le présent projet traduit donc un choix, qui est principalement celui de la réduction des dépenses de sécurité sociale.

#### 1.– Un peu moins d'un milliard de recettes nouvelles pour le régime général en 2011

Si la réforme des retraites prévoit la mise en place d'un flux de nouvelles recettes, à hauteur de 3,52 milliards d'euros, celles-ci seront intégralement fléchées vers le FSV. Le régime général ne bénéficiera, à proprement parler, dans le cadre du présent projet, que de recettes nouvelles à hauteur de 922 millions d'euros, dont le tableau suivant récapitule la décomposition.

#### IMPACT DES MESURES NOUVELLES EN RECETTES POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

(en millions d'euros)

	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Régime général
Augmentation du forfait social	350				350
Augmentation des contributions sur les stock-options	70				70
Transfert de diverses TVA brutes	1 340				1 340
Transfert au FSV de ma C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social	-1 410				-1 410
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers	30		30	10	70
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicables à la CSG	17			3	20
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins	17				17
Augmentation du taux de la cotisation AT-MP		485			485
Suppression de l'abattement de 15 points dont bénéficient les particuliers employeurs	- 8				-20
<b>Total des mesures nouvelles 2011 sur les recettes</b>	<b>406</b>	<b>485</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	<b>922</b>

Source : annexe 9B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

Il convient d'ailleurs de minorer ce surplus de recettes de la part du produit du forfait social qui sera transféré au FSV : en effet, sur un rendement supplémentaire attendu de 350 millions d'euros au total lié au passage du taux du forfait social de 4 à 6 % (article 14 du présent projet), le FSV se verrait affecter près de 143 millions d'euros. **L'effort supplémentaire en termes de recettes au profit du régime général ne serait donc *in fine* que de l'ordre de 779 millions d'euros.**

(1) En effet, lorsqu'une mesure génère des économies pour l'ensemble des régimes, le rendement pour le régime général se révèle supérieur à l'économie faite sur ses propres prestations, puisqu'il bénéficie également des économies réalisées sur les régimes qu'il équilibre.

À l'exclusion de relèvement du taux de cotisation AT-MP et de l'alourdissement du forfait social, les mesures proposées n'auront qu'un rendement marginal : l'augmentation des contributions sur les stock-options générerait une recette supplémentaire de 70 millions d'euros pour l'assurance maladie en 2011, le plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicables à la CSG un gain de 20 millions d'euros au total, et la minoration des abattements du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour calculer les contributions dues par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques, un rendement de seulement 17 millions d'euros.

La contribution sur le chiffre d'affaires hors taxes des laboratoires pharmaceutiques est aujourd'hui calculée après déduction du chiffre d'affaires des spécialités génériques et de celui de tout médicament orphelin ne dépassant pas 20 millions d'euros : **l'article 20** propose de retenir ce même montant d'abattement pour les contributions qui excluent aujourd'hui soit totalement, soit en partie le chiffre d'affaires réalisé au titre du médicament orphelin : c'est le cas pour la contribution assise sur le chiffre d'affaires des pharmacies d'officine, pour la taxe dite « clause de sauvegarde », qui s'applique en cas de dépassement d'un taux déterminé de progression du chiffre d'affaires, et enfin, pour la contribution portant sur les dépenses de promotion des médicaments, qui prévoit actuellement un abattement de 30 % au titre du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments orphelins. Au regard du très faible rendement attendu de cette mesure, et de l'importance que revêt la recherche pharmaceutique dans le domaine des maladies rares – à l'heure où un nouveau plan « maladies rares » est d'ailleurs programmé sur la période 2010-2014, qui prévoit notamment de « *stimuler l'industrie française à la recherche et au développement de médicaments adaptés aux maladies rares* » -, la Rapporteur pour avis a proposé à la commission des Finances de supprimer cette disposition.

En outre, et puisqu'il lui semble indispensable d'assurer un niveau de recettes supplémentaire suffisant à la sécurité sociale, la Rapporteur pour avis a, conjointement avec le Rapporteur général du budget et M. Laurent Hénart, proposé, dans le cadre du projet de loi de finances, d'élargir l'assiette des prélèvements sociaux sur les plus-values immobilières et les plus-values professionnelles, qui bénéficient d'un abattement de 10 % à compter de la sixième année, en les retenant précisément, au titre des prélèvements sociaux, avant abattement : c'est là s'inscrire dans la stricte continuité de la mesure qui avait été adoptée l'an passé (article 17 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010), et qui avait assujéti aux prélèvements sociaux les plus-values sur valeurs mobilières et droits sociaux exonérées sous un seuil, fixé à 25 830 euros pour l'imposition des revenus de l'année 2010.

Enfin, il est essentiel de garder à l'esprit que le niveau des recettes de la sécurité sociale traduit la manière dont nous concevons notre modèle social. Lors de l'examen du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, la commission des Finances a, à l'initiative de la Rapporteur pour avis, prévu

explicitement une pérennisation des recettes affectées à la CADES, et destinée à la mettre en mesure de faire face à sa nouvelle échéance d'amortissement. Par conséquent, elle a, toujours conjointement avec le Rapporteur général du budget, proposé d'affecter à la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), le produit des recettes, pour partie non pérennes, prévues pour être affectées à la CADES. Une telle décision est évidemment difficile : il ne s'agit aucunement de se résoudre à « déshabiller Paul » pour « habiller Jacques ». La lettre et l'esprit de la loi organique de 2005, conjugués à ceux de l'ordonnance de 1996, exigent que les recettes affectées à la CADES lui permettent de ne pas reporter la date de son extinction : il a donc semblé naturel à la Rapporteure pour avis de veiller à ce que cette exigence soit remplie par l'opération de transfert de dette prévue à partir de 2011 par le Gouvernement. En revanche, il ne s'agit nullement de fragiliser les organismes de sécurité sociale au profit de la CADES, mais bien d'appeler l'attention sur l'idée que l'on ne peut se contenter, par un jeu de vases communicants, de transférer des recettes d'un organisme à un autre, au sein d'un jeu à somme nulle. L'ampleur des déficits structurels prévisionnels de la branche maladie plaide dès aujourd'hui pour la mise en place de nouvelles recettes, à la hauteur des enjeux. C'est dans cet ordre d'idées que la Rapporteure pour avis a proposé à la commission des Finances d'augmenter le taux des prélèvements sociaux sur les revenus du capital : actuellement de 8,2 %, ce taux serait porté à 13,2 %. Cette augmentation de cinq points permettrait de porter le niveau des prélèvements sociaux sur les revenus du capital à un niveau équivalent à celui qui pèse aujourd'hui sur les salaires, cotisations et prélèvements sociaux confondus (de l'ordre de 17,1 %). Au regard du rendement de la CSG sur les revenus du capital, qui serait de 9,29 milliards d'euros en 2011 selon les dernières prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, pour un taux de 8,2 %, les cinq points supplémentaires de prélèvements sociaux pourraient procurer un gain de 5,67 milliards d'euros.

## 2.— Un important plan d'économies

Le présent projet inclut un certain nombre de mesures d'économies, qui portent essentiellement sur la branche maladie. Sur les 3 milliards d'euros de réduction prévus du déficit de la branche maladie du régime général en 2011, 2 milliards d'euros sont le fait de mesures d'économies, qui sous-tendent la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à hauteur de 2,9 %.

Ces mesures font l'objet d'un commentaire plus détaillé dans la deuxième partie du présent rapport, consacré à la branche maladie. D'ores et déjà, toutefois, il est permis de constater qu'en termes de dépenses, le système montre ses limites : si l'on ne peut que souscrire aux mesures de maîtrise médicalisée des dépenses et au recentrage progressif des dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles médicalement, force est de constater qu'il faut, dans ce cadre, près de quinze mesures ciblées pour atteindre une économie de 2 milliards d'euros pour la branche. Il est indéniable que l'échelle des déficits



structurels de l'assurance maladie exige une réflexion qui ne peut se limiter à la recherche de petites économies ciblées, si légitimes soient-elles, comme la mise en place d'un forfait pour les bandelettes. Si l'on doit évidemment poursuivre cet effort très fin sur la dépense, celui-ci doit s'accompagner d'une remise à plat beaucoup plus large du système lui-même et des objectifs que notre modèle social lui fixe.

La réduction de 3,6 milliards d'euros du déficit de la branche vieillesse en 2011 est essentiellement à mettre au compte du transfert, déjà évoqué, au FSV de la prise en charge d'une partie du financement du minimum contributif, à hauteur de 3 milliards d'euros en 2011 (3,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), le Fonds bénéficiant à ce titre des nouvelles recettes prévues en projet de loi de finances. Si l'on y ajoute l'impact en 2011 du relèvement de l'âge légal de départ à la retraite, y compris sur les cotisations et les autres prestations, à hauteur de 180 millions d'euros pour le régime général et de 325 millions d'euros pour l'ensemble des régimes de base, la branche vieillesse verrait son déficit se réduire de 2,92 milliards d'euros en 2011, et cela, en tenant compte du coût d'un certain nombre de mesures nouvelles incluses dans le projet de loi portant réforme des retraites (essentiellement, la validation des services et le maintien de l'assurance veuvage).

S'agissant de la branche famille, son déficit devrait être réduit de 0,2 milliard d'euros en 2011 : cette amélioration tient essentiellement à deux mesures d'économies, l'une conduisant à supprimer la rétroactivité de trois mois de l'effet des aides personnelles au logement (APL), l'autre prévoyant le report au premier du mois civil suivant la naissance de la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). La commission des Affaires sociales a toutefois préconisé la suppression de cette mesure.

Enfin, la branche AT-MP renouerait avec l'équilibre dès 2011 : en effet, l'effort de redressement, de l'ordre de 0,5 milliard d'euros, est essentiellement assuré par l'augmentation du taux de la cotisation AT-MP, qui doit permettre de couvrir tant le financement du dispositif « pénibilité » prévu par la réforme des retraites que l'augmentation de la dotation de la branche au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

## B. – LES PERSPECTIVES PLURIANNUELLES

Les hypothèses macro-économiques qui sous-tendent le présent projet et les prévisions pluriannuelles qui l'accompagnent sont, comme de coutume, relativement optimistes : en effet, l'évolution du PIB est évaluée à 2 % en 2011, puis à 2,5 % sur la période 2012-2014, tandis que la progression de la masse salariale passerait de 2,9 % en 2011 à 4,5 % sur la même période. Pour rappel, l'évolution du PIB en 2010 s'établirait à 1,5 % et la masse salariale progresserait de 2 %.

Dans ce cadre macro-économique, qui est aussi celui retenu dans le cadre du programme de stabilité annexé au projet de loi de finances et du projet de loi de programmation des finances publiques, la réduction du déficit des administrations de sécurité sociale (ASSO) passerait de  $-1,7\%$  du PIB en 2010 à  $-0,8\%$  en 2013 et à  $-0,5\%$  en 2014. Rappelons que celles-ci regroupent, outre l'ensemble des régimes obligatoires de base et des fonds concourant à leur financement, les régimes complémentaires d'assurance vieillesse AGIRC et ARRCO, l'Unedic et les hôpitaux.

**PRÉVISION DE DÉFICIT DES ASSO ET DU RÉGIME GÉNÉRAL**

	2010	2011	2012	2013	2014
Solde ASSO en % de PIB	- 1,7	- 1,5	- 1,2	- 0,8	- 0,5
Solde ASSO en milliards d'euros	- 32,8	- 30	- 25,3	- 18,5	- 11,6
Solde du régime général en milliards d'euros	- 23,1	- 21,4	- 19,7	- 18,2	- 15,5

Source : rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014

NB : les prévisions de soldes des ASSO et du régime général ne peuvent être directement comparées car le premier est évalué en comptabilité nationale alors que le second est en comptabilité de caisse.

Cet objectif, que l'annexe B décrivant ces perspectives pluriannuelles pour les régimes obligatoires de base et le FSV qualifie d'« ambitieux », doit être réalisé en grande partie par un ralentissement important des dépenses : c'est en effet une croissance moyenne des dépenses du régime général de  $3,3\%$  qui est retenue entre 2010 et 2014. Si l'impact de la réforme des retraites constitue un élément non négligeable de ce mouvement de résorption des dépenses, par le biais du report de l'âge légal de départ, un effort conséquent sera également exigé de l'assurance maladie, avec un ONDAM dont la progression est fixée à  $2,9\%$  en 2011, puis à  $2,8\%$  sur le reste de la période : avec une progression « spontanée » des dépenses d'assurance maladie que l'on peut évaluer à  $4,5\%$  par an, l'effort à consentir requiert de réaliser 2,3 milliards d'euros d'économies chaque année, davantage si des mesures favorables étaient par ailleurs consenties (revalorisation des honoraires, par exemple).

S'agissant des recettes, les projections pluriannuelles tablent sur une progression moyenne de  $4,1\%$  par an des produits nets du régime général, qui découle notamment de l'accélération prévue du rythme de progression de la masse salariale. Outre le montant important de recettes créées au profit du FSV, qui pourrait s'élever à 4,3 milliards d'euros à l'horizon 2014, l'effort supplémentaire à fournir de ce point de vue reste massif : 3 milliards d'euros de ressources supplémentaires par an devraient ainsi être dégagés sur la période 2012-2014 pour permettre la réalisation des objectifs fixés. Celles-ci passeraient exclusivement par la réduction de niches sociales.

La traduction des hypothèses macro-économiques sur le solde du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV, est retracée dans le tableau suivant.

## PERSPECTIVES PLURIANNUELLES ANNEXÉES AU PLFSS POUR 2011

*(en milliards d'euros)*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Régime général</b>	<b>-10,2</b>	<b>-20,3</b>	<b>-23,1</b>	<b>-21,3</b>	<b>-19,5</b>	<b>-18</b>	<b>-15,3</b>
Maladie	-4,4	-10,6	-11,4	-11,5	-9,8	-8,3	-6,8
AT-MP	0,2	-0,7	-0,5	0,1	0,3	0,6	0,9
Famille	-0,3	-1,8	-2,6	-3	-2,6	-2,3	-1,7
Vieillesse	-5,6	-7,2	-8,6	-6,9	-7,4	-8	-7,7
<b>Ensemble des régimes obligatoires de base</b>	<b>-9,7</b>	<b>-21,7</b>	<b>-24,8</b>	<b>-22,7</b>	<b>-20,8</b>	<b>-19,3</b>	<b>-16,7</b>
Maladie	-4,1	-10,4	-11,2	-11,3	-9,8	-8,2	-6,5
AT-MP	0,2	-0,6	-0,4	0,1	0,4	0,7	1
Famille	-0,3	-1,8	-2,6	-2	-2,6	-2,3	-1,7
Vieillesse	-5,6	-8,9	-10,5	-8,6	-8,8	-9,6	-9,5
<b>FSV</b>	<b>0,8</b>	<b>-3,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,4</b>
<b>Total régime général + FSV</b>	<b>-9,4</b>	<b>-23,5</b>	<b>-27,4</b>	<b>-24,1</b>	<b>-23,1</b>	<b>-21,1</b>	<b>-17,7</b>

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011

## C.- LA SÉCURITÉ SOCIALE RESTE EXPOSÉE AU RISQUE FINANCIER

Si le transfert de dette programmé à l'article 9 du présent projet constitue indéniablement un progrès, il ne résout pas à lui seul le problème des déficits structurels de la sécurité sociale : en neutralisant les déficits vieillesse et ceux du FSV, **ce seront néanmoins près de 35 milliards d'euros de déficits cumulés que connaîtra le régime général sur les exercices 2012 à 2014.**

Si l'on ne peut que saluer le volontarisme des réformes proposées – qu'il s'agisse du transfert de la dette sociale ou de la réforme des retraites –, il convient d'aller au-delà : il est indispensable d'assurer à la sécurité sociale d'une part, une stabilité de ses recettes, et d'autre part, un niveau de recettes suffisant pour faire face à ses engagements.

S'agissant de la stabilité des recettes de la sécurité sociale, et outre le problème déjà évoqué de l'affectation de recettes non pérennes, l'État doit s'engager à remplir son contrat vis-à-vis de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de la compensation des exonérations générales de cotisations ou de la question des dettes de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale :

– Le « panier fiscal » finançant les allègements généraux afficherait un excédent en 2010, pour la troisième année consécutive, à un niveau beaucoup plus important toutefois qu'en 2008 et 2009 : en effet, cet excédent s'établirait à 1,7 milliard d'euros en 2010 (1,6 milliard d'euros pour le seul régime général) et pourrait atteindre 2 milliards d'euros en 2011 (1,97 milliard d'euros pour le régime général). Il tient à l'impact de la crise sur le marché de l'emploi, qui a conduit à réévaluer à la baisse le coût des allègements de charges sociales par rapport au rendement des taxes et impôts qui composent le panier. Lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale à la commission des comptes de la sécurité sociale le 28 septembre dernier, le ministre du Budget a annoncé la reprise de cet excédent par l'État pour financer des mesures exceptionnelles de soutien à l'emploi, qui seraient présentées dans le cadre du

projet de loi de finances rectificative (PLFR) pour 2010. À compter de 2011, l'excédent éventuel du panier fiscal serait définitivement acquis au régime général, pour solde de tout compte. Si une telle décision est aujourd'hui favorable au régime général, celui-ci se trouverait néanmoins fragilisé en cas de baisse du rendement du panier fiscal par rapport à la progression du coût des exonérations « Fillon ». À terme, ce choix de déconnecter désormais le panier de recettes fiscales affectées de l'évolution du coût réel des allègements généraux – qui, soit dit en passant, doit obligatoirement être prévu dans le cadre du présent projet - pourrait être lourd de conséquences pour la sécurité sociale. La Rapporteuse pour avis regrette cette rupture par rapport au principe posé par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale (codifiée à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale), selon lequel l'État compense à la sécurité sociale toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations.

– Après l'important apurement de dette de l'État vis-à-vis de la sécurité sociale, intervenu au 31 décembre 2008, le montant des sommes restant dues par l'État a été ramené à 776 millions d'euros fin 2009. Au 31 décembre 2010, cette dette pourrait toutefois s'établir à 2,1 milliards d'euros, son niveau étant lié pour les deux tiers à l'insuffisance de la compensation des dispositifs d'exonérations ciblées (1,6 milliard d'euros). Cette évaluation n'intègre pas, bien entendu, les éventuelles opérations qui pourraient être réalisées en fin de gestion : en particulier, l'excédent du « panier fiscal » pourrait être utilisé en PLFR par l'État pour réduire sa dette vis-à-vis des organismes de sécurité sociale.

Au-delà de la nécessaire garantie de la recette affectée à la sécurité sociale, c'est également le niveau de ces recettes dont il convient de s'assurer. Notre système se caractérise en effet par un déséquilibre structurel entre le niveau de ses recettes et celui de ses dépenses : la commission des comptes de la sécurité sociale constate ainsi que sur les exercices 2009 et 2010, les produits auront augmenté d'environ 2,5 % contre 7 % pour les charges du régime général, cet écart de l'ordre de 4,5 % se traduisant par une augmentation du déficit de 13 milliards d'euros en deux ans, de 2008 à 2010. On pourrait mettre cet écart sur le compte de l'impact de la crise économique. Ce serait oublier qu'une part non négligeable des déficits accumulés entre 2009 et 2009 n'est pas imputable à la crise : rappelons qu'à fin 2010, le montant de la dette « hors crise » a été évalué – dans le cadre du transfert programmé de dette à la CADES - à 21,1 milliards d'euros, soit tout de même près de 40 % des déficits enregistrés sur ces deux exercices. Le déficit prévisionnel du régime général et du FSV pour 2011, de l'ordre de 24,1 milliards d'euros, doit quant à lui être considéré comme étant intégralement d'ordre structurel. Avant prise en compte des mesures incluses dans le présent projet, la commission des comptes estime que l'année 2011 serait caractérisée par une aggravation de l'écart entre l'évolution des charges (+ 4,6 %) et celle des produits (+ 3,1 %) du régime général : la crise apparaît de ce point de vue davantage comme un révélateur d'un déséquilibre qui est en réalité permanent.

La Rapporteuse pour avis juge que le redressement de l'équilibre ne pourra s'opérer qu'au prix d'un relèvement du niveau des recettes affectées à la sécurité sociale : en effet, avec la fixation d'un ONDAM à 2,8 % dans les années à venir, il ne restera qu'une marge de manœuvre infime en matière d'effort sur les dépenses ; on ne peut raisonnablement aller beaucoup plus loin sur ce point. Il ne sera d'ailleurs pas possible de financer le « risque dépendance » à coûts constants. C'est pourquoi il convient dès à présent de recréer des marges de manœuvre pour assurer le bon fonctionnement du système : tel est le sens de l'amendement proposé par la Rapporteuse pour avis et adopté par la commission des Finances, dont l'objet est d'**augmenter de cinq points les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, pour un rendement qui pourrait s'établir à près de 5,4 milliards d'euros**, sur la base des évaluations du produit des prélèvements sociaux sur les revenus du capital fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale. Avec la suppression du seuil de cession des plus-values mobilières opérée en LFSS pour 2010 pour l'assujettissement aux prélèvements sociaux et la reprise de l'activité économique, le produit pourrait même être supérieur à cette estimation.



## **SECONDE PARTIE : LES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES DÉPENSES DES BRANCHES**

Notre modèle social a montré sa résistance face à la crise économique et financière. Les prestations ont joué un rôle d'amortisseur. Toutefois, une partie des déficits sont structurels.

Si la réforme des retraites en cours d'examen permettra de rétablir l'équilibre de l'ensemble des régimes d'assurance vieillesse à l'horizon 2018, en revanche, la situation de l'assurance maladie est extrêmement préoccupante, et sa réforme tarde à venir.

### **I.- LE DÉSÉQUILIBRE STRUCTUREL DE LA BRANCHE MALADIE IMPLIQUE UNE RÉFORME PROFONDE**

De remarquables progrès ont été faits dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie ces dernières années. Entre 1999 et 2004, la croissance annuelle des dépenses du régime général était comprise entre 5 et 7 % ; depuis 2005, elle a été ramenée sous 4 % par an. Elle va même être contenue à 3 % en 2010, avec très probablement un respect strict de l'ONDAM pour la première fois depuis sa création en 1997. Les progrès sont particulièrement marqués côté soins de ville, où l'objectif de dépenses a déjà été respecté en 2009.

Cette maîtrise révèle une analyse de plus en plus poussée de la nature des dépenses et l'amélioration des techniques de pilotages. Toutefois, elle est aussi révélatrice d'une situation très inquiétante : tandis que le déficit de la branche maladie est à un de ses plus bas niveaux jamais atteint (11,5 milliards d'euros de déficits prévus pour 2011, contre 11,6 milliards d'euros enregistrés en 2004), les marges de manœuvre sur l'évolution des dépenses disparaissent.

Si une partie du déficit est imputable à la crise, et si le redressement de la masse salariale permettra d'augmenter les recettes, un déficit structurel persistera. Le retour à l'équilibre de l'assurance maladie exige une réforme profonde.

## A.– LA MAÎTRISE DE PLUS EN PLUS PRÉCISE DES DÉPENSES NE SUFFIT PAS À CONTENIR LES DÉFICITS

### 1.– L'évolution des comptes de l'assurance maladie en 2009 et 2010

#### a) Une bonne maîtrise de l'ONDAM, grâce aux mesures d'économies

L'ONDAM pour 2009 était fixé à 157,6 milliards d'euros. Il a été dépassé de 450 millions d'euros, les dépenses atteignant 158,1 milliards d'euros. La croissance des dépenses s'inscrit ainsi dans la continuité des exercices antérieurs (+ 3,5 %), mais le niveau de dépassement figure parmi les plus bas depuis 1997. Le sous-objectif relatif aux soins de ville a été respecté, malgré l'épidémie de grippe A<sup>(1)</sup>. Les dépenses des établissements de santé ont dérapé de 550 millions d'euros. Les dépenses dans le champ de l'objectif de dépenses médico-sociales ont été moins importantes que prévu à hauteur de 150 millions d'euros. Enfin, les autres prises en charge<sup>(2)</sup> ont dépassé le sous-objectif de 50 millions d'euros.

**En 2010, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM, fixé à 162,4 milliards d'euros, devrait être respecté**, avec une augmentation des dépenses de seulement 3 % (contre 4,9 % en 2007). Le sous-objectif soins de ville serait respecté, tandis que le dépassement relatif aux dépenses des hôpitaux serait compensé par une diminution des dotations médico-sociales.

#### NIVEAUX ET DÉPASSEMENTS DE L'ONDAM

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>ONDAM initial voté</b>	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4
<b>Dépenses réalisées</b>	116,7	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	153,0	158,1	162,4
<b>Dépassement en montant</b>	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	1,0	0,5	0,0
<b>Dépassement en %</b>	3,4 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,3 %	0,0 %

Source : annexe 7 du PLFSS pour 2011.

Le respect de l'ONDAM en 2010 résulte notamment des mesures correctrices qui ont été prises en cours d'année, ainsi que d'une révision à la baisse de la consommation 2009. Les mesures d'économies prises en cours d'exercice concernent principalement des baisses de prix des médicaments, la mise en réserve de 300 millions d'euros sur les crédits affectés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), et la réduction de 105 millions d'euros de la dotation du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés. Enfin, l'année 2010 étant la dernière année où les dotations médico-sociales sont calculées sur la base des autorisations

(1) La CNAM estime à 196 millions d'euros le coût des gripes A et saisonnière en 2009, comprenant les honoraires, les médicaments et les indemnités journalières pour arrêt de travail. Ce montant peut être comparé au coût de la grippe en 2006 qui s'élevait à 70 millions d'euros.

(2) Les autres prises en charge sont principalement les remboursements de soins effectués à l'étranger, le financement des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (addictions) et la participation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.



d'engagement (et non des crédits de paiement), une sous-consommation des crédits est anticipée, devant permettre la rétrocession de 100 millions d'euros du secteur personnes âgées vers l'assurance maladie.

**RÉALISATIONS PRÉVISIONNELLES DE L'ONDAM 2010**

(en milliards d'euros)

	Base 2010 réactualisée	Prévision 2010	Taux d'évolution (en %)	Sous- objectifs arrêtés	Dépas- sement
1) Dépenses de soins de ville	72,9	75,2	3,2	75,2	0,0
<b>Total ONDAM Établissements de santé</b>	<b>69,4</b>	<b>71,0</b>	<b>2,3</b>	<b>70,9</b>	<b>0,1</b>
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,5	52,6	2,2	52,4	0,2
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9	18,4	2,6	18,5	-0,1
<b>Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux</b>	<b>14,4</b>	<b>15,1</b>	<b>5,0</b>	<b>15,1</b>	<b>-0,1</b>
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,6	7,2	8,9	7,3	-0,1
5) Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour pers. handicapées	7,8	7,9	1,7	7,9	0,0
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,1	1,0	-1,6	1,0	0,0
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>157,7</b>	<b>162,4</b>	<b>3,0</b>	<b>162,4</b>	<b>0,0</b>

Source : annexe VII au PLFSS pour 2011.

Une partie des mesures préconisées par le rapport de la commission sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidée par M. Raoul Briet ont été mises en œuvre dès 2010. C'est le cas des dotations mises en réserve. Un comité de pilotage de l'ONDAM, associant les directions et organismes en charge de la gestion du risque maladie, se réunit mensuellement sous la présidence alternée des ministres chargés de la Santé et des Comptes publics ou du directeur de la sécurité sociale. Il est l'instance de décision des mesures permettant le cas échéant de rectifier la trajectoire des dépenses d'assurance maladie vers l'objectif voté par le Parlement.

*b) Des déficits très importants en 2009 et 2010*

Malgré cette relative maîtrise de l'ONDAM, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a enregistré en 2009 une dégradation de son solde de 6,1 milliards d'euros, le déficit passant de 4,4 milliards d'euros à 10,6 milliards d'euros, soit un doublement par rapport à 2008.

Ce profond creusement du déficit s'explique par un écart d'évolution important entre la progression des charges nettes (+ 3,5 %) et celle des produits nets (-0,7 %), principalement en raison de la crise économique et de la contraction de 1,3 point de la masse salariale.

En 2010, le déficit de la CNAM devrait atteindre 11,4 milliards d'euros, ce qui est, toute proportion gardée, un meilleur résultat que celui qui était attendu initialement (– 14,6 milliards d'euros), grâce à des dépenses mieux maîtrisées et à une remontée plus précoce de la masse salariale en 2010. Cela reste toutefois le deuxième niveau le plus élevé jamais atteint, après celui de 2004 (– 11,6 milliards d'euros). La différence avec 2004 tient dans le fait que les dépenses sont aujourd'hui beaucoup mieux maîtrisées, si bien que les marges d'amélioration sont beaucoup plus faibles.

À périmètre constant <sup>(1)</sup>, les charges augmenteraient de 3 % en 2010 et les produits nets de 2,5 % (avec une progression de la masse salariale de 2 %).

#### ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	135,4	140,7	139,7	143,2	<b>147,8</b>	154,1	160,7	167,6
<b>Dépenses</b>	140,0	145,2	150,3	154,6	<b>159,3</b>	163,9	169,1	174,4
<b>Solde</b>	– 4,6	– 4,4	– 10,6	– 11,4	<b>– 11,5</b>	– 9,8	– 8,3	– 6,8

Source : annexe B du PLFSS pour 2011

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

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	157,4	164,0	163,2	167,1	<b>172,2</b>	179,5	187,2	195,2
<b>Dépenses</b>	162,4	168,1	173,6	178,4	<b>183,5</b>	189,2	195,3	201,7
<b>Solde</b>	– 5,0	– 4,1	– 10,4	– 11,2	<b>– 11,3</b>	– 9,8	– 8,2	– 6,5

Source : annexe B du PLFSS pour 2011

La progression dans la maîtrise des dépenses et le redressement de la croissance de la masse salariale devraient permettre d'améliorer le solde de la branche maladie à partir de 2012. Toutefois, la Rapporteuse pour avis doute d'une trajectoire de retour à l'équilibre en l'absence de réforme structurelle.

#### 2.– L'ONDAM et les mesures d'économies prévues pour 2011

L'évolution de l'ONDAM tendanciel avant mesures nouvelles est estimée à 4,4 % pour le régime général en 2011 (et 4,2 % tous régimes confondus), et se répartit de la façon suivante.

(1) Compte tenu des dépenses liées à l'allocation supplémentaire d'invalidité, compensées par l'État, qui passent en compte de tiers en 2010.

## ÉVOLUTION DE L'ONDAM TENDANCIEL AVANT MESURES NOUVELLES D'ÉCONOMIES

(en pourcentages)

<b>1) Soins de ville</b>	<b>5,1</b>
<b>Établissements de santé</b>	<b>3,3</b>
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	3,4
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	3
<b>Établissements et services médico-sociaux</b>	<b>5,8</b>
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	<b>6,9</b>
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	<b>4,8</b>
<b>6) Autres prises en charge</b>	<b>5,9</b>
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>4,4</b>

Source : annexe VII au PLFSS pour 2011.

Grâce à des mesures d'économies d'un rendement de 2,4 milliards d'euros tous régimes confondus, l'ONDAM fixé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est ramené à 167,1 milliards d'euros et à un taux d'évolution de 2,9 %.

Ce montant permet de procéder aux évolutions statutaires des infirmiers dans les établissements publics, à la revalorisation du tarif de la consultation à 23 euros ainsi qu'à l'accompagnement des hôpitaux dans leurs efforts de modernisation.

La Rapporteuse pour avis se félicite que, dans le cadre du sous-objectif relatif aux établissements de santé, les crédits de la dotation annuelle de financement psychiatrie permettent le financement des centres experts en santé mentale. Les 2,4 millions d'euros votés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 sont reconduits et permettent de financer huit centres, organisés en réseau. Ce réseau a pour objectif de rassembler, dans une même démarche innovante, équipes de soins et acteurs de la recherche pour combler le retard diagnostique, améliorer la prise en charge et développer la recherche en psychiatrie en France. Se rajoutent à ces missions des actions de formations et de communication sur la santé mentale.

### MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2011

(en milliards d'euros)

Sous-objectifs	Base	Montant PLFSS	Taux d'évolution
<b>1) Soins de ville</b>	<b>75,2</b>	<b>77,3</b>	<b>2,8 %</b>
<b>Établissements de santé</b>	<b>70,9</b>	<b>72,9</b>	<b>2,8 %</b>
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	52,4	53,9	2,8 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,5	19,0	2,7 %
<b>Établissements et services médico-sociaux</b>	<b>15,2</b>	<b>15,8</b>	<b>3,8 %</b>
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,3	7,6	4,4 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour pers. handicapées	8,0	8,2	3,3 %
<b>6) Dépenses relatives aux autres prises en charge</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>5,9 %</b>
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>162,4</b>	<b>167,1</b>	<b>2,9 %</b>

Source : annexe VII au PLFSS pour 2011.

Sous ces hypothèses, le déficit de l'assurance maladie devrait s'établir à 11,3 milliards d'euros en 2011 tous régimes confondus.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES  
DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES EN 2011**

*(en millions d'euros)*

	<b>Régime général</b>	<b>Tous régimes</b>
<b>Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2011</b>	<b>2 032</b>	<b>2 390</b>
Baisse de prix des produits de santé	425	500
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (génériques, etc.)	60	70
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	30	35
Abaissement du taux K à 0,5 %	43	50
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	170	200
Maîtrise médicalisée	468	550
Réforme de l'ALD sur l'hypertension artérielle	17	20
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100 % en ALD	17	20
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	81	95
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	81	95
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	85	100
Convergence tarifaire ciblée	128	150
Optimisation de la performance hospitalière	174	205
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	255	300
<b>Mesures hors ONDAM</b>	<b>- 9</b>	<b>- 9</b>
Cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général	- 8	- 8
Transfert des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'ONDAM	- 21	- 25
Diminution de la dotation à l'EPRUS	20	24
<b>Total des mesures sur les dépenses d'assurance maladie</b>	<b>2 023</b>	<b>2 381</b>

*Source : annexe 9 B au PLFSS pour 2011.*

Ces mesures d'économies mettent à contribution l'ensemble des acteurs du système de santé : l'industrie pharmaceutique, les professionnels de santé, les établissements de santé et les assurés sociaux.

En outre, conformément aux conclusions du rapport de Raoul Briet, une mise en réserve des dotations, pour un montant de 530 millions d'euros, sera mise en œuvre. Ces crédits seront délégués sous réserve du respect de l'ONDAM.

## B.– LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

### 1.– Bien que les dépenses soient globalement bien maîtrisées, certains postes connaissent une augmentation rapide

En 2009, le dynamisme plus grand qu'escompté de certaines dépenses (transports de malades, indemnités journalières de longue durée) et la réalisation incomplète de certaines mesures d'économies ont été compensés par une progression modérée des honoraires médicaux et des produits de santé.

## ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EN 2009

(en millions d'euros)

	2008	2009	Évolution 09/08 %	Prévision 10/09 %
<b>Honoraires libéraux</b>	<b>26 513</b>	<b>37 337</b>	<b>3,1</b>	<b>2,8</b>
dont :				
Honoraires privés	15 516	15 729	1,4	1,3
<i>généralistes</i>	4 992	5 022	0,5	-1,1
<i>spécialistes</i>	7 882	8 052	2,2	2,6
<i>sages-femmes</i>	108	116	7,5	9,1
<i>dentistes</i>	2 531	2 538	0,3	1,1
Honoraires paramédicaux	5 844	6 220	6,4	5,7
<i>infirmières</i>	3 058	3 366	10,1	7,9
<i>kinésithérapeutes</i>	2 342	2 389	2	2,6
<i>orthophonistes</i>	402	419	4,2	6
<i>orthoptistes</i>	42	46	9,4	5,5
Laboratoires	2 689	2 751	2,3	1,9
Transports de malades	2 462	2 634	7	5,9
<b>Autres dépenses</b>	<b>30 331</b>	<b>31 351</b>	<b>3,8</b>	<b>4,1</b>
dont				
Médicaments	17 648	18 178	3	2,3
Dispositifs médicaux	3 544	3 609	5,7	9,1
Indemnités journalières	7 935	8 337	5,1	4,5
IJ maladie	5 678	5 957	4,9	4,4
IJ accidents du travail	2 257	2 380	5,4	4,7
ALD 31 et ALD 32	354	381	7,7	9,7
<b>Total soins de ville</b>	<b>56 483</b>	<b>58 688</b>	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>

Note : les taux d'évolution sont calculés à champ constant et neutralisent de ce fait le transfert d'une partie des dispositifs médicaux dans le budget des EHPAD opéré en 2008. En l'absence de cette correction, la progression réelle des dispositifs médicaux a été de 1,8 % en 2009 et celle de l'ensemble des soins de ville de 3,2 %.

Source : rapport CCSS, dépenses exprimées en date de soins à fin mai 2010.

Les dépenses qui restent les plus dynamiques en 2009 et 2010 sont les indemnités journalières, les frais de transports de malades et les honoraires paramédicaux. Les dispositifs médicaux retrouvent un rythme élevé en 2010, après deux années marquées par le transfert d'une partie d'entre eux dans le forfait soins des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En 2010, les dépenses de remboursements de **médicaments** sont bien maîtrisées (2,3 %, contre 3 % en 2009), grâce aux mesures d'économies prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 ainsi qu'en cours d'exercice. Sur la période 2000-2007, la croissance annuelle des dépenses de médicaments était en moyenne de 5,1 %. Ce progrès résulte des actions de maîtrise médicalisée, du développement des génériques, des baisses de prix, du développement des grands conditionnements et d'une moindre arrivée sur le marché de produits nouveaux.

La croissance des dépenses de médicaments est aux trois quarts imputable aux prescriptions hospitalières exécutées en ville. Les économies sur l'enveloppe de remboursements de médicaments passent donc par la maîtrise des prescriptions hospitalières.

Les versements d'**indemnités journalières** (IJ) ont fortement progressé ces deux dernières années, et la tendance se poursuit en 2010 (+ 4,4 %). En 2009, le régime général a versé près de 6 milliards d'euros d'IJ pour arrêt maladie. Après un net infléchissement entre 2003 et le début de l'année 2006, les prescriptions d'indemnités journalières sont reparties à la hausse courant 2006. Leur croissance a ainsi été de 2,9 % en 2007, contre - 1,5% en moyenne annuelle les trois années précédentes. Cette reprise a sensiblement accéléré en 2008 (+ 5,4%) et la dynamique de la dépense est demeurée soutenue en 2009 (+ 4,9%).

Le volume des arrêts de courte durée (moins de trois mois) est par nature croissant avec l'évolution de l'emploi salarié. Mais au-delà de cette fonction de proportionnalité, les IJ courtes entretiennent une relation contracyclique avec le chômage : toutes choses égales par ailleurs, lors de périodes marquées par une hausse du chômage, les salariés auraient moins recours à des arrêts de travail par crainte de l'impact sur leur emploi.

Plus généralement, l'évolution des indemnités journalières résulte de plusieurs facteurs. La démographie de la population active est ainsi déterminante dans la dynamique des arrêts de longue durée. En moyenne, le nombre de jours d'IJ augmente avec l'âge.

La convention médicale signée en 2005 engage les médecins libéraux à réduire le volume des prescriptions dans le cadre des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses.

Les actions de contrôle des caisses d'assurance maladie peuvent également jouer en cas de dérapage des dépenses. À partir de 2003, ces contrôles ont beaucoup augmenté : de 450 000 en 2003, ils sont passés à 1,2 million en 2006 et 2,4 millions en 2009 (dont 1,8 million sur les arrêts maladie et 0,6 million sur les accidents du travail). En 2009, ces contrôles ont généré 323 millions d'euros d'économies, les IJ n'étant pas payées.

La LFSS pour 2010 a favorisé la coordination des actions du service médical des caisses avec les prérogatives des employeurs en matière de « contrevisite ». Elle a aussi prévu l'avis obligatoire du contrôle médical de la caisse en cas d'arrêts de travail successifs.

Par ailleurs, afin de limiter la progression des dépenses, le mode de calcul des IJ a été modifié. L'ancienne méthode revenait en effet à les calculer sur 360 jours. L'indemnité journalière étant due pour chaque jour, ouvrable ou non, la LFSS pour 2010 a instauré un calcul sur 365 jours.

Les **frais de transport de malades** ont augmenté de 7 % en 2009, en raison de revalorisations tarifaires dont ont bénéficié les professionnels du secteur. En 2009, le régime général a remboursé 2,6 milliards d'euros de frais de transport sanitaire. Les transports en ambulance représentaient 42,4 % des dépenses. Le reste des dépenses est partagé entre les véhicules sanitaires légers (VSL) pour 22,5 % et les autres transports (composés essentiellement des taxis) à hauteur de 35,1 %. Le dynamisme des dépenses est principalement lié aux transports en ambulance et en taxi.

La mise en place d'un référentiel de prescription fin 2006, qui vise à assurer l'utilisation du mode de transport adéquat en fonction de l'état de santé du patient, doit permettre de mieux maîtriser l'évolution de ces dépenses. Par ailleurs, la LFSS pour 2008 a rendu obligatoire le conventionnement avec un organisme local d'assurance maladie pour la prise en charge des frais de transport en taxi. Pour l'instant, ce système de conventionnement ne fonctionne pas encore bien et n'a pas permis de réaliser d'économies.

Enfin, la LFSS pour 2010 a instauré un dispositif de régulation des prescriptions hospitalières de transport exécutées en ville, avec des enveloppes, des incitations à la sous-consommation et des sanctions en cas de dépassement.

## 2.- Les mesures d'économies prévues par le présent PLFSS dans le champ des dépenses de soins de ville

Le prolongement des actions de **maîtrise médicalisée** des dépenses de santé, entreprises depuis 2005, devrait permettre de dégager 550 millions d'euros d'économies. Il s'agit de rendre les prescriptions à la fois moins coûteuses et conformes aux objectifs de santé publique. En 2011, de nouveaux référentiels de prescription validés par la Haute Autorité de santé devraient être diffusés, relatifs aux durées d'arrêts de travail concernant six pathologies fréquentes ainsi que sur le nombre d'actes de masso-kinésithérapie en série dans six cas de rééducation.

Concernant le **médicament**, diverses mesures devraient permettre de ralentir la croissance des dépenses : les baisses de prix (500 millions d'euros), le passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 % (95 millions d'euros).

Il est aussi prévu de ramener à 60 % le taux de remboursement des dispositifs médicaux actuellement pris en charge à 65 %, pour une économie de 100 millions d'euros.

En outre, le ralentissement structurel des dépenses de médicaments, dû notamment au développement des génériques, devrait permettre d'économiser 70 millions d'euros.

Enfin, la mise en place d'une prise en charge forfaitaire des bandelettes d'autocontrôle de la glycémie pour les diabétiques non insulino-dépendants devrait rapporter 35 millions d'euros.

L'article 19 du présent projet de loi prévoit de fixer à 0,5 % le « taux K », c'est-à-dire le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde sur les dépenses de remboursement de médicaments. Rappelons que ce dispositif créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 vise à assujettir les entreprises exploitant des médicaments remboursables dispensés en officine à une contribution au titre de l'accroissement du chiffre d'affaires qu'elles réalisent au titre de ces médicaments, à l'exception des médicaments dits « *orphelins* ». Le montant global de la contribution est calculé sur la base d'une comparaison entre le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables – dénommé « taux T » – et le taux de progression de l'ONDAM, désigné comme le « taux K ». Cependant, ce taux K a en fait toujours été fixé à un niveau différent de l'ONDAM. En 2010, ce taux était fixé à 1 % et en 2009 à 1,4 %. La fixation à 0,5 % en 2011 rapporterait 50 millions d'euros d'économies.

La sortie de l'hypertension artérielle sévère de la liste des **affections de longue durée** (ALD) ouvrant droit à la suppression du ticket modérateur doit permettre d'économiser 20 millions d'euros. Cette mesure a été étudiée par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur les ALD <sup>(1)</sup>. Les statistiques présentées par la MECSS montrent en effet que cette hypertension, qui est reconnue comme une ALD pour près d'un million de personnes, s'apparente à un facteur de risque plutôt qu'à une pathologie avérée. De plus, la majorité des 7 millions de patients traités pour hypertension artérielle isolée ne bénéficient pas du régime des ALD. Cette mesure s'appliquerait pour l'avenir, les actuels bénéficiaires n'étant pas sortis du dispositif.

Dans le même esprit, les **transports sanitaires** de malades en ALD ne seront plus pris en charge automatiquement mais seulement si leur état de santé le justifie, conformément aux recommandations de la CNAM. L'économie réalisée serait de 20 millions d'euros.

Le passage de 91 à 120 euros du **seuil de déclenchement de la participation forfaitaire** de 18 euros pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital, devrait permettre à l'assurance maladie d'économiser 95 euros, dont 25 millions dans l'enveloppe soins de ville. La notion d'acte coûteux a été fixée à 91 euros en 1992 et n'a pas été augmentée depuis. Cette réévaluation ne prend en compte qu'une partie de l'inflation enregistrée depuis 1992.

Enfin, les **baisses de tarifs** des radiologues et des biologistes devraient rapporter 200 millions d'euros. Il s'agit en effet de professions qui ont connu d'importants gains de productivité.

---

(1) Rapport d'information n° 1271, présenté par M. Jean-Pierre Door.



## C.– DES PROGRÈS DOIVENT ENCORE ÊTRE RÉALISÉS DANS LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### 1.– Le dépassement de l'objectif 2010 est atténué par des mesures correctrices

L'ONDAM hospitalier 2010 s'élève à 71,2 milliards d'euros. Il se décompose en deux sous-objectifs : les dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité (52,4 milliards d'euros) et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (18,8 milliards d'euros).

Le dépassement de l'ONDAM, qui atteindrait 500 millions d'euros en l'absence de mesure, devrait être contenu à 100 millions d'euros en 2010 grâce à la non délégation de certaines dotations, conformément à la recommandation du rapport Briet d'annuler une partie des crédits limitatifs en cas de dépassement des objectifs. Ainsi, les crédits affectés aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont été gelés à hauteur de 300 millions d'euros. Par ailleurs, la dotation du fonds pour la modernisation des établissements publics et privés sera réduite de 105 millions d'euros, en lien avec la déchéance quadriennale des crédits du fonds.

Les établissements tarifés à l'activité devraient dépasser leur objectif de 200 millions d'euros, tandis que les autres auront consommé 100 millions d'euros de moins que l'objectif.

La maîtrise médicalisée à l'hôpital se développe dans le sillage de la médecine de ville, mais avec du retard et davantage de difficultés.

### 2.– Les mesures d'économies prévues par le présent PLFSS dans le champ des dépenses des établissements de santé

Le passage de 91 à 120 euros du **seuil de déclenchement de la participation forfaitaire** de 18 euros pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital, devrait permettre à l'assurance maladie d'économiser 70 euros dans le cadre des dépenses hospitalières.

L'optimisation de la **performance hospitalière** devrait permettre un gain de 205 millions d'euros. Il s'agit de poursuivre les actions d'efficience déjà entreprises, notamment avec les projets de performance portés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Enfin, la poursuite de la **convergence tarifaire** entre établissements publics et privés, ciblée sur certains actes, permettra d'économiser 150 millions d'euros.

À cet égard, la Rapporteuse pour avis souligne le manque de lisibilité du processus de convergence tarifaire. Une très faible proportion d'actes a fait l'objet d'une convergence. Par ailleurs, l'augmentation de la part des MIGAC dans l'ONDAM hospitalier ne va pas dans le sens de la convergence.

Le report à 2018 de la convergence totale, s'il est nécessaire à l'adaptation des acteurs, ne constitue pas en soi une solution. La méthode employée pour parvenir à la convergence tarifaire gagnerait à être plus transparente, justifiée et suivie. Une méthodologie simple pourrait consister à harmoniser les tarifs d'un coup en compensant les coûts supérieurs de l'hôpital public par une enveloppe de convergence, qui diminuerait progressivement jusqu'en 2018. Toutefois, cela supposerait déjà de connaître le coût réel de chaque acte. Quoiqu'il en soit, les établissements de santé ont besoin d'avoir une meilleure visibilité sur les évolutions à venir.

D'une façon générale, pour un même type de soin, le coût de la prise en charge en établissement est plus élevé que le coût de la prise en charge en ville. De surcroît, les actes sont en général mieux remboursés quand ils sont effectués à l'hôpital. Aussi la CNAM considère-t-elle qu'éviter les hospitalisations inutiles devrait être un objectif majeur de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

C'est ainsi que l'article 37 du présent projet de loi prévoit la mise sous accord préalable du médecin conseil de l'assurance maladie des rééducations en centre de soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR).

Dans le même esprit, la Rapporteuse pour avis propose un **amendement (n° CF 9)** qui prévoit l'accord préalable de l'assurance maladie pour les dialyses effectuées en centre (mentionnées au 1° de l'article R. 6123-54 du code de la santé publique). En effet, la tarification à l'activité et la concentration des médecins dans certaines zones comportent l'inconvénient d'encourager les médecins et les établissements de santé publics et privés à privilégier la dialyse en centre, nettement mieux tarifée que la dialyse hors centre (pratiques de dialyse mentionnées aux 2°, 3° et 4° de l'article R. 6123-54). Certains prescrivent systématiquement la dialyse en centre, alors qu'elle n'est pas toujours médicalement justifiée. Par ailleurs, si la dialyse hors centre est beaucoup moins onéreuse pour l'assurance-maladie, elle présente aussi l'avantage d'éviter des déplacements inutiles pour les patients.

Toutefois, ce type de mesures a des limites, et si l'on veut véritablement réguler le recours à l'hôpital et aux soins de ville, en optimisant l'allocation des moyens, il faudra qu'une réelle impulsion politique se traduise dans une réforme d'ampleur.

Par ailleurs, la Rapporteuse pour avis tient à souligner un risque quant au respect de l'ONDAM 2011 par les établissements de santé : il semble en effet que la **réforme de la formation des infirmières**, dans le cadre du système licence-master-doctorat (LMD), n'ait pas été prise en compte dans les coûts supportés par

les établissements privés au titre de la masse salariale. Or, les nouvelles conditions statutaires pour les infirmiers dans le secteur public impliquent des ajustements corrélatifs dans le secteur privé qui, à financements constants, se traduiront soit par une diminution du nombre d'emplois, soit par une dégradation de la situation financière des établissements – qui n'est en tout état de cause pas tenable à moyen terme. L'enjeu est d'autant plus important que le même type d'évolution se prépare pour les autres professions paramédicales.

### 3.– La situation financière toujours difficile des hôpitaux publics

Après une dégradation entre 2006 et 2007, la situation financière des hôpitaux publics a connu une amélioration en 2008, tendance qui se confirme en 2009. Les données 2010 ne sont pas encore connues avec une précision suffisante pour permettre une estimation fiable.

En 2009, le **résultat** sur le compte de résultat principal s'établit au niveau national à – 441 millions d'euros et s'améliore donc de 151 millions d'euros par rapport à 2008 où il s'établissait à – 592 millions d'euros.

#### COMPTE DE RÉSULTAT PRÉVISIONNEL PRINCIPAL (CRPP) DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

(en millions d'euros)

	2007			2008			2009		
	Excédent	Déficit	Résultat	Excédent	Déficit	Résultat	Excédent	Déficit	Résultat
CHRU	5	– 398	– 393	4	– 454	– 450	10	– 414	– 404
CH	92	– 430	– 338	131	– 318	– 187	132	– 229	– 97
CHS	39	– 16	23	31	– 10	21	40	– 13	27
HL	33	– 9	24	34	– 14	20	35	– 12	24
Autres publics	11	– 6	5	11	– 8	3	14	– 3	10
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>– 859</b>	<b>– 679</b>	<b>211</b>	<b>– 803</b>	<b>– 592</b>	<b>231</b>	<b>– 671</b>	<b>– 441</b>

NB : la colonne « déficit » retrace la somme des résultats des seuls établissements déficitaires, la colonne « résultat » retrace la somme des résultats de tous les établissements.

Source : DGFIP.

La situation globale masque des disparités fortes entre catégories d'hôpitaux. En 2009, 36 % des établissements enregistrent ainsi un déficit sur leur compte de résultat principal pour un montant total de 671 millions d'euros, et 64 % des établissements réalisent un excédent à hauteur de 231 millions d'euros.

Les hôpitaux aujourd'hui déficitaires sont souvent ceux qui étaient surdotés avant par rapport aux autres, ou qui bénéficiaient systématiquement de rallonges ; leurs coûts réels ont été révélés par la mise en place de la tarification à l'activité.

La **dette** des établissements publics de santé a fortement augmenté entre 2005 et 2008. Elle est passée de 12,1 milliards d'euros à près de 22,03 milliards d'euros sur cette période, soit une augmentation de 82 %. La problématique de l'endettement se pose avec une acuité particulière pour les centres hospitaliers universitaires (CHU). Leur endettement est passé de 3,5 à 8,2 milliards d'euros entre 2005 et 2009.

L'augmentation de la dette est corrélée à la mise en œuvre des plans nationaux de soutien à l'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

La Cour des comptes a été très critique sur le plan Hôpital 2007, dénonçant une politique de guichet, la multiplication des projets ayant pour conséquence des financements par projet moins élevés que prévus. Certains investissements n'étaient pas pertinents : ainsi, il y a maintenant des blocs opératoires neufs qui ne sont pas ou peu utilisés.

#### D.– POUR ASSURER LA VIABILITÉ DE NOTRE SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE, UNE RÉFORME PROFONDE EST NÉCESSAIRE

Les progrès réalisés ces dernières années dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie traduisent une connaissance de plus en plus poussée de la nature des dépenses ainsi que le perfectionnement des techniques de pilotage. La Rapporteuse pour avis insiste sur le fait que cette maîtrise n'est pas uniquement le fruit de mesures de rigueur et de report de charges sur les assurés (déremboursements), mais aussi, et de plus en plus, de mesures d'efficacité permettant de faire des économies tout en améliorant la qualité des soins (maîtrise médicalisée).

Les mesures d'économies prises chaque année pour limiter la progression de l'ONDAM sont de plus en plus sophistiquées. Ainsi, la mise en place d'un forfait pour les bandelettes d'auto-test de glycémie est une mesure intéressante, à la fois économique et médicalisée. Elle reste toutefois marginale – quoique l'économie espérée, 35 millions d'euros, ne soit pas négligeable.

La fin de la prise en charge automatique des frais de transport des ALD est aussi une bonne chose, ces dépenses augmentant extrêmement vite sans être toujours médicalement justifiées, mais elle ne rapportera que 20 millions d'euros. L'augmentation extrêmement rapide des frais de transports impliquerait des mesures de plus grande ampleur.

Ces mesures d'économies de plus en plus précises traduisent une gestion très fine des dépenses, mais sont en même temps révélatrices d'une situation inquiétante : les marges de manœuvre dans la réduction des dépenses s'amenuisent. Or, le déficit de l'assurance maladie atteint un niveau record.

C'est pour cette raison que la Rapporteuse pour avis ne croit pas au rétablissement de l'équilibre des comptes de l'assurance maladie à moyen terme en l'absence de réforme. Certes, on peut espérer une augmentation des recettes de cotisation avec le redressement de la masse salariale, mais cela ne suffira pas. Il faudra augmenter les recettes, mais il faudra aussi engager une réforme structurelle.

#### 1.– L'aggravation des déséquilibres

Les mesures d'économies adoptées ces dernières années ont permis de limiter les dépenses, mais certaines d'entre elles ont accru le déséquilibre structurel de notre système.

En effet, la croissance des dépenses de santé réside désormais exclusivement dans la consommation de soins des malades en ALD. La consommation de soins des autres assurés n'augmentent pas. Le décile de la population ayant la consommation de soins la plus élevée représentait 56,7 % des dépenses en 2005, et 60,1 % en 2009.

À l'inverse, les 60 % de la population ayant les plus faibles dépenses représentaient 12,2 % des dépenses en 2005, et 10,7 % en 2009. D'après la CNAM, environ 15 millions de personnes, en majorité des hommes jeunes actifs, touchent des remboursements annuels inférieurs à 100 euros, et 15 millions de personnes bénéficient de quelques centaines d'euros de remboursements par an (hors maternité). Au total, ces 30 millions de personnes représentent seulement 10 % des dépenses de remboursement de l'assurance maladie.

En faisant porter toutes les mesures d'économies sur les assurés non ALD, qui sont ceux qui ont les plus faibles dépenses de santé, on déséquilibre le système et on accroît la croissance tendancielle des dépenses à long terme. Transférer ces « petits risques » vers les assurances complémentaires n'est économiquement pas cohérent : cela génère des économies à court terme, mais ne résout pas, voire aggrave, des difficultés structurelles qui sont à l'origine du déséquilibre actuel de l'assurance maladie. En outre, cela remet en question le principe d'égal accès aux soins, au risque de détruire la confiance et l'adhésion des assurés au système.

#### 2.– La nécessité de réguler l'accès aux soins

Il existe des marges importantes d'amélioration de l'efficacité du système de soins, c'est-à-dire d'amélioration de la qualité pour un coût moindre. La disparité des recours aux soins et les hétérogénéités de traitements sont très importantes, à pathologies égales. Ainsi, le recours aux transports sanitaires, la consommation de médicaments, la prescription d'arrêts de travail avec IJ, la prescription de rééducation en établissement de soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR) ou encore l'orientation vers l'hôpital pour des traitements comme la dialyse, sont très variables selon les territoires. Or, le niveau de la dépense et la qualité des soins ne sont pas toujours corrélés.

La place importante des soins en établissement est une caractéristique française. Les patients s'orientent trop souvent vers l'hôpital pour faire des examens ou des traitements qui pourraient être réalisés en ville. Ces actes à l'hôpital coûtent beaucoup plus cher à l'assurance maladie. Mais les patients sont incités à faire le choix le moins économique car ils sont mieux remboursés quand ils vont à l'hôpital (ainsi, la franchise d'un euro n'existe qu'en ville), ce qui est incohérent.

Il faudrait au contraire favoriser des prises en charge à domicile moins coûteuses pour la collectivité, à condition bien sûr que cela puisse se faire à qualité de soins égale ou supérieure. Ainsi, les dialyses et les chimiothérapies se développent dans le secteur ambulatoire.

De même, des évolutions techniques permettent de transférer la prise en charge des patients vers le secteur ambulatoire pour certains actes chirurgicaux. Ainsi, la technique de la chirurgie de la cataracte a considérablement évolué depuis les quinze dernières années, passant d'une chirurgie sous anesthésie générale en hospitalisation complète, à une chirurgie réalisable sous anesthésie locale permettant d'alléger les contraintes de structure et de coûts. De nombreux pays étrangers ont développé une chirurgie extrahospitalière, notamment sous forme de « centres autonomes ».

Les incitations financières pour les assurés sont une piste. De façon générale, il faudra instaurer un modèle de régulation économique de l'ensemble du système de santé.

## II.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) pèse d'un poids modeste dans l'ensemble des dépenses des régimes de base (de l'ordre de 3,5 % de l'ensemble). De plus, l'évolution structurelle des dépenses au titre de ce risque est moins rapide que celle des recettes, en raison de la tendance de long terme à la diminution des accidents du travail.

Toutefois, la branche a connu deux exercices déficitaires en 2009 et 2010. En 2011, elle devrait retrouver un solde positif, grâce à une augmentation des cotisations.

Le périmètre de la branche AT-MP englobe deux catégories de prestations :

– des prestations légales : prestations de décès, pensions d'invalidité et prestations d'incapacité permanente dues au titre d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

– le financement des fonds liés à l'amiante : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

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

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	10,8	10,4	10,9	<b>11,7</b>	12,2	12,7	13,3
<b>Dépenses</b>	10,5	11,1	11,3	<b>11,6</b>	11,9	12,1	12,4
<b>Solde</b>	0,2	-0,7	-0,5	<b>0,1</b>	0,3	0,6	0,9

Source : PLFSS pour 2001, annexe B.

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

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	12,3	11,8	12,2	<b>13,1</b>	13,6	14,1	14,7
<b>Dépenses</b>	12,1	12,5	12,7	<b>13,0</b>	13,2	13,4	13,7
<b>Solde</b>	0,2	-0,6	-0,4	<b>0,1</b>	0,4	0,7	1,0

Source : PLFSS pour 2011, annexe B.

## A.— APRÈS DEUX ANS DE DÉFICIT, LA BRANCHE AT-MP DEVRAIT RETROUVER L'ÉQUILIBRE EN 2011

### 1.— La crise économique et l'augmentation des charges ont plongé la branche AT-MP dans le déficit en 2009

La branche, qui avait retrouvé l'équilibre en 2008, est redevenue déficitaire en 2009, à – 713 millions d'euros, à la fois du fait de la baisse des recettes due à la crise économique, et de l'augmentation des charges.

Les charges nettes ont augmenté de 5,8 %, après une diminution de 1,4 % en 2008. La moitié de cette hausse est due à l'augmentation de 300 millions d'euros de la compensation versée par la branche AT-MP à la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP). Ce transfert a été fixé en 2009 et 2010 à 710 millions d'euros (contre 410 millions d'euros en 2008). Dans l'attente du rapport de la prochaine commission chargée d'évaluer le montant annuel, qui sera remis en 2011, et en l'absence d'élément nouveau, l'article 51 du présent projet de loi propose de maintenir ce versement à un niveau identique en 2011.

L'autre moitié de l'augmentation est due aux versements de prestations, en particulier des indemnités journalières d'AT (+ 5,5 %) et des dépenses en établissements (+ 12,9 %).

Les recettes de la branche AT-MP ont moins bien résisté à la crise que celles des autres branches : elles ont diminué de 3,2 %, contre une baisse de la masse salariale de 1,3 %. Cet écart s'explique par trois facteurs : l'augmentation des restes à recouvrer, la révision de certains taux de cotisation (notamment ceux des employeurs de personnel de maison), et le fait que la masse salariale ait davantage reculé dans les secteurs industriels où les taux sont les plus élevés.

### 2.— En 2010, le déficit demeure important

En 2010, malgré une amélioration du solde de l'ordre de 200 millions d'euros, la branche devrait rester déficitaire de 0,5 milliard d'euros.

Les charges nettes progresseraient de 1,9 %, soit un ralentissement par rapport à 2009, parallèlement au ralentissement de l'évolution des prestations légales qui augmentent de 2,7 % après une croissance de 4 % en 2009. Les autres charges resteraient stables.

Les produits nets devraient augmenter de 4,1 %, cette fois plus vite que la masse salariale, en raison de la réduction des exonérations et de l'amélioration des recouvrements.



3.– En 2011, les mesures prises par le présent projet de loi permettraient le retour à l'équilibre

Pour l'année 2011, les objectifs de dépenses de la branche AT-MP sont fixés à 13 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (+ 2,3 %) et à 11,6 milliards d'euros pour le régime général (+ 2,6 %).

Le présent projet de loi prévoit le retour à l'équilibre de la branche en 2011, moyennant une augmentation du taux de cotisation au titre des AT-MP qui rapporterait 485 millions d'euros. Cette augmentation doit couvrir l'évolution tendancielle des charges ainsi que le financement du dispositif « pénibilité » prévu par le projet de loi portant réforme des retraites.

#### B.– LA PARTICIPATION AUX FONDS AMIANTE SE STABILISE À UN NIVEAU ÉLEVÉ

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné successivement naissance à deux fonds spécifiques : en 1999, le FCAATA – Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante – puis, en 2001 le FIVA – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

La branche AT-MP est le principal contributeur de ces fonds (93 % des produits du FCAATA). Ces contributions ont représenté un poids croissant pour la branche jusqu'en 2009. Depuis, elles se stabilisent à hauteur de 1,2 milliard d'euros. La part des charges liées à l'amiante rapportée aux dépenses totales de la branche AT-MP, pour le régime général, est passée de 12 % en 2001 à un peu plus de 18 % en 2008. Par la suite, leur stabilité en valeur devrait impliquer la diminution de leur part dans la branche.

#### DOTATIONS DE LA CNAM AT-MP AUX FONDS LIÉS À L'AMIANTE

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>FCAATA</b>	700	800	850	880	880	880
<b>FIVA</b>	315	315	315	315	315	315
<b>Total annuel</b>	1 115	1 115	1 165	1 195	1 195	1 195
<b>Total cumulé <sup>(*)</sup></b>	4 282	5 397	6 562	7 757	8 952	10 147

(\*) depuis 2000 pour le FCAATA, depuis 2011 pour le FIVA.

Source : Rapport CCSS.

Le solde du **FCAATA** devrait se rapprocher de l'équilibre, car les modes d'admission au dispositif sont maintenant stables, et les flux en sortie du dispositif dépassent maintenant les entrées. De ce fait, les charges ont diminué de 0,2 % en 2009, 1,2 % en 2010 et devraient continuer à diminuer de 1,9 % en 2011.

La dotation de la CNAM AT-MP au FCAATA est passée de 850 millions d'euros en 2008 à 880 millions d'euros en 2009 ; elle devrait conserver ce niveau en 2010 et 2011 (article 52 du présent projet de loi).

Le **FIVA** est financé par une contribution de la branche AT/MP et par une contribution de l'État. Les dépenses du FIVA n'ont augmenté que de 0,5 % en 2009, atteignant 418 millions d'euros. En revanche, en 2010, les dépenses devraient augmenter de 15 % pour se situer aux alentours de 483 millions d'euros, car un grand nombre de dossiers en stock doivent être traités. Un déficit de 76 millions d'euros devrait apparaître.

Le PLFSS pour 2011 clarifie les règles de prescription applicables au FIVA. Cette clarification s'accompagne d'un allongement de la durée de prescription à 10 ans au lieu de 4 ans antérieurement et de l'ouverture d'un délai supplémentaire de deux ans pour les personnes dont les dossiers ont été rejetés en 2009 et 2010 pour prescription. Cette modification conduit à accroître les dépenses du FIVA, le coût pour 2011 étant estimé à 25 millions d'euros.

Ce report des dépenses ainsi que de nouvelles dépenses liées aux modifications des règles de prescription des actions devant le fonds justifient donc que la dotation 2011 du fonds soit fixée à 340 millions d'euros, soit 25 millions d'euros de plus qu'en 2010.

Compte tenu des dépenses attendues en 2011, le présent projet de loi fixe la dotation 2011 du fonds à 340 millions d'euros en 2011 (**article 52**).

### III.– LA BRANCHE FAMILLE

#### A.– STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE, LA BRANCHE FAMILLE S'INSTALLE POURTANT DANS LES DÉFICITS

En principe, la croissance des dépenses de la branche est modérée puisque le fait que la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) soit indexée sur les prix, et non sur les salaires ou le PIB, conduit à une érosion en part de PIB des prestations familiales. Ainsi, en dehors des mesures nouvelles et du cycle économique, la dynamique des prestations liées à la famille est essentiellement gouvernée par l'évolution démographique et celle des prix. Par ailleurs, les recettes étant en ligne directe avec l'activité économique, on peut en déduire la nature structurellement excédentaire de la branche famille.

Toutefois, la branche est déficitaire depuis 2008.

#### ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	57,2	56,1	50,7	<b>52,2</b>	54,2	56,3	58,5
<b>Dépenses</b>	57,5	57,9	53,3	<b>55,2</b>	56,9	58,6	60,2
<b>Solde</b>	-0,3	-1,8	-2,6	<b>-3,0</b>	-2,6	-2,3	-1,7

À partir de 2010, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation de parent isolé (API), prestations servies pas la CNAF pour le compte de l'État, sont retracées en comptes de tiers et n'apparaissent plus dans les comptes de la CNAF.

Source : PLFSS pour 2011

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

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	57,7	56,6	51,2	<b>52,7</b>	54,7	56,8	59,0
<b>Dépenses</b>	58,0	58,4	53,8	<b>55,7</b>	57,4	59,1	60,7
<b>Solde</b>	-0,3	-1,8	-2,6	<b>-3,0</b>	-2,6	-2,3	-1,7

Source : PLFSS pour 2011

#### 1.– Les effets de la crise se font pleinement sentir en 2010

La branche famille est très sensible à la conjoncture économique. Non seulement les recettes sont, comme dans les autres branches, essentiellement fonction de la masse salariale, mais les prestations familiales sous conditions de ressources varient également en fonction de la conjoncture économique, et en particulier du chômage.

En 2009, la progression des charges nettes a été modérée (+ 1,4 %). C'est en 2010 que les effets de la crise se font pleinement sentir. Hors AAH et API, les charges nettes devraient croître de 3,7 %.

Les dépenses d'aide au logement de la CNAF croîtraient en 2010 de 3,5 %, la crise économique prenant tout son effet : les aides au logement sont très sensibles à la situation du marché de l'emploi et au niveau des revenus, avec un effet de retardement.

La poursuite des transferts de majoration de pensions vers la CNAF pèse également sur les dépenses. La LFSS pour 2009 prévoit que la part de la CNAF dans le financement des majorations de pensions pour enfants (au profit de la CNAV) passe de 60 % à 70 % en 2009, 85 % en 2010 et 100 % en 2011.

Le rythme de croissance des prestations à la petite enfance, et notamment des aides à la garde d'enfants, reste très élevé en 2010 (+ 7,2 %, contre + 8,5 % en 2009).

Les recettes de la CNAF n'augmenteraient que de 2,1 % en 2010, si bien que le déficit de la caisse devrait atteindre 2,6 milliards d'euros.

## 2.- Le déficit se creuserait encore en 2011, du fait de l'augmentation importante des dépenses

À périmètre constant (hors AAH et API), les charges devraient augmenter de 4 % en 2010, cette croissance s'expliquant principalement par trois facteurs :

– la revalorisation de la BMAF de 1,5 % en 2011, après une absence de revalorisation en 2010 ;

– l'augmentation des transferts au FSV au titre des majorations de pensions pour enfant, expliquée précédemment ;

– l'augmentation des prestations extralégales, comme convenu dans la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État pour 2009-2012.

Les recettes devraient augmenter de 3 %, si bien que le déficit atteindrait 3 milliards d'euros.

## B.- L'ÉVOLUTION DIFFÉRENCIÉE DES PRESTATIONS

Les **allocations familiales** au sens strict représentent 12,5 milliards d'euros en 2009, 12,3 milliards en 2010 et 12,4 milliards en 2011. L'évolution de ces allocations s'explique par l'évolution de la BMAF ainsi que par l'évolution démographique. La BMAF n'a pas été revalorisée en 2010, et le sera de 1,5 % en 2011. Si le dynamisme de la natalité tend à faire augmenter le nombre de prestations versées (il y a davantage de naissances en 2009 ou 2010 qu'en 1989 ou 1990, soit davantage d'entrées que de sorties du système des allocations

familiales), en revanche, la réduction tendancielle de la taille moyenne des familles réduit le montant moyen des prestations. En effet, les naissances de rang 1 augmentent, tandis que les naissances de rang supérieur diminuent. Or, le barème des allocations familiales est progressif en fonction du nombre d'enfants.

Le montant total des prestations en faveur de la **petite enfance** ralentit sa progression (+ 2,6 % en 2011, après + 2,7 % en 2010 et + 4,5 % en 2009), en raison de la fin de la montée en charge de la PAJE. En revanche, les **aides à la garde d'enfants**, qui en constituent une partie, demeurent dynamiques (+ 5,1 % en 2011, après + 7,2 % en 2010 et + 8,5 % en 2009) : elles passent de 4,9 milliards d'euros en 2009 à 5,6 milliards d'euros en 2011. Globalement, les prestations en faveur de la petite enfance contribuent à la croissance des prestations familiales à hauteur de 1,1 point en 2011, dont 0,9 point pour les seules aides à la garde d'enfants.

Les **allocations logement** à caractère familial subissent la crise avec un an de retard, augmentant de 2,0 % en 2009, 3,5 % en 2010 et 4,1 % en 2011, atteignant 8,6 milliards d'euros. Le montant des allocations pour logement familial (ALF), financées directement par la CNAF, augmente de 3,7 % en 2009, 3,5 % en 2010 et 5,1 % en 2011 pour atteindre 4,5 milliards d'euros. La contribution de la CAF au fonds national de l'aide au logement (FNAL) augmente quand à elle de 0,3 % en 2009, 3,5 % en 2010 et 3,0 % en 2011 pour atteindre 4,1 milliards d'euros.

L'augmentation du chômage a un effet direct sur les aides au logement : lorsque depuis deux mois consécutifs, le titulaire d'une prestation logement est au chômage, ses ressources sont abattues de 30 % pour le calcul des prestations. Cet abattement a pour effet de majorer les allocations, le barème étant dégressif avec le revenu. Par ailleurs, la CNAF a estimé qu'un choc sur le marché de l'emploi se diffusait progressivement en 18 mois sur les prestations logement.

#### IV.– LE REDRESSEMENT DE LA BRANCHE VIEILLESSE PAR LA RÉFORME DES RETRAITES EN COURS D'EXAMEN

Le déficit de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) s'est creusé en 2010, pour atteindre 8,6 milliards d'euros, soit une aggravation de son déficit de 1,4 milliard d'euros par rapport à 2009.

En l'absence de réforme, le creusement de ce déficit serait inéluctable, du fait de l'augmentation rapide du nombre de retraités, résultant de la combinaison de deux facteurs : l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du « baby boom » et l'augmentation de l'espérance de vie.

La réforme des retraites proposée par le Gouvernement permet une trajectoire de retour à l'équilibre des comptes de la CNAV et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), cet équilibre étant atteint à partir de 2018.

##### A.– UN DÉFICIT STRUCTUREL QUI SE CREUSE D'ANNÉE EN ANNÉE

###### 1.– L'évolution des recettes en 2009 et 2010

Les recettes de la CNAV résistent bien à la crise économique, dans la mesure où les cotisations des chômeurs sont prises en charge par le FSV. Les produits nets de la CNAV ont augmenté de 2,3 % en 2009 et 2,5 % en 2010, pour atteindre 93,8 milliards d'euros.

Les cotisations nettes, les prises en charge de cotisations par l'État et les recettes fiscales affectées ont diminué, mais le transfert en provenance du FSV augmente de 18,3 % en 2009 et 8,2 % en 2010, contribuant pour 1,4 point à l'augmentation des produits nets en 2009 et 0,7 point en 2010.

###### 2.– Un ralentissement relatif de l'augmentation des charges du fait du ralentissement des départs anticipés

Les charges nettes de la CNAV s'élèvent à 102,4 milliards d'euros en 2010. La croissance des charges nettes ralentit en 2009 (+ 3,8 %) et 2010 (+ 3,7 %) par rapport à 2008 (+5,2 %).

Toutefois, les **prestations**, qui représentent 93 % des charges, augmentent plus rapidement (4,9 % en 2009 et 4,3 % en 2010). Le ralentissement de 2009 et 2010 est dû à une diminution du coût du dispositif de départs anticipés. L'évolution des prestations est liée à l'évolution des effectifs ainsi qu'à l'évolution du montant des pensions. Les pensions ont été revalorisées en moyenne de 1,3 % en 2009 et de 0,9 % en 2010.

Depuis 2001, le nombre de liquidations annuelles augmente rapidement, du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nées à partir de 1946. L'effectif des générations soixantaines est passé de 500 000 environ pour les générations nées pendant la deuxième guerre mondiale à 800 000 pour les générations 1946 et suivantes. L'augmentation de l'espérance de vie joue aussi sur l'augmentation des effectifs de retraités.

L'évolution du nombre de liquidations est aussi liée au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. Des conditions plus restrictives d'éligibilité ont entraîné une baisse de 10,8 % du nombre de départs dans le régime général en 2009. Après 120 240 départs en 2008, le nombre de départs a chuté à 24 390 en 2009 et 37 620 en 2010. Ce reflux est dû à trois facteurs : la modification des critères de durée validée et cotisée pour un départ anticipé, parallèlement à l'allongement au 1<sup>er</sup> janvier 2009 de la durée requise pour le taux plein (effet générationnel de la réforme des retraites de 2003) ; le resserrement des conditions de régularisation des cotisations arriérées ; l'obligation de scolarité jusqu'à 16 ans à partir de la génération 1953. Au-delà de 2011, les départs anticipés au titre de la réforme de 2003 devaient se stabiliser autour de 35 000, mais la réforme en cours d'examen augmente le champ des départs anticipés.

L'écart entre la croissance des charges nettes et celle des prestations est dû aux transferts au titre de la **compensation généralisée vieillesse**, qui ont diminué de 2,9 % en 2009 et de 7,7 % en 2010. Cela s'explique par les anticipations d'évolution de la masse salariale qui avaient été faites en 2009 dans le contexte de la crise économique : avec une forte augmentation du chômage et une baisse de 2 % de la masse salariale escomptées, la compensation financière versée par le régime général aux régimes démographiquement très déséquilibrés devait beaucoup diminuer. Finalement, l'impact moins fort que prévu de la crise économique sur l'emploi des salariés du régime général aura pour conséquence une régularisation de 180 millions d'euros à la charge du régime général en 2011, au titre de l'année 2010.

Enfin, les **charges financières** influent sur l'évolution des charges nettes. La reprise des déficits cumulés de la CNAV et du FSV début 2009 explique la baisse de 0,6 milliard d'euros des charges financières.

Le solde de la CNAV est passé de -5,6 milliards d'euros en 2008 à -8,6 milliards d'euros en 2010, soit un déficit record pour la branche vieillesse.

## B.- L'IMPACT DE LA RÉFORME SUR LES COMPTES EN 2011

En l'absence des mesures prises dans le cadre du présent PLFSS et du projet de loi portant réforme des retraites, le déficit de la CNAV atteindrait 10,5 milliards d'euros en 2011. En l'état actuel des discussions, ces mesures permettent de ramener le déficit de l'an prochain à 6,9 milliards d'euros.

## 1.– Le redressement des comptes de la CNAV en 2011

L'amélioration du solde de 3,6 milliards d'euros résulte d'une réduction des dépenses de 0,7 milliard d'euros et d'une hausse des ressources de 2,9 milliards d'euros.

### *a) Les nouvelles recettes de la CNAV*

Le surcroît de ressources correspond essentiellement à un nouveau transfert en provenance du FSV (3 milliards d'euros) pour le financement d'une partie des dépenses liées au minimum contributif.

Le maintien en activité des assurés impactés par le relèvement de 2 ans de l'âge légal et de l'âge du taux plein entraînerait pour la CNAV des cotisations supplémentaires générées par les assurés en emploi (24 millions d'euros en 2011 et 512 millions d'euros en 2014) et, pour les assurés au chômage, une prise en charge supplémentaire par le FSV au titre des validations des périodes de chômage (9 millions d'euros en 2011 et 246 millions d'euros en 2014).

Enfin, la branche AT-MP va prendre en charge le coût de la nouvelle mesure pénibilité.

### *b) La diminution des dépenses*

Les mesures sur les dépenses diminueraient les charges de la CNAV de 0,7 milliard d'euros en 2011.

Le relèvement progressif de 60 à 62 ans de l'âge légal de liquidation et de 65 à 67 ans de l'âge du taux plein débiterait en 2011 avec un recul de 4 mois pour les assurés nés à partir de juillet 1951. L'impact des départs plus tardifs sur la masse des prestations est estimé à 176 millions d'euros en 2011 et 3 milliards d'euros en 2014.

Sur la période 2011-2014, ce serait essentiellement le relèvement de l'âge légal qui générerait des économies. Le relèvement de l'âge du taux plein, dont l'incidence débiterait réellement en 2016, n'impacterait sur la période 2011-2014 que les personnes dont la décote est calculée par rapport à l'âge du taux plein nées après le 1<sup>er</sup> juillet 1951.

L'impact des départs anticipés est pris en compte. Les bornes d'âge du départ anticipé sont relevées de deux ans parallèlement à l'ensemble des assurés, mais l'ouverture du bénéfice de la mesure aux assurés ayant commencé à travailler entre 17 et 18 ans engendrera une augmentation du nombre de bénéficiaires. Le flux de départs anticipés augmenterait entre 2011 et 2014, pour se stabiliser autour de 100 000 départs par an jusqu'en 2017, puis 85 000 départs à l'horizon 2020.

Le FSV devrait prendre en charge à hauteur de 400 millions d'euros en 2011 les dépenses relatives au minimum contributif versé aux salariées agricoles.



Cela viendrait diminuer les transferts d'équilibrage versés par la CNAV au titre des salariés agricoles.

La dette cumulée par la CNAV et le FSV entre 2009 et 2011 sera transférée à la CADES, diminuant ainsi les charges financières de la CNAV. Celles-ci auraient atteint 452 millions d'euros en 2011 en l'absence de reprise de dette.

Les autres principales mesures sur les dépenses sont :

- le maintien du droit à la retraite à 60 ans à taux plein pour les carrières pénibles intégralement financé par la branche AT-MP ;

- la prolongation au delà de 2010 de l'allocation veuvage à la suite du rétablissement à 55 ans de la condition d'âge pour l'attribution d'une pension de réversion ;

- la garantie de pension minimum pour carrière pleine à 85 % du SMIC et la prise en compte pour l'attribution du minimum contributif des pensions servies par les autres régimes.

#### ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros, en euros courants)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	89,5	91,5	93,8	99,9	103,3	107,2	111,5
<b>Dépenses</b>	95,1	98,7	102,4	106,8	110,7	115,2	119,3
<b>Total</b>	- 5,6	- 7,2	- 8,6	- 6,9	- 7,4	- 8,0	- 7,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, annexe B.

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

(en milliards d'euros, en euros courants)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Recettes</b>	175,3	179,4	184,0	193,6	199,1	205,1	211,5
<b>Dépenses</b>	180,9	188,4	194,6	202,2	207,9	214,6	221,0
<b>Total</b>	- 5,6	- 8,9	- 10,5	- 8,6	- 8,8	- 9,6	- 9,5

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, annexe B.

## 2.– Les nouvelles dépenses prises en charge par le FSV

Le FSV devrait assurer un transfert de 3 milliards d'euros vers la CNAV en 2011 au titre du financement du minimum contributif, auquel s'ajoutent la prise en charge du minimum contributif pour les salariés agricoles (400 millions d'euros) et le régime social des indépendants (100 millions d'euros), grâce à des ressources supplémentaires qui s'élèveraient à 3,6 milliards d'euros en 2011 et 4,3 milliards d'euros en 2014.

Les nouvelles recettes du FSV sont détaillées dans la première partie du présent rapport.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE**

*(en milliards d'euros)*

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<b>Recettes</b>	15,4	12,9	13,3	18,0	18,7	19,4	20,5
<b>Dépenses</b>	14,5	16,0	17,6	21,9	22,3	22,6	22,9
<b>Solde</b>	<b>0,8</b>	<b>-3,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,6</b>	<b>-3,1</b>	<b>-2,4</b>

Source : PLFSS pour 2011.

## V.- LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Du fait de l'évolution démographique de notre population, les dépenses consacrées par l'ensemble des acteurs (ménages, sécurité sociale, collectivités territoriales, État) à la prise en charge de la dépendance ne peuvent qu'augmenter. Or, les ressources affectées à la prise en charge de la dépendance, notamment les contributions de l'assurance maladie et des départements, sont très contraintes.

De même que pour l'assurance maladie, on atteint aujourd'hui les limites du système actuel, qui nécessite une réforme structurelle. On ne pourra pas parvenir à une maîtrise financière du système sans une réforme qui permette à la fois de trouver de nouvelles ressources et de mettre en place une meilleure régulation des dépenses.

### A.- LES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES ET LES COMPTES DE LA CNSA

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses des établissements et services médico-sociaux financés par l'assurance maladie. Chaque année est arrêté un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA, composé de la part de l'ONDAM versée par l'assurance maladie et par l'apport de la CNSA qui dispose de ressources propres.

La CNSA répartit également des concours financiers nationaux aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

#### 1.- La dégradation des comptes de la CNSA

Pour la première fois depuis sa création, la CNSA a été déficitaire de 0,5 milliard d'euros en 2009. Ses produits se sont élevés à 17,7 milliards d'euros, dont 14 milliards d'euros provenant de l'ONDAM médico-social, 2,2 milliards d'euros de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et 1,1 milliard d'euros de CSG.

Les charges ont atteint 18,1 milliards d'euros, dont 15,2 milliards d'euros versés aux établissements d'accueil de personnes âgées et handicapées. Les concours aux départements ont représenté 2,1 milliards d'euros. Les dépenses d'investissement se sont élevées à 460 millions d'euros.

### LES RESSOURCES DE LA CNSA

Les ressources de la CNSA sont constituées des éléments suivants :

- la fraction de 0,1 % de la CSG perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement, et sur les jeux (ressource initiale du fonds de financement de l'APA) ;
- la contribution de solidarité pour l'autonomie de 0,3 % sur les revenus salariaux, correspondant à la « journée de solidarité », créée par la loi du 30 juin 2004 ;
- la contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, créée par la loi du 30 juin 2004 ;
- la participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse (ressource initiale du fonds de financement de l'APA) ;
- la contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social.

En 2010, les produits devraient augmenter de 6,4 %, plus vite que les charges (4,7 %), mais resteraient inférieurs aux charges en montant. La participation de l'assurance maladie augmenterait de 8 %, et les recettes propres de la CNSA de 2,2 %. L'OGD s'élèverait à 16,3 milliards d'euros et les plans d'aide à l'investissement à 151 millions d'euros. Les concours aux départements devraient augmenter de 2,2 % pour atteindre 2,2 milliards d'euros. Au total, sous ces hypothèses, la CNSA serait déficitaire de 193 millions d'euros en 2010.

En 2011, le déficit de la CNSA devrait se réduire, à 145 millions d'euros. Toutefois, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 2011 sont fondées sur l'hypothèse d'une consommation exacte du sous-objectif incluant le reversement de 100 millions d'euros de l'ONDAM médico-social à l'assurance maladie. Le budget se fonde sur un ONDAM médico-social en hausse de 3,8 % à 15,8 milliards d'euros. Compte tenu des ressources propres de la CNSA, l'OGD devrait évoluer de + 4,5 % par rapport à l'exercice 2010.

Le montant que consacrerait la CNSA aux investissements n'est pas programmé. Il dépendra du niveau des réserves propres de la CNSA qui seront connues à la clôture de l'exercice 2010.

#### 2.– L'évolution de l'objectif global de dépenses (OGD)

Les versements de la CNSA aux établissements se sont élevés à 15,2 milliards d'euros en 2009. Or, l'OGD s'élevait à 15,6 milliards d'euros : une sous-consommation de 431 millions d'euros est apparue (contre 509 millions d'euros en 2008).

La prévision de l'OGD 2010 est de 16,3 milliards d'euros, dont 15,1 milliards financés par l'ONDAM et 1,2 milliard par la CNSA. Du fait du retard dans la notification des enveloppes de l'OGD aux agences régionales de santé (ARS), l'exécution 2010 n'est pas encore connue. La CNSA devra pourtant reverser 100 millions d'euros à la CNAM. En effet, 2010 étant la dernière année de budgétisation de l'OGD en autorisations d'engagement avant le passage aux crédits de paiement en 2011, on anticipe une sous-consommation permettant ce versement qui doit compenser une partie des dérapages des dépenses des établissements hospitaliers.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) portant sur les excédents de la CNSA et la sous-consommation récurrente de l'OGD a conclu à la nécessité de passer à la budgétisation en crédits de paiement, pour coller aux besoins réels de l'exercice.

Compte tenu de l'ONDAM médico-social et des prévisions de recettes fiscales de la CNSA, l'OGD devrait augmenter de 4,5 % en 2011 (4,9 % pour les personnes âgées et 3,9 % pour les personnes handicapées), ce qui est peu par rapport aux années précédentes.

### 3.– L'évolution des concours aux départements

#### *a) Le financement de l'APA*

La CNSA verse aux départements un concours au titre du financement de l'APA, déterminé sur la base des recettes de la CNSA qui sont affectées en tout ou partie à cette dépense :

- une fraction de 20 % du produit de CSA ;
- une fraction des recettes de CSG comprise entre 88 % et 95 % ; la fraction de CSG attribuée au concours APA a été fixée à 94 % en 2009 et 2010, et ce taux est maintenu dans la construction du budget de 2011 ;
- la participation des régimes d'assurance vieillesse.

Les modalités de répartition du concours de la CNSA aux départements sont fixées par la loi du 30 juin 2004 et précisées par le décret du 22 décembre 2004. Les critères de répartition du concours et leur pondération sont les suivants :

- le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (pondération 50 %) ;
- le potentiel fiscal de chaque département (pondération 25 %) ;
- le nombre de bénéficiaires du RSA (pondération 5 %) ;
- la dépense annuelle au titre de l'APA (pondération 20 %).

Enfin, ces critères sont corrigés par le potentiel fiscal du département.

**RESSOURCES PROPRES DE LA CNSA DÉDIÉES AU FINANCEMENT DE L'APA**

	2009 réalisé		Prévision 2010.		Prévision 2011.	
	M€	Évolution (en %)	M€	Évolution (en %)	M€	Évolution (en %)
Fraction des produits de CSG	1 033	- 2,1	1 049	1,5	1 076	2,6
Fraction des produits de CSA	441	- 3,9	450	2,1	464	3
Participation de l'assurance vieillesse	66	1,2	67	1,8	68	1,3
<b>Financement de l'APA</b>	<b>1 540</b>	<b>- 2,5</b>	<b>1 566</b>	<b>1,7</b>	<b>1 608</b>	<b>2,6</b>

Source : Annexe 8 au PLFSS pour 2011.

Le taux de couverture de l'APA par la CNSA se dégrade : il s'est élevé à 29 % en 2010, 71 % restant à la charge des départements. En 2009, le rapport était respectivement de 33 % à 67 %.

*b) Le financement de la prestation de compensation du handicap*

La PCH connaît une évolution dynamique. Le montant du concours de la CNSA au financement de la PCH est calculé sur la base d'une fraction comprise entre 26 % et 30 % des recettes de CSA. Cette fraction était de 26 % en 2009 et en 2010. Elle serait maintenue à ce taux en 2011, si bien que le concours est évalué à 603 millions d'euros en 2011, contre 574 millions d'euros en 2009 et 586 millions d'euros en 2010.

Les critères retenus pour la répartition du concours entre les départements sont le nombre de bénéficiaires de la PCH, le nombre de bénéficiaires d'autres prestations (AAH, invalidité) et le potentiel fiscal des départements.

**B.- LA SITUATION DES ÉTABLISSEMENTS**

**1.- La convergence tarifaire**

La LFSS pour 2009 a introduit une réforme de la tarification des EHPAD, dans le but d'aboutir à une convergence tarifaire. Cette réforme entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011 ; le décret d'application n'est pas encore publié. La tarification reste répartie en trois enveloppes (soins, dépendance et hébergement) mais le mode de calcul de ces enveloppes change pour passer d'une dotation globale plus ou moins fondée sur des critères historiques à une équation nationale. En effet, jusqu'à présent, les budgets alloués aux EHPAD par l'assurance maladie étaient extrêmement variables, sans lien avec les coûts réels supportés.

L'enveloppe soins est calculée en multipliant un niveau moyen de dépendance et d'état de santé des personnes hébergées dans l'établissement par une valeur nationale. L'objectif est de parvenir à une convergence nationale. Les

établissements qui dépassent le « plafond de convergence » seront perdants : il s'agit d'environ 600 établissements sur 7 000. Toutefois, la convergence se fera progressivement sur 7 ans.

Pour l'enveloppe dépendance, l'État donne les moyens aux départements de mettre en place un même mécanisme, mais la convergence nationale n'est pas recherchée.

Enfin, le système de financement de l'hébergement n'est pas changé – les établissements fixent un tarif payé par les résidents – mais il est désormais interdit d'y répercuter le coût de la dépendance.

Dans le but de mieux maîtriser la consommation de médicaments des personnes hébergées dans les EHPAD (pour des motifs économiques mais aussi de santé publique), la LFSS pour 2009 a également prévu la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, à l'issue d'une période d'expérimentation de moins de deux ans. La loi prévoit un rôle central pour le médecin coordonnateur auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, en matière de bonne adaptation aux impératifs gériatriques de prescriptions de médicaments et de produits de santé. À cette fin, il élabore la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent.

Une expérimentation de cette mesure a été réalisée en 2009 et 2010. De façon générale, l'ensemble du secteur constate des difficultés d'application. Il est très difficile de mener de front cette réforme avec celle de la convergence. Le médecin coordonnateur ne dispose pas des leviers suffisants pour influencer sur la prescription médicamenteuse, si bien que l'intégration du coût des médicaments dans l'enveloppe soin des EHPAD revient à leur imposer un coût dont ces établissements n'ont pas la maîtrise. Pour ces raisons, la Rapporteuse pour avis propose de prolonger l'expérimentation de deux ans (**amendement n° CF 10**).

**Les difficultés de mise en place de cette mesure apportent une preuve supplémentaire que l'on ne pourra pas aller plus loin dans la maîtrise financière du système sans réforme en profondeur.**

2.– L'épuisement des réserves implique la recherche de nouvelles sources de financement des investissements

La CNSA a mobilisé 300 millions d'euros en 2009 et 151 millions d'euros en 2010 en faveur des investissements immobiliers des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Par ailleurs, dans le cadre du plan de relance, 70 millions d'euros ont été affectés à la CNSA. Au 31 août 2010, 33 millions d'euros avaient été versés et la totalité des 70 millions d'euros étaient engagés.

Le plan de relance devait également permettre d'accélérer les ouvertures de places en établissement : les services locaux étaient autorisés à ouvrir 5 000 places supplémentaires entre 2009 et 2012. Aujourd'hui, plus de la moitié de ces places ont été ouvertes.

Les perspectives pour l'investissement sont toutefois inquiétantes. En effet, les réserves de la CNSA s'épuisent. À partir de 2011, il ne devrait plus y avoir d'excédent puisque l'ONDAM médico-social sera désormais calculé en crédits de paiement et non plus en autorisations d'engagement. Actuellement les réserves ne représentent plus que 337 millions d'euros. L'apport de la CNSA au titre d'un plan d'aide à l'investissement 2011 dépendra du niveau des réserves propres de la CNSA qui seront connues à la clôture de l'exercice 2010.

**Les réserves se tarissant, et s'épuisant probablement fin 2011, il va falloir trouver une autre ressource pérenne pour les investissements.** Ce sera un des enjeux de la réforme de la prise en charge de la dépendance que la Rapporteuse pour avis souhaite voir proposée par le Gouvernement très prochainement.



## EXAMEN EN COMMISSION

*Lors de sa réunion du 20 octobre 2010, la Commission procède à l'examen pour avis, sur le rapport de Mme Marie-Anne Montchamp, de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 2854).*

**M. le président Jérôme Cahuzac.** La Commission des finances s'est, comme à son habitude, saisie pour avis du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011.

Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer certaines dispositions du PLFSS à l'occasion de l'examen du projet de loi organique sur la dette sociale et du projet de loi de finances pour 2011. Notre Commission a ainsi adopté un amendement, que je lui avais proposé, en loi de finances, tendant à ce que le Parlement soit informé chaque année de l'écart qui pourrait être constaté entre le produit des impositions d'État destinées à financer en partie la réforme des retraites et celui des recettes qui, en contrepartie – en l'occurrence, une part de TVA brute sur certains biens et produits médicaux –, sera affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie, la CNAM, cette dernière cédant une fraction de forfait social et la C3S additionnelle au Fonds de solidarité vieillesse – FSV.

En effet, nous avons quelques inquiétudes quant au rendement de certaines recettes et à « la perte en ligne » qui pourraient intervenir d'une affectation à une autre. Je veux parler du dispositif selon lequel, en contrepartie du 0,28 point de CSG affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la CADES, et non plus à la Caisse nationale des allocations familiales, la CNAF, cette dernière perçoit trois taxes dont la fameuse « *exit tax* », la taxation de certains produits d'assurance-vie dite « au fil de l'eau », ainsi que la taxe sur les contrats dits « responsables ».

Concernant les recettes nouvelles destinées aux régimes de retraites, quelle est votre opinion, madame la Rapporteuse, sur le chiffrage retenu par le Gouvernement ? Le taux de l'imposition des revenus du capital est relevé, mais n'y a-t-il pas un risque de voir à terme disparaître l'assiette de ce prélèvement, compte tenu des abattements pour durée de détention et du risque d'un transfert des investissements dans un PEA ou une assurance-vie ?

Autant de mécanismes quelque peu étranges, mais pas inhabituels pour autant, que nous sommes tenus d'examiner à chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale...

**Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteuse pour avis du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011.** Monsieur le président, mes chers collègues, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 s'inscrit résolument sous le signe du changement, en particulier par rapport au PLFSS de l'an passé, dont j'avais déploré avec force l'attentisme, s'agissant

notamment de son absence de traitement des déficits cumulés et du poids considérable que ce manque de décision revenait à faire porter, bien sûr, à l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, l'ACOSS, en charge de la trésorerie, mais également à l'ensemble du système de financement. Cette non-décision a fait perdre un temps précieux, ce que je déplore.

Pour autant, je le disais, de grands changements interviennent cette année, particulièrement s'agissant du volet « recettes » du projet de loi.

En premier lieu, ce dernier s'inscrit dans la continuité du projet de loi portant réforme des retraites : si les effets du report de l'âge légal de départ devraient rester faibles en termes d'impact financier sur la branche vieillesse en 2011, principalement en raison de la montée en charge progressive de la réforme, celle-ci implique des financements nouveaux, qui se matérialisent dans le cadre de ce PLFSS, mais également, comme nous l'avons vu la semaine passée en commission, dans le cadre du PLF. Ce sont ainsi près de 3,6 milliards d'euros en 2011 qui seront affectés au Fonds de solidarité vieillesse.

S'il faut prendre à bras-le-corps le problème des retraites, on peut cependant regretter que les mécanismes d'affectation des recettes – autrement dit la « tuyauterie » – soient aussi complexes et soient contraints de passer par des « organismes pivots », en l'occurrence la CNAM : en effet, les nouvelles recettes prévues dans le cadre du PLFSS – issues en particulier de l'effort supplémentaire demandé aux hauts revenus et aux revenus du capital, mais aussi aux entreprises – sont affectées à l'État ; celui-ci transfèrera en contrepartie une fraction de TVA brute, en l'occurrence sur certains biens et services médicaux, à l'assurance maladie qui, elle-même, par une tuyauterie complémentaire, transfèrera au FSV l'équivalent du produit de cette taxe, sous la forme d'une fraction du forfait social et du produit de la C3S additionnelle.

Second changement crucial : la volonté d'apurement de la dette sociale, que j'ai appelée de mes vœux l'an passé. Elle se traduit dans l'article 9 du PLFSS : 130 milliards d'euros seront au total transférés à la CADES sur la période 2011-2018, permettant dès 2011 une reprise de l'ensemble des déficits cumulés du régime général 2009 et 2010 ainsi que le déficit 2011 des branches maladie et famille, à hauteur de 68 milliards d'euros, et programmant une reprise progressive des 62 milliards d'euros de déficits cumulés de la branche vieillesse sur la période de montée en charge de la réforme des retraites, c'est-à-dire jusqu'en 2018. Je ne reviens pas sur le schéma de transfert qui a été retenu, en particulier par le biais de la mobilisation des actifs et de la recette du Fonds de réserve pour les retraites – FRR –, que nous avons largement évoqué dans le cadre du débat sur le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, mais je tiens à souligner que, par cohérence avec la position qui a été adoptée par la Commission des finances à mon initiative et conjointement avec le rapporteur général, je proposerai, dans le cadre de ce PLFSS, de poursuivre l'opération de clarification qui a été souhaitée pour assurer le transfert de dette prévu. L'amendement permettra ainsi de compléter la tuyauterie.

J'ai présenté avec le rapporteur général, en PLF, des amendements destinés à affecter à la Caisse nationale des allocations familiales les recettes issues de la réduction de niches sociales et de la taxation du secteur de l'assurance, que le Gouvernement souhaitait initialement affecter à la Caisse d'amortissement de la dette sociale : une telle option nous a en effet semblé inacceptable au regard de la règle organique qui impose à la CADES d'être mise en mesure de faire face à son échéance. Les recettes en question – non pérennes pour deux d'entre elles – ne le permettent en effet manifestement pas.

Je proposerai donc de supprimer le renvoi à ces recettes non pérennes et de prévoir, en contrepartie, l'affectation à la CADES de 0,28 point de CSG en provenance de la branche famille. Ce 0,28 point de CSG correspond au rendement attendu en 2011 des trois recettes initialement prévues, à hauteur de 3,2 milliards d'euros. Ce « swap » est une garantie importante pour la CADES, qui va être conduite, dès 2011, à reprendre des montants considérables de dette sociale à raison de 10 milliards d'euros par mois sur le premier semestre 2011.

Il ne s'agit en aucune manière d'accepter pour autant une fragilisation du régime général. Cette situation ne fait que confirmer la thèse que je défends avec obstination chaque année selon laquelle on ne peut financer notre Sécurité sociale avec des recettes non pérennes et par des réductions de dépenses de plus en plus ciblées, sachant que de telles recettes ne sont pas à la hauteur des enjeux du financement de la Sécurité sociale : c'est pourquoi je vous proposerai d'adopter un amendement visant à combler l'écart entre les prélèvements sociaux pesant sur les revenus du capital et les cotisations et prélèvements pesant sur les revenus du travail, par la création d'une taxe additionnelle à la CSG, de 5 %, sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, dont le rendement pourrait être de l'ordre de 5,4 milliards d'euros en 2011.

Il me semble aujourd'hui essentiel d'en appeler à une réflexion générale sur les modalités de financement de la Sécurité sociale : tel est l'objet de cet amendement. Le débat fiscal souhaité par le Président de la République et annoncé pour le printemps prochain ne doit pas être circonscrit au seul financement de l'État et faire l'impasse sur les finances sociales. Je ne manquerai pas d'y revenir lors de ce débat.

Mes chers collègues, le modèle social est en bout de course. La réduction des dépenses se compte en quelques dizaines de millions d'euros là où le besoin de financement s'évalue en quelques dizaines de milliards d'euros. C'est à ce carrefour de convictions que nous sommes en quelque sorte rendus.

J'en viens aux aspects relatifs aux dépenses. Sur ce volet, l'état des lieux est plus contrasté et l'objectif beaucoup plus difficile à atteindre. Si la réforme des retraites en cours d'examen est conçue pour rétablir l'équilibre de l'ensemble des régimes de retraite à l'horizon 2018 – compte tenu de la reprise de dette – assurant ainsi la sauvegarde de notre système de retraite par répartition, et si l'on peut

attendre un retour à l'équilibre à moyen terme de la branche famille qui est structurellement excédentaire, en revanche, la situation de l'assurance maladie est extrêmement préoccupante.

Certes, de remarquables progrès ont été faits dans la maîtrise des dépenses de santé ces dernières années. Entre 1999 et 2004, la croissance annuelle des dépenses du régime général était comprise entre 5 et 7 % ; depuis 2005, elle est ramenée sous 4 % par an. Elle va même être contenue à 3 % en 2010, avec probablement un respect strict de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, pour la première fois depuis sa création en 1997.

Les progrès sont particulièrement marqués côté soins de ville, où l'objectif de dépenses était déjà respecté en 2009. Cela révèle une connaissance de plus en plus poussée de la nature des dépenses et l'amélioration des techniques de pilotage. J'insiste sur le fait que cette maîtrise n'est pas uniquement le fruit de mesures de rigueur – déremboursements, franchises –, mais de mesures d'efficacité permettant de faire des économies tout en améliorant la qualité des soins – maîtrise médicalisée, mise en place de référentiels de prescription, lutte contre la fraude...

Les mesures d'économies prises chaque année pour limiter la progression de l'ONDAM sont de plus en plus sophistiquées. Je citerai la mise en place d'un forfait pour les bandelettes d'auto-test de glycémie pour les diabétiques non insulino-dépendants – qui me semble être une bonne mesure – ainsi que la fin de la prise en charge automatique des frais de transport des affections de longue durée – ALD –, laquelle me paraît également une bonne chose, ces dépenses augmentant extrêmement vite sans être toujours médicalement justifiées. On le voit, il convient de s'orienter vers des approches de plus en plus systémiques pour obtenir des améliorations structurantes. Mais les deux mesures que je citais ne rapportent chacune que 35 et 20 millions d'euros. L'on arrive ainsi à un degré de finesse sans doute remarquable, grâce à la performance du pilotage, mais en même temps relativement inquiétant. Si avec une très bonne maîtrise des dépenses d'assurance maladie – car je ne crois pas qu'on puisse aller bien en dessous de 2,8 % d'augmentation par an –, on conserve un déficit structurel de 11 milliards d'euros, le *statu quo* est intenable. La crise a coûté très cher à l'assurance maladie, et le redressement de la masse salariale permettra d'augmenter les recettes et de réduire le déficit, mais je ne crois pas à un retour à l'équilibre en l'absence de réforme plus radicale.

L'avenir de notre système d'assurance maladie est en jeu. Les mesures d'économies adoptées ces dernières années ont permis de limiter globalement les dépenses, mais la croissance de certaines d'entre elles, notamment liées à la consommation de soins des malades en ALD, ont accru le déséquilibre structurel de notre système. Faire porter toutes les mesures d'économies sur les assurés non ALD et transférer les « petits risques », c'est-à-dire les déremboursements à la marge, vers les assurances complémentaires, n'est économiquement pas cohérent. C'est le bon risque que l'on pénalise, celui qui assure toute la qualité et l'efficacité

du système par répartition. En outre, cela remet en question le principe d'égal accès aux soins, au risque de détruire la confiance et l'adhésion des assurés au système, les incitant à se détourner du système par répartition.

Enfin, il est un autre secteur où une réforme devient urgente, celui de la dépendance. Du fait de l'évolution démographique de notre population, les dépenses ne peuvent qu'augmenter. Or, les ressources affectées à la prise en charge de la dépendance, notamment les contributions de l'assurance maladie et des départements, sont très contraintes. De même que pour l'assurance maladie, on arrive au bout de ce qu'il est possible de faire à système constant.

Ainsi, les difficultés de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans l'enveloppe soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – montre qu'on ne pourra pas aller plus loin dans la maîtrise financière du système sans réforme structurelle. La réforme devra à la fois porter sur la structure de l'offre, permettre de trouver de nouvelles ressources et mettre en place une meilleure régulation des dépenses. Là encore, c'est notre modèle social qui est en jeu. Même s'il s'agit d'un risque incertain et lointain, la dépendance est un risque lourd dont l'impact macro-économique est loin d'être négligeable.

En conclusion, le PLFSS m'apparaît comme cohérent, dans la mesure où il présente des objectifs ambitieux et des mesures intéressantes permettant de les tenir. Mais il apporte aussi la preuve que notre système d'assurance maladie est poussé jusqu'à ses extrémités, et qu'une rénovation en profondeur s'impose qui passe par l'apport de ressources nouvelles et par la réaffirmation de nos valeurs fondamentales que sont la solidarité et l'universalité. Il s'agit de trouver des ressources justes.

\*

\* \*

## PREMIÈRE PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009

*La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 1<sup>er</sup> et 2.*

## DEUXIEME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010

*La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 3 à 8.*

## TROISIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011

#### Section 1

#### Reprise de dette

#### **Avant l'article 9**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 16 de M. Daniel Garrigue tendant à insérer un article additionnel avant l'article 9.*

**M. Daniel Garrigue.** La question essentielle est aujourd'hui d'assurer, grâce à des ressources universelles et pérennes, la sauvegarde de notre système de protection sociale. C'est pourquoi je propose en premier lieu de jouer sur les prélèvements à caractère universel, donc sur la CSG ; en deuxième lieu d'introduire l'idée de progressivité ; en troisième lieu de toucher également les revenus du patrimoine. En fait, je crois qu'il faut s'écarter de l'idée à la mode qui voudrait que l'on fasse une seule masse de la CSG et de l'impôt sur le revenu, ce qui risquerait de poser à terme un gros problème de financement de la protection sociale.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** On peut souscrire à cette démarche au regard de l'urgence que je viens de souligner. Toutefois, le recours à un barème progressif pour la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement ne semble pas adapté à cette forme d'imposition, qui repose essentiellement sur la performance de l'assiette. C'est pour cette raison que j'émet un avis défavorable.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** D'autres ont essayé de rendre la CSG progressive par l'instauration d'un barème ; cette mesure a été votée mais elle a été censurée par le Conseil constitutionnel au motif qu'un impôt cédulaire prélevé à la source, donc non familialisé, est contraire à notre constitution. Il s'agit donc d'une initiative sympathique mais qui, malheureusement, a déjà abouti à une impasse.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 9 :** *Reprise de dettes par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)*

*La Commission est saisie de l'amendement CF 24 de Mme la Rapporteuse pour avis et des amendements CF 18 et CF 19 de M. Daniel Garrigue, qui peuvent être soumis à une discussion commune.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Il s'agit de supprimer les recettes « assureurs » qui étaient affectées à la CADES, qui seront affectées à la CNAF. Dans la mesure où il s'agit d'un *swap*, il vous sera proposé ultérieurement de transférer 0,28 point de CSG de la CNAF à la CADES.

**M. Daniel Garrigue.** Je propose moi aussi que l'on ne fasse pas appel à des ressources qui ne sont pas pérennes, ce qui serait contraire à la loi organique. Mais je soutiens une autre organisation financière parce que je suis convaincu qu'il faut, dès cette année, augmenter la CRDS.

*La Commission adopte l'amendement CF 24. En conséquence, les amendements CF 18 et CF 19 deviennent sans objet.*

*Puis elle examine l'amendement CF 17 de M. Daniel Garrigue.*

**M. Daniel Garrigue.** Si on fait un prélèvement sur le Fonds de réserve des retraites, ce ne peut être que sur les recettes qu'il perçoit et non sur son capital.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Je ne puis souscrire à une rédaction qui laisse entendre que le FRR décaisserait chaque année 2,1 milliards d'euros de recettes puisque son rendement est moindre, sa seule recette pérenne provenant des 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital. Au total, c'est tout le schéma prévu pour la reprise des futurs déficits de la branche vieillesse qui s'en trouverait affecté.

**M. Daniel Garrigue.** Mon objectif est que l'on fasse appel à la CRDS.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement CF 26 de Mme la Rapporteuse pour avis.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** J'ai déjà présenté cet amendement, qui est la conséquence de celui que la Commission vient d'adopter.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle donne **un avis favorable** à l'adoption de l'article 9 modifié.*

### **Après l'article 9**

*La Commission est saisie de trois amendements portant articles additionnels après l'article 9.*

*Elle examine en premier lieu l'amendement CF 25 de Mme la Rapporteuse pour avis.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** J'ai présenté dans mon exposé liminaire cet amendement destiné à contribuer à sanctuariser les recettes de la CADES par un rééquilibrage, dans le calcul des prélèvements sociaux et des contributions sociales, entre la part relevant de l'imposition des revenus du travail et la part portant sur les revenus du capital en augmentant cette dernière.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement CF 20 de M. Daniel Garrigue.*

**M. Daniel Garrigue.** Il serait dommage de perdre totalement le bénéfice des prélèvements non pérennes ou en diminution. C'est pourquoi je propose d'affecter ces ressources en dotation au capital du FRR.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Je comprends la position de Daniel Garrigue, mais je ne la partage pas. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement, de même que l'amendement CF 21 de M. Daniel Garrigue.*

## Section 2

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base  
et des organismes concourant à leur financement

### **Avant l'article 10**

*La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels avant l'article 10.*

*Elle examine d'abord l'amendement CF 3 de M. Michel Bouvard.*

**M. le président Jérôme Cahuzac.** Devant présider une réunion à la Caisse des dépôts, notre collègue Michel Bouvard m'a demandé de présenter la philosophie de cet amendement.



Lors de l'arrivée à leur terme de certaines exonérations de charges sociales d'entreprises ou d'associations situées en zone de revitalisation rurale, il est proposé qu'à tout le moins les contrats en cours puissent aller au terme de ce qui était prévu, en bénéficiant des conditions d'allègement qui avaient présidé à leur constitution.

À titre personnel, je juge cette initiative plutôt heureuse car l'on sait les effets que va provoquer dans les ZRR la suppression de cet allègement de charges, qui mettra des entreprises et des associations en situation délicate.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Je partage l'idée qu'il convient de remédier à une anomalie. Avis favorable.

**M. Yves Censi.** De nombreux organismes médicaux, sociaux et sanitaires font en faveur de la dispensation des soins dans les zones rurales un travail considérable, dont le financement repose entièrement sur ce dispositif d'exonération. Je suis donc moi aussi favorable à cet amendement fort utile.

**M. Charles de Courson.** La portée de cet amendement me semble plus limitée que ce qui vient d'être dit puisqu'il est en fait proposé que, lorsque l'on sort une commune d'une ZRR, on conserve les avantages des contrats conclus auparavant.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** J'ai en effet anticipé sur la présentation de l'amendement CF 2, mais les deux me paraissent bienvenus.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement CF 2 de M. Michel Bouvard.*

**Article 10 :** *Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »*

*La Commission est saisie des amendements CF 13 de M. Laurent Hénart, CF 4 de M. Charles de Courson et CF 1 de M. Michel Bouvard, qui peuvent être soumis à discussion commune.*

**M. Laurent Hénart.** Nous avons déjà évoqué ce sujet lorsque nous avons examiné le rapport pour avis sur la réforme des retraites. Le dispositif législatif qui porte sur les retraites chapeau concerne aussi d'autres dispositifs institués par les entreprises au bénéfice de tous leurs salariés – c'est notamment le cas des anciennes entreprises d'État qui ont été privatisées, en particulier dans l'industrie. En instituant, sur des petites pensions, une sorte de franchise à la taxe prévue pour financer les retraites – avec un abattement à 1/10<sup>ème</sup> du plafond annuel, nous ciblerions davantage les recettes chapeau des cadres dirigeants.

**M. Charles de Courson.** À partir de la même idée, nous proposons un abattement égal à deux fois le plafond annuel.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** Pour sa part, Michel Bouvard propose un abattement à auteur du tiers du plafond.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Je pense aussi qu'il faut éviter une anomalie quelque peu choquante. Ma préférence va à l'amendement de Laurent Hénart, qui vise un niveau me paraissant plus adapté au regard du niveau moyen des rentes au titre de ces retraites supplémentaires.

*La Commission adopte l'amendement CF 13. En conséquence les amendements CF 4 et CF 1 deviennent sans objet.*

*La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article ainsi modifié.*

**Article 11 :** *Majoration du taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites*

*La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article.*

#### **Après l'article 11**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 6 de M. Charles de Courson tendant à insérer un article additionnel après l'article 11.*

**M. Charles de Courson.** Comme à l'accoutumée, nous proposons de concentrer les exonérations de charges sociales patronales sur les PME, donc de réduire celles qui sont accordées aux grandes entreprises, en particulier capitalistiques. Accorder une telle exonération à Total n'a jamais abouti à la création d'un seul emploi ! Une variante consisterait à tenir compte des bénéfices réalisés par les entreprises et du rapport entre masse salariale et valeur ajoutée. Quoi qu'il en soit, il faut faire preuve de davantage de rigueur : nous sommes en faillite et nous continuons à donner de l'argent à des entreprises qui n'en ont nul besoin ! Il serait intéressant que notre Rapporteuse demande quel montant d'exonération est accordé au groupe Total, qui a réalisé 17 milliards d'euros de bénéfices avant impôts...

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Je comprends d'autant mieux l'esprit de cet amendement que l'on sait à quel point les grandes entreprises sont habiles à utiliser à leur profit les mesures d'incitation.

Je me vois toutefois contrainte d'émettre un avis défavorable parce que sa rédaction me semble contrevenir au droit européen ainsi qu'au principe d'égalité devant l'impôt.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 12 :** *Annualisation des allègements généraux de cotisations sociales*

*La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article.*

**Article 13 :** *Majoration du forfait social*

*La Commission est saisie de l'amendement CF 8 de M. Charles de Courson.*

**M. Charles de Courson.** Le forfait social, destiné à répondre à la dégradation du solde du régime général de la sécurité sociale, ne doit pas contrevenir aux solutions proposées pour répondre au problème du financement des retraites.

Aussi, il convient de veiller à ce que les efforts des entreprises finançant des cotisations de retraite au profit leurs salariés ne soient pas pénalisés. C'est pourquoi il est proposé que l'augmentation du taux du forfait social ne vise pas les cotisations de retraite supplémentaire versées dans le cadre d'un contrat de retraite entreprise à cotisations définies, tel que défini à l'article 83 du code général des impôts.

À défaut, il est à craindre que les entreprises limitent leur effort de préparation de la retraite, ce qui serait contraire aux besoins futurs des salariés.

Alors que nous sommes, au sein de la majorité, favorables au dialogue social, à la liberté, à la responsabilité, il est vraiment choquant que l'on décourage, en taxant des mécanismes institués par les partenaires sociaux, les entreprises qui proposent une couverture complémentaire !

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Avis défavorable : pourquoi exonérer les retraites supplémentaires et pas d'autres dispositifs comme les PERCO ? Il faut considérer les choses de façon beaucoup plus générale.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle donne un avis favorable à l'adoption de l'article.*

**Après l'article 13**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 9 de M. Charles de Courson tendant à insérer un article additionnel après l'article 13.*

**M. Charles de Courson.** Il y a plus de dix ans, j'avais obtenu que l'on étende à l'agriculture le mécanisme de l'année « N », qui est appliqué à toutes les autres professions indépendantes. Hélas, sous la pression de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, cette disposition a été abrogée sous le gouvernement de Lionel Jospin et remplacée par une usine à gaz reposant sur un système de

provision. Je souhaite donc que la majorité se montre cohérente avec ce qu'elle a fait il y a dix ans et qu'elle rétablisse un dispositif qui a fait la preuve de son efficacité.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Avis défavorable. Aujourd'hui, 85 % des agriculteurs ont choisi le lissage sur trois ans et je pense qu'il faut surtout s'efforcer de le généraliser.

**M. Charles de Courson.** Pourquoi cette possibilité est-elle offerte à tous les indépendants, sauf aux exploitants agricoles, au bénéfice desquels elle a été supprimée ? Le lissage ne permet pas de faire face à un effondrement des revenus de 50 ou 60 % comme on en voit dans certaines filières.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 14 :** *Recettes affectées au Fonds de solidarité vieillesse dans le cadre de la réforme des retraites*

*La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article.*

**Après l'article 14.**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 22 M. Daniel Garrigue.*

**M. Daniel Garrigue.** De nombreuses retraites agricoles sont encore particulièrement faibles, en particulier celles des polypensionnés et des femmes, en raison notamment des minorations brutales appliquées, dans ce secteur, en dessous d'un certain nombre d'années de travail. Les engagements avaient été pris en faveur d'un passage de 22,5 à 17,5 annuités. Or, je n'en vois pas la trace dans ce projet de loi de financement. C'est pourtant une question de justice sociale.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** À titre personnel, je suis très favorable à cet amendement, qui correspond d'ailleurs à un engagement auquel nous avons tous souscrit.

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Il paraît difficile de prendre des ressources à la CNAMTS, dont la situation est déjà tendue. Si je comprends l'esprit de cet amendement, je suis trop soucieuse d'éviter d'accroître les déséquilibres pour pouvoir lui donner un avis favorable.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** Vous avez toutefois fait adopter, il y a quelque temps, un amendement qui détend un peu la situation...

**M. Daniel Garrigue.** Qui plus est, cet amendement est entièrement compensé par une augmentation des droits sur les tabacs, qui alimentaient autrefois le budget annexe des prestations sociales agricoles.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle donne successivement un **avis favorable** à l'adoption des articles 15 et 16.*

### **Après l'article 16**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 10 de M. Charles de Courson tendant à insérer un article additionnel après l'article 16.*

**M. Charles de Courson.** J'ai découvert qu'en application du code rural, si l'on arrête son exploitation le 15 janvier, on doit payer les cotisations pour l'ensemble de l'année. C'est d'autant plus aberrant qu'en agriculture un certain nombre d'exercices sont décalés en fonction des cycles. Je propose donc que l'on applique, comment en cas de décès, le prorata temporis.

*Suivant l'avis favorable de la Rapporteuse pour avis, la Commission **adopte** l'amendement.*

*Elle donne ensuite successivement un **avis favorable** à l'adoption des articles 17,18 et 19.*

### **Article 20 : Fiscalité applicable aux médicaments orphelins**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 23 de Mme la Rapporteuse pour avis tendant à supprimer l'article.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Réduire les dépenses en faveur des médicaments orphelins me paraît tout à fait contreproductif.

**M. le président Jérôme Cahuzac.** Vous avez mille fois raison !

*La Commission **adopte** l'amendement, exprimant ainsi un avis favorable à la suppression de l'article.*

*Elle donne ensuite un **avis favorable** à l'adoption des articles 21,22 et 23.*

### **Après l'article 23**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 12 de M. Charles de Courson tendant à insérer un article additionnel après l'article 23.*

**M. Charles de Courson.** Les finances des départements sont en crise en raison des prestations légales obligatoires qu'ils doivent distribuer. Il est aberrant de vouloir financer cela par la seule imposition du foncier bâti. Nous proposons donc de supprimer la DGF versée aux départements – 12 milliards d'euros – et de la remplacer par le versement d'une partie de la CSG. Il est impératif de lancer le débat sur la péréquation entre les départements pour les seules prestations sociales.

*Suivant l'avis de la Rapporteuse pour avis, la Commission **rejette** l'amendement.*

*Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption des articles 24 à 33.*

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'ANNÉE 2011

*La Commission émet un avis favorable à l'adoption des articles 34 à 36.*

**Article 37 :** *Extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation*

*La Commission est saisie de l'amendement CF 27 de Mme la Rapporteuse pour avis.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Afin d'inciter les patients à choisir la formule moins onéreuse de la dialyse à domicile, il est proposé d'assujettir à un mécanisme d'accord préalable la dialyse réalisée dans un centre de santé.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle donne un avis favorable à l'adoption de l'article ainsi amendé.*

*Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption des articles 38 à 45.*

#### **Après l'article 45**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 28 de Mme la Rapporteuse pour avis.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** Dans la mesure où nous ne sommes pas en mesure aujourd'hui de tirer les leçons de l'expérimentation en cours, il est proposé de la poursuivre.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption des articles 46 à 59.*

#### **Après l'article 59**

*La Commission est saisie de l'amendement CF 29 de Mme la Rapporteuse pour avis.*

**Mme la Rapporteuse pour avis.** L'informatisation des régimes leur permet désormais de mieux suivre leurs opérations tout au long de l'année. Une présentation semestrielle plutôt qu'annuelle permettrait d'avoir un regard plus précis sur leur évolution, ce que me semble imposer la tension actuelle sur les comptes.

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

*Elle donne ensuite un **avis favorable** à l'adoption de l'article 60 ainsi qu'à l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi modifié.*

\*

\* \*





## AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION <sup>(1)</sup>

N° CF 1

### AMENDEMENT

présenté par

M. Michel Bouvard

---

### ARTICLE 10

À l'alinéa 9, après les mots : « à la charge du bénéficiaire », sont insérés les mots :  
« , pour la partie excédant le tiers du plafond annuel défini par l'article L. 241-3. »

N° CF 2

### AMENDEMENT

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteuse au nom de la  
commission des Finances et M. Michel Bouvard

---

### ARTICLE ADDITIONNEL

#### AVANT L'ARTICLE 10, insérer l'article suivant :

I.— L'article L. 131-4-3 du code la sécurité sociale est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération reste applicable pour sa durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'établissement au titre duquel l'embauche a été réalisée sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine après la date d'effet du contrat. »

II.— La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une contribution additionnelle à la contribution visée à l'article L. 137-7-1 du code de la sécurité sociale.

---

(1) La présente rubrique ne comporte pas les amendements déclarés irrecevables ni les amendements non soutenus en commission. De ce fait, la numérotation des amendements examinés par la commission peut être discontinuée.

N° CF 3

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteuse au nom de la  
commission des Finances et M. Michel Bouvard

---

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**AVANT L'ARTICLE 10, insérer l'article suivant :**

I.– Le III de l'article L. 131-4-2 du code la sécurité sociale est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération reste applicable pour sa durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'établissement au titre duquel l'embauche a été réalisée sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine après la date d'effet du contrat. »

II.– La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une contribution additionnelle à la contribution visée à l'article L. 137-7-1 du code de la sécurité sociale.

N° CF 4

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Charles de Courson

---

**ARTICLE 10**

À l'alinéa 9 de cet article, après les mots : « *à la charge du bénéficiaire* » ;

Insérer les mots : « , *pour la partie excédant deux fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3* ».

N° CF 6

**AMENDEMENT**

présenté par

MM. Charles de Courson, Philippe Vigier et Nicolas Perruchot

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**  
**APRÈS L'ARTICLE 11, insérer l'article suivant :**

I.– L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette réduction n'est pas applicable aux gains et rémunérations versés aux entreprises de plus de 2 000 salariés, à l'exception du secteur automobile. » ;

2° Après le troisième alinéa du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce coefficient maximal est réduit de moitié pour les entreprises de plus de 1 000 salariés et de 75 % pour les entreprises de plus de 1 500 salariés, à l'exception du secteur automobile. »

N° CF 8

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Charles de Courson

-----

**ARTICLE 13**

À l'alinéa 4, remplacer les mots : « 6% » par les mots : « 6 %, sauf pour les contributions des employeurs mentionnées au 1° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui est de 4 % ».

N° CF 9

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Charles de Courson

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 13, insérer l'article suivant :**

I.– À l'article L. 731-19 du code rural, les mots : « précédant celle » sont supprimés.

Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ayant exercé l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural avant 2011 perdent le bénéfice de ladite option le 1er janvier 2012. L'assiette de leurs cotisations est déterminée selon les modalités prévues à l'article L. 731-15 du code rural.

Pour 2011, à titre exceptionnel, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole peuvent exercer l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural jusqu'au 30 novembre 2012.

II.– Dans la deuxième phrase du 2ème alinéa du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « précédant celle » sont supprimés.

III.– La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

N° CF 10

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteur au nom de la  
commission des Finances et

M. Charles de Courson

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 16, insérer l'article suivant :**

I.– Au deuxième alinéa de l'article L. 731-10-1 du code rural, remplacer les mots : « au titre de l'année civile entière » par les mots : « au prorata de la fraction de l'année considérée comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et la date de cessation d'activité ».

II.– Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**AMENDEMENT**

présenté par

MM. Charles de Courson, Philippe Vigier et Nicolas Perruchot

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 23, insérer l'article suivant :**

I.— La dotation globale de fonctionnement perçue par les départements est supprimée et remplacée par l'affectation à due concurrence d'une fraction de contribution sociale généralisée.

II.— Un fonds départemental de péréquation est créé. Il est alimenté par une partie de la contribution sociale généralisée attribuée aux départements en fonction de leur potentiel fiscal. Il corrige les inégalités de ressources et de charges entre les régions.

III.— Les conditions d'application du I et du II, notamment la détermination du pourcentage perçu, la modulation dudit taux par les régions, et les modalités de sa répartition à des fins de péréquation feront l'objet d'un rapport remis par le Gouvernement au Parlement en 2011.

IV.— La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**AMENDEMENT**

présenté

par Mme Marie-Anne Montchamp, Rapporteuse au nom de la  
commission des Finances et

MM. Laurent Hénart, Charles de Courson et Yves Censi

-----

**ARTICLE 10**

Compléter la première phrase du dernier alinéa de cet article par les mots : « , pour leur partie excédant un dixième du plafond mentionné à l'article L. 243 ».

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**  
**AVANT L'ARTICLE 19, insérer l'article suivant :**

Modifier ainsi l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale :

I.– Les taux des contributions sociales visées au I de cet article sont fixés comme suit :

1° La contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-8 donne lieu à l'application des taux suivants :

. 7,75 % pour la fraction des revenus d'activité ou des revenus de remplacement inférieurs ou égale à 11.896 €,

. 8,10 % pour la fraction supérieurs à 11.896 €, et inférieure ou égale à 26.420 €,

. 8,5 % pour la fraction supérieure à 26.420 € et inférieure ou égale à 46.000 €,

. 9 % pour la fraction supérieure à 46.000 € et inférieure ou égale à 70.830 €,

. 10 % pour la fraction supérieure à 70.830 €.

2° Les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 sont portées au taux de 9,2 % pour la fraction inférieure ou égale à 46.000 € et 9,7 % pour la fraction supérieure à 46.000 €.

3° La contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-7-1 est portée au taux de 11,0 %.

II.– Le taux des cotisations sociales visées au 2° du II de cet article sont fixés comme suit :

. 6,85 % pour la fraction inférieure ou égale à 11.896 €,

. 7,2 % pour la fraction supérieure à 11.896 € et inférieure ou égale à 26.420 €,

. 7,6 % pour la fraction supérieure à 26.420 € et inférieure ou égale à 46.000 €,

. 8,5 % pour la fraction supérieure à 46.000 € et inférieure ou égale à 70.830 €,

. 10 % pour la fraction supérieure à 70.830 €.

III.– Les dispositions des *e* et *f* du I de l'article 1649-0-A du code général des impôts sont supprimées.

**N° CF 17**

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE 9**

À l'alinéa 36, remplacer les mots : « 2,1 milliards d'euros » par les mots : « un maximum de 2,1 milliards d'euros de recettes ».

**N° CF 18**

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE 9**

Supprimer l'alinéa 18.

**N° CF 19**

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE 9**

Supprimer l'alinéa 19.

**N° CF 20**

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 9, insérer l'article suivant :**

Le prélèvement exceptionnel sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurances est affecté en dotation au capital du Fonds de réserve des retraites.

**N° CF 21**

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 9, insérer l'article suivant :**

Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance-vie multi-supports est affecté en dotation au capital du Fonds de réserve de recettes.



N° CF 22

**AMENDEMENT**

présenté par

M. Daniel Garrigue

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**  
**APRÈS L'ARTICLE 14, insérer l'article suivant :**

I.– Après le a) de l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, insérer l'alinéa suivant :

« a *bis*) Une fraction égale à 3 % est affectée à la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole pour l'assurance vieillesse des personnes non salariées non agricoles. »

II.– Les f), h) et i) de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 sont ainsi modifiés :

1° Au f), le taux « 33,36 % » est remplacé par le taux « 31,18 % ».

2° Au h), le taux « 1,30 % » est remplacé par le taux « 0 % ».

3° Au i), le taux « 2,92 % » est remplacé par le taux « 3,40 % ».

III.– Au 10° du II de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le pourcentage « 33,36 % » est remplacé par le pourcentage « 31,18 % ».

IV.– Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale au titre de la compensation des allègements généraux sont compensées à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

N° CF 23

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE 20**

Supprimer cet article.

N° CF 24

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE 9**

I.— Supprimer les alinéas 17 à 19.

II.— En conséquence, substituer respectivement, aux alinéas 20 à 22, les références :  
« 3° », « 4° » et « 5° » aux références « 6° », « 7° » et « 8° ».

N° CF 25

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 9, insérer l'article suivant :**

Après l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 245-17 ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-16.*— Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code. Ces contributions additionnelles sont assises, contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions et sont passibles des mêmes sanctions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 5 % . »

N° CF 26

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE 9**

Après l'alinéa 40, insérer l'alinéa suivant :

« 4° *bis*. Le IV de l'article L. 136-8 est ainsi modifié :

« a) Au 1°, le taux : « 1,1 % » est remplacé par le taux : « 0,82 % » et le taux : « 1,08 % » est remplacé par le taux : « 0,8 % » ;

« b) Au 5°, les mots : « 0,2 %, à l'exception de la contribution mentionnée au 3° du I » sont remplacés par le taux : « 0,48 % ». »

N° CF 27

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE 37**

Compléter l'alinéa 2 par les mots : « et les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique mentionnée au 1° de l'article R. 6123-54 du code de la santé publique ».

N° CF 28

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 45, insérer l'article suivant :**

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase du huitième alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° À la première phrase du neuvième alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;

3° À la première phrase du dixième alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année date : « 2013 ».

N° CF 29

**AMENDEMENT**

présenté par

Mme Marie-Anne Montchamp,  
Rapporteuse pour avis  
au nom de la commission des Finances

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRÈS L'ARTICLE 59, insérer l'article suivant :**

I.- Dans le troisième alinéa de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « leurs comptes annuels » sont remplacés par les mots : « un compte semestriel retraçant les opérations du premier semestre et leur compte annuel ».

II.- À l'article L. 114-6-1 de la sécurité sociale, après les mots : « comptes annuels » sont ajoutés les mots : « et semestriels ».

**ANNEXE :**  
**LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES**  
**PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS**

La 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. Patrick Artus, directeur de la recherche et des études économiques de NATIXIS

– M. Jacques Attali, président de la Commission pour la libération de la croissance française

– M. Hervé Drouet, directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

– MM. Thomas Fournier, conseiller au cabinet de la Ministre de la Santé et des sports, chef du pôle financement de l'assurance maladie et du système de santé et Samuel Prاتمarty, conseiller technique en charge du financement des établissements de santé

– M. Patrice Ract-Madoux, directeur de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

– MM. Franck Von Lennep et Arnaud Cartron, conseillers au cabinet du Ministre du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'État

– MM. Pierre Ricordeau, directeur et Alain Gubian, directeur financière de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

– M. Jean-Loup Dourousset, président de la Fédération de l'hospitalisation privée

– MM. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale et Benjamin Voisin

– MM. Pierre Mayeur, directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et Vincent Poubelle, directeur des statistiques et de la prospective

– M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et Mme Sophie Thuot-Tavernier

– M. Yves Chevalier, membre du directoire du Fonds de réserve des retraites (FRR)

– Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, MM. Gilles Johanet et Michel Braunstein et Mme Marianne Lévy-Rosenwald.

– M. Laurent Vachey, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

– MM. Christian Lajoux, président du LEEM, Philippe Lamoureux, directeur général et Claude Bougé, directeur général adjoint

– M. Fabrice Heyriès, directeur général de l'action sociale et Mme Sabine Fourcade

– Dr Jean-Martin Cohen Solal, directeur général de la Mutualité Française, Mmes Isabelle Millet-Caurier et Agnès Bocagnano, et M. Vincent Figureau

– MM. Jean-François Lequoy, délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), Gilles Cossic et Jean-Paul Laborde et Mme Ludivine Azria